Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования "Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф.Войно-Ясенецкого" Министерства здравоохранения Российской Федерации

ФГБОУ ВО КрасГМУ им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого

Минздрава России

Кафедра судебной медицины и патологической анатомии им. проф. П.Г.Подзолкова с курсом ПО

Судебная медицина. Ординатура

Сборник методических указаний для обучающихся к внеаудиторной (самостоятельной) работе

Для специальности ординатуры 31.08.10 - Судебно-медицинская экспертиза

Блок 1

Учебный модуль Специальные дисциплины

Красноярск

2018

УДК

ББК

Авт.знак

Судебно-медицинская экспертиза. Ординатура : сб. метод. указаний для обучающихся к внеаудитор. (самостоят.) работе для специальности ординатуры 31.08.10 - Судебно-медицинская экспертиза. – Красноярск: тип. КрасГМУ, 2018. – 1738 с.

**Составители:**

- д.м.н., профессор Чикун В.И.

- к.м.н., доцент Хлуднева Н.В.

- ассистент Федин И.В.

- к.м.н., доцент Дядичкина Н.В.

- к.м.н., доцент Аверченко И.В.

- ассистент Панченко И.В.

- ассистент Корсакова Е.А.

Сборник методических указаний предназначен для внеаудиторной работы обучающихся. Составлен в соответствии с требованием ФГОС ВО № (приказа)\_\_\_20\_\_ подготовки кадров высшей квалификации в ординатуре по специальности 31.08.10 «Судебно-медицинская экспертиза» рабочей программой специальности (2016г.) и СТО 7.5.10-16. Выпуск 1..

Рекомендован к изданию по решению ЦКМС (Протокол №\_\_ от «\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_).

© ГБОУ ВПО КрасГМУ им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого Минздрава России 2018

**Занятие № 1**

**1. Индекс: ОД.О.01.1.1.1** **Тема: «Процессуальные основы судебно-медицинской экспертизы в Российской Федерации».**

**2. Форма организации занятия:** подготовка к практическому занятию.

**3. Перечень вопросов для самоподготовки по теме практического занятия**

1. Что такое судебная медицина и каковы ее основные задачи? УК-1, УК-2, УК-3, ПК-5, ПК-6, ПК-10)

ОТВЕТ: Судебная медицина — самостоятельная медицинская дисциплина, изучающая и разрешающая вопросы, возникающие у судебно-следственных работников в процессе расследования и судебного разбирательства. Таким образом, первая и основная ее задача — помощь правоохранительным органам в делах (уголовных и гражданских), связанных с преступлением против жизни, здоровья, достоинства личности и здоровья населения в целом. Вторая задача заключается в оказании помощи органам здравоохранения в улучшении качества лечебно-профилактической работы.

Судебно-медицинская экспертиза — это практическое применение судебной медицины.

1. Как возникла и развивалась судебная медицина? (УК-1, УК-2, УК-3, ПК-5, ПК-6, ПК-10)

ОТВЕТ: Формирование судебной медицины связано с запросами практики. Об этом свидетельствует история развития отечественной судебной медицины. Еще в Х веке в договоре князя Олега с греками предусматривалось наказание за нанесение побоев. В уставе князя Владимира определялось наказание за половые преступления, что требовало знаний специальных вопросов. В древнем правовом сборнике «Русская правда» (XI в.) уже начали подразделять повреждения на легкие и тяжкие, ибо в зависимости от этого определялось разное наказание. Позже в различных правительственных грамотах предусматривались осмотры трупов лекарями при подозрении на насилие. Врачебные доказательства все шире применялись в XVI веке. Дошедшие до нас документы свидетельствуют о значении «врачебно-судных розысканий» доказательств и при решении политических споров. Так, в 1537 году в период объединения русских княжеств вокруг Москвы врачу Феофилу было предложено освидетельствовать князя Андрея, который под предлогом болезни отказался выполнить царский указ о возвращении в Москву из Углича. В 1571 году врач Бомелиус исследовал труп жены Ивана Грозного и установил, что причиной ее смерти было отравление. В XVI веке в Москве учреждается Аптекарский приказ, ведающий всеми врачебными делами, который при решении спорных вопросов назначал проведение судебно-медицинской экспертизы. В частности, определялась годность стрельцов к несению службы, правильность лечения при жалобах на лекаря, подвергались осмотру умершие скоропостижно. Надобность во врачебных доказательствах возросла после принятия в 1597 году «Судебника» — первого русского свода законов. В конце XVII века вышел первый в России закон («Боярский приговор»), предусматривавший наказание за врачебные ошибки.

Реформы Петра I оказали исключительное влияние и на развитие судебной медицины. Вышедший в 1716 г. Воинский устав впервые в мире предписал обязательно приглашать врача для вскрытия трупа при подозрении на насильственную смерть. В Морском уставе и других документах определялись положения об освидетельствовании при убийствах, нанесении повреждений, небрежном отношении к больным. В открытых при Петре I госпиталях были предусмотрены морги для вскрытия трупов.

В XVIII веке в Санкт-Петербурге и Москве были открыты медико-административные учреждения — физикаты, которым поручалась организация медицинской службы. В 26 городах России появились городовые врачи, которые занимались и судебно-медицинской экспертизой. В 1722 г. Петр I издал указ об освидетельствовании «дураков» для разрешения вступать в брак, установлении невменяемости, что было основой психиатрической экспертизы.

Наиболее значительный всплеск в развитии судебной медицины наблюдался во второй половине XIX века, когда в России был проведен ряд реформ. Прежде всего, это отмена крепостного права (1861), земская, городская, военная, судебная реформы. Последняя, проведенная в 1864 г., и явилась толчком для развития судебной медицины и судебно-медицинской экспертизы. Суды стали общими и равными (вместо сословных), тайное судопроизводство сменилось открытым и гласным, были учреждены прокуратура, адвокатура, судебные следователи, появилась состязательность в судебном процессе. Все это привело к необходимости использования судебно-медицинской экспертизы в открытых спорах сторон, а также к выявлению недостатка знаний и научным исследованиям в судебной медицине. Появились при университетах кафедры судебной медицины, к которым обращались как к экспертным учреждениям. С 1865 г. впервые стал выходить журнал «Архив судебной медицины и общественной гигиены». Появились научные школы в Москве, Санкт-Петербурге, Киеве, Томске и др., созданные крупными учеными. В XIX в. вклад в отечественную судебно-медицинскую науку внесли И. В. Буяльский, Н. И. Пирогов, С. А. Громов, Е. В. Пеликан, П. А. Минаков, Е. О. Мухин, Я. А. Чистович, Д. П. Косоротов и другие.

С 1918 г. в России был учрежден в Наркомате здравоохранения подотдел медицинской экспертизы, в 1920 г. введены должности губернских, городских и районных экспертов, стали организовываться специальные учреждения — судебно-медицинские лаборатории, которые позже преобразовались в Бюро судебно-медицинской экспертизы. С 1925 г. были организованы научные общества судебных медиков и первым в стране возникло Северо-Кавказское в Ростове-на-Дону, затем в Ленинграде и Москве. В 1947 г. создано Всесоюзное НОСМ. В 1932 г. в Москве был организован Научно-исследовательский институт судебной медицины. Вышел ряд правительственных и ведомственных официальных документов, посвященных организации, укреплению и развитию судебно-медицинской экспертизы, состоялись съезды, конференции. Стали издаваться учебники, руководства, монографии, периодически выпускаться журнал «Судебно-медицинская экспертиза», сборники научных трудов.

Основу современного уровня судебной медицины обеспечили ученые, работавшие в разных городах страны, профессора: М. И. Райский, Н. В. Попов, Н. С. Бокариус, А. И. Шибков, А. С. Игнатовский, М. И. Авдеев, В. М. Смоль-янинов, Л. М. Эйдлин, О. X. Поркшеян В. И. Прозоровский, А. И Законов и другие.

1. Каковы особенности судебной медицины? (УК-1, УК-2, УК-3, ПК-5, ПК-6, ПК-10)

ОТВЕТ: Судебная медицина, являясь медицинской дисциплиной, связанной с практикой, существенно отличается от других медицинских дисциплин. Следует отметить следующие ее особенности. Во-первых, она тесно связана с такими теоретическими и клиническими медицинскими дисциплинами, как нормальная и патологическая анатомия, нормальная и патологическая физиология, травматология, хирургия, акушерство, рентгенология и другими, а также с немедицинскими: химией, физикой, юридическими дисциплинами (криминологией, криминалистикой, уголовным правом и другими).

По мере своего развития судебная медицина, охватывала вопросы медицинского характера. От нее отпочковывались некоторые разделы, которые впоследствии стали самостоятельными науками. Это токсикология, судебная психиатрия, судебная химия. Вместе с тем судебная медицина вобрала в себя, видоизменила и создала такие разделы, как судебная травматология, судебное акушерство, судебная серология (исследование крови), медицинская криминалистика, судебная фрактология (учение о механизме переломов костей).

Вторая особенность судебной медицины состоит в том, что она носит универсальный характер в смысле объектов и методов исследования. Ни в одной из других медицинских дисциплин специалисты не занимаются одновременно исследованием трупа и освидетельствованием живого человека, исследованием вещественных доказательств, которые и вовсе не являются медицинскими объектами (одежда со следами выделений, орудия травматизации и др.). Наконец, еще одним объектом судебной медицины являются документы, по которым проводится экспертиза или, которые используются в процессе ее производства. Причем это относится не только к медицинским документам (история болезни, амбулаторная карта и др.), но также к юридическим (материалы уголовных и гражданских дел, протоколы осмотра, следственного эксперимента и др.). Также разнообразны и применяемые в судебно-медицинской практике методы исследования, которые должны быть научно достоверны и доступны. К ним относятся такие распространенные в медицине методы, как гистологический, изо-серологический, рентгенологический, а также используемые в криминалистике фотографические методы, исследование в ультрафиолетовых и инфракрасных лучах, трассологический и другие.

Следующей особенностью судебной медицины является ее строго официальный характер, хотя это не исключает творческого подхода в решении многих вопросов. Прежде всего экспертиза может быть проведена только при наличии письменных документов, ее назначающих (постановление, либо определение суда). Проведение большинства исследований связано с обязательным использованием различных официальных нормативных документов: правил, инструкций, методических рекомендаций, утвержденных Главным судебно-медицинским экспертом РФ и согласованных с МВД РФ, Министерством юстиции РФ, с прокуратурой и Верховным судом РФ. Например, исследование трупа проводится по «Правилам судебно-медицинской экспертизы трупа». Существуют «Правила судебно-медицинской экспертизы тяжести вреда здоровью», «Правила судебно-медицинской акушерско-гинекологической экспертизы», «Правила судебно-медицинской экспертизы вещественных доказательств» и т. д. По результатам судебно-медицинской экспертизы составляются документы, основным из которых является «Заключение судебно-медицинского эксперта». Оно имеет свою структуру и порядок заполнения. В конце вводной части имеется указание на то, что эксперту разъяснены его обязанности и ответственность с указанием статей УК РФ с подписью эксперта.

Наконец, еще одной особенностью судебной медицины является ее политический характер. Среди многочисленных примеров использования судебной медицины в политических целях можно привести расследование убийства президента США Дж. Кеннеди, или известное в нашей стране и прогремевшее на весь мир Катынское дело. То и другое расследование продолжалось десятки лет с использованием судебно-медицинской экспертизы и приводило к различным, подчас противоположным, выводам в зависимости от изменения политической обстановки в странах.

1. В чем значение судебной медицины для юристов и врачей? (УК-1, УК-2, УК-3, ПК-5, ПК-6, ПК-10)

ОТВЕТ: Значение судебной медицины хорошо выразил еще в 1901 году крупнейший ученый-медик Европы, по учебникам которого училось несколько поколений судебных медиков, в том числе в России, Э. Гофман. Он писал: «Если мы представим себе, как велико число судебных разбирательств, в которых участие судебного врача необходимо, если мы примем во внимание, что в большинстве таких случаев весь дальнейший ход судебного дела и, главным образом, тот или иной приговор зависят от исследования и заключения судебного врача, что таким образом ему вверяются не только первостепенной важности общественные интересы, но также и личная судьба, честь и свобода, а иногда и жизнь заинтересованных лиц, то едва ли нужно приводить доказательства в пользу важного значения судебной медицины».

Знание основ судебной медицины необходимо для юриста, как представителя следствия и суда. Уже при назначении экспертизы, используя эти знания, он должен умело и рационально поставить перед экспертом вопросы и правильно их сформулировать, составить план расследования или разбирательства. Изучая заключение эксперта, он должен правильно, критически оценить его выводы. В случае сомнений в правильности или полноте полученных данных он обязан принять меры к уточнению или изменению вопросов, назначая дополнительную или повторную экспертизу, направляя новые вещественные доказательства, либо с участием эксперта провести то или иное следственное действие. Для этого необходимо знать возможности судебно-медицинской экспертизы, современные методы исследования.

Что касается изучения судебной медицины будущими врачами, то оно определяется тем положением, что любой врач в соответствии с УПК может быть привлечен в качестве специалиста к участию в следственных действиях и к производству судебно-медицинской экспертизы. Знание судебной медицины вообще обогащает подготовку врача любой специальности, вырабатывая полезное для него экспертное мышление. Наконец, судебная медицина позволяет убедиться будущим медикам и юристам в значительной правовой ответственности их специальности и серьезности последствий профессиональных ошибок.

1. Что означает слово «экспертиза» и когда она в соответствии с законом назначается? (УК-1, УК-2, УК-3, ПК-5, ПК-6, ПК-10)

ОТВЕТ: Экспертиза (от лат. испытывать, определять) — это исследование объектов с целью разрешения какого-либо вопроса, требующего специальных знаний, и производимое сведущим в этой области знаний лицом — экспертом. В соответствии с У ПК экспертиза назначается, когда при производстве дознания; предварительного расследования или судебного разбирательства необходимы специальные познания в науке, технике, искусстве или ремесле. Например, су-дебно-медицинская экспертиза назначается в том случае, когда необходимы специальные знания в области медицины. При этом самостоятельным видом экспертизы является судебно-психиатрическая экспертиза.

1. Какова структура Бюро СМЭ? (УК-1, УК-2, УК-3, ПК-5, ПК-6, ПК-10)

ОТВЕТ: Каждое Бюро состоит из шести следующих отделов:

Танатологический или отдел по исследованию трупов с гистологическим, биохимическим и бактериологическим отделениями.

Судебно-медицинская экспертиза живых лиц с судебно-медицинской амбулаторией.

Отдел по исследованию вещественных доказательств с судебно-биологическим, судебно-химическим и медико-криминалистическим, а иногда и с другими отделениями.

Отдел сложных экспертиз, в котором в основном проводятся экспертизы по материалам дела.

Организационно-методический отдел.

Отдел дежурной службы. Отдел и отделение возглавляются заведующими

1. Существуют ли в нашей стране другие возможности для назначения судебно-медицкнской экспертизы? (УК-1, УК-2, УК-3, ПК-5, ПК-6, ПК-10)

ОТВЕТ: Кроме государственной судебно-медицинской экспертизы, осуществляемой штатными экспертами, работающими в Бюро СМЭ, и процессуально приравниваемыми к ним преподавателями кафедр судебно-медицинских вузов и институтов усовершенствования врачей у нас имеется так называемая свободная судебно-медицинская экспертиза. Это означает, что любому (по специальности) врачу может быть назначена судеб-.но-медицинская экспертиза и он обязан ее провести и представить объективно обоснованное заключение. В этом случае он именуется врачом-экспертом. Следует, однако, заметить, что работа судебно-медицинского эксперта не меньше, чем врача другой специальности, требует помимо знаний по судебной медицине обязательно опыта, которого недостаточно у врача-эксперта. Поэтому при возможности надо избегать назначения судебно-медицинской экспертизы врачам-экспертам.

В соответствии со статьей 53 Основ законодательства РФ «Об охране здоровья граждан» по заявлению граждан с учетом права выбора ими экспертного учреждения и эксперта может производитьсянезависимая медицинская экспертиза экспертами, не находящимися в служебной или иной зависимости от государственного экспертного учреждения.

1. Какие имеются виды судебно-медицинской экспертизы? (УК-1, УК-2, УК-3, ПК-5, ПК-6, ПК-10)

ОТВЕТ: Различают несколько видов экспертиз. Это первичная судебно-медицинская экспертиза, которая проводится впервые. Дополнительная, когда почему-либо первичная была неполной (не все объекты представлялись, не все обстоятельства нанесения вреда здоровью учтены, не все вопросы получили разрешение). Такую экспертизу целесообразно проводить тому эксперту, который проводил первичную.Повторная экспертиза назначается, когда заключение, составленное в процессе первичной экспертизы, не удовлетворило следствие из-за необъективности, необоснованности выводов, либо когда выводы противоречат доказательству по делу. Эту экспертизу следует назначать другому, более опытному эксперту. Наконец, во всех сложных случаях экспертиз, а также, когда эксперт единолично не может решить поставленный вопрос, назначается экспертиза нескольким экспертам-медикам. В состав такой комиссии включают наиболее опытных специалистов разных медицинских специальностей. Это бывает в случаях проведения экспертизы по делам о привлечении к уголовной ответственности медицинских работников при подозрении на профессиональные правонарушения, при определении стойкой утраты трудоспособности, притворных или искусственных болезнях, членовредительстве, а также в сложных случаях повторных экспертиз. Если члены комиссии не могут прийти к единому мнению по тому или иному вопросу, то каждый из них имеет право ответить на поставленный следствием или судом вопрос самостоятельно.

1. Какие объекты подвергаются судебно-медицинской экспертизе? (УК-1, УК-2, УК-3, ПК-5, ПК-6, ПК-10)

ОТВЕТ: Объектами судебно-медицинской экспертизы являются живые люди, трупы людей, материалы уголовных и гражданских дел (иногда только медицинские документы), а также вещественные доказательства (подозреваемое орудие, одежда, следы выделений человека). Все эти объекты исследуются в различных отделах Бюро СМЭ: в отделе судебно-медицинского освидетельствования живых лиц, в танатологическом отделе, в отделе сложных экспертиз и в отделе по исследованию вещественных доказательств.

1. Кем назначается судебно-медицинская экспертиза и в каком порядке? (УК-1, УК-2, УК-3, ПК-5, ПК-6, ПК-10)

ОТВЕТ: Как и любая экспертиза, она назначается правоохранительными органами, то есть сотрудниками прокуратуры, органов МВД, ФСБ или суда, а также дознания с вынесением постановления или определения суда о назначении экспертизы. В этих документах следует привести основные сведения из обстоятельства дела, указать цель назначения экспертизы и сформулировать вопросы с учетом обстоятельства дела и возникших версий, указав, какие конкретно объекты представлены в распоряжение эксперта.

В тех случаях, когда постановление или определение суда о назначении экспертизы не выносится, а судебно-медицинское исследование проводить необходимо, пишется направительное отношение, в котором также следует указать названные сведения.

Вместе с тем на экспертизу (исследование) необходимо представлять документы или вещественные доказательства, имеющие отношение к делу. Например, если труп доставлен из больницы, обязательна история болезни, с места происшествия — копия протокола осмотра. При нанесении механической травмы целесообразно представлять травмировавшее или подозреваемое орудие, одежду, в которой был потерпевший в момент нанесения повреждения.

1. **Самоконтроль по тестовым заданиям данной темы**

1. ОСНОВНЫМ ТРЕБОВАНИЕМ, ПРЕДЪЯВЛЯЕМЫМ К «ВЫВОДАМ» «ЗАКЛЮЧЕНИЯ ЭКСПЕРТА» ЯВЛЯЕТСЯ

1) своевременность составления

2) субъективность

3) мотивированность

4) не конкретность

5) определенная последовательность построения

Правильный ответ: 3 ПК-5

2. ОСНОВНОЙ ПРОЦЕССУАЛЬНЫЙ ВИД СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ

1) первичная

2) комплексная

3) ситуационная

4) комиссионная

5) разнопрофильная

Правильный ответ: 1 ПК-5

3. ПРИСУТСТВОВАТЬ ПРИ ПРОИЗВОДСТВЕ СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ СЛЕДОВАТЕЛЬ

1) обязан

2) не обязан

3) имеет право

4) не имеет права

5) в отдельных случаях

Правильный ответ: 3 ПК-5

4. ЗАБОРЫ ОБЪЕКТОВ БИОЛОГИЧЕСКОГО ПРОИСХОЖДЕНИЯ ПРИ ПРОИЗВОДСТВЕ ЭКСПЕРТИЗЫ ПРОИЗВОДИТ

1) понятой

2) врач узкой специальности

3) прокурор

4) судебно-медицинский эксперт

5) судья

Правильный ответ: 4 ПК-5

5. ПРЕРОГАТИВА ОЦЕНИВАТЬ ДОКАЗАТЕЛЬСТВА, В Т.Ч. «ЗАКЛЮЧЕНИЕ ЭКСПЕРТА» ПРИНАДЛЕЖИТ

1) суду

2) адвокату

3) прокурору

4) лечащему врачу

5) судебно-медицинскому эксперту

Правильный ответ:1 ПК-5

6. ДАВАТЬ В СУДЕБНОМ ЗАСЕДАНИИ ПИСЬМЕННОЕ ЗАКЛЮЧЕНИЕ СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКИЙ ЭКСПЕРТ

1) не обязан

2) обязан

3) имеет право

4) в отдельных случаях

5) по своему усмотрению

Правильный ответ: 2 ПК-5

7. ОБЯЗАН ЛИ СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКИЙ ЭКСПЕРТ ДАВАТЬ ПИСЬМЕННОЕ ЗАКЛЮЧЕНИЕ ПРИ ОСМОТРЕ ТРУПА НА МЕСТЕ ЕГО ОБНАРУЖЕНИЯ

1) не должен

2) должен

3) имеет право

4) не имеет права

5) в отдельных случаях

Правильный ответ: 1 ПК-5

8. ДОКАЗАТЕЛЬСТВОМ, ПРЕДУСМОТРЕННЫМ УПК РФ, ЯВЛЯЕТСЯ

1) показания свидетеля

2) переписка участников события

3) «Заключение эксперта»

4) сообщение из милиции

5) мнение специалиста Правильный ответ:

Правильный ответ: 3 ПК-5

9. СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКИЙ ЭКСПЕРТ ЗА ДАННОЕ ИМ ЗАКЛЮЧЕНИЕ, СОГЛАСНО УПК РФ, НЕСЕТ ОТВЕТСТВЕННОСТЬ

1) коллективную

2) личную

3) не несет ответственности

4) моральную

5) нравственную

Правильный ответ: 2 ПК-5

10. СЛЕДСТВЕННЫЕ ДЕЙСТВИЯ, В КОТОРЫХ МОЖЕТ УЧАСТВОВАТЬ СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКИЙ ЭКСПЕРТ

1) в аресте

2) в обыске

3) в осмотре места происшествия и трупа на месте его обнаружения

4) осуществлять допросы участников события

5) производить выемки вещественных доказательств, не имеющие отношение к объекту исследования

Правильный ответ: 3 ПК-5

**5. Самоконтроль по ситуационным задачам**

Задача №1. (УК-1, УК-2, УК-3, ПК-5, ПК-6, ПК-10)

В постановлении указано: «Органами предварительного расследования гр. К. обвиняется в умышленном причинении тяжкого вреда здоровью гр.Т., опасного для жизни. По версии органов предварительного расследования, 29.12.2009г., примерно в 03 часа ночи, между гр. К. на почве личных неприязненных отношений и гр.Т. возникла ссора, гр.К. умышленно нанес один удар ножом в область живота, причинив последнему, согласно заключения судебной медицинской экспертизы, телесные повреждения в виде проникающего колото-резанного ранения передней брюшной стенки без повреждения внутренних органов. Согласно заключению судебно-медицинской экспертизы №4… от 21.01.2010г., у гр. Т. обнаружено проникающее колото-резанное ранение передней брюшной стенки с локализацией раны в левой подвздошной области.

Допрошенный в ходе судебного заседания судебно-медицинский эксперт суду пояснил, что осмотр потерпевшего в ходе проведения экспертизы не проводился, экспертиза проводилась в отсутствие потерпевшего по медицинским документам, при этом, направление раневого канала, длина раневого канала в медицинских документах не указаны. В ходе судебного заседания на теле потерпевшего экспертом были найдены следы от двух телесных повреждений, тогда как в медицинской документации имеются сведения об одном телесном повреждении. Для определения давности телесного повреждения необходимо назначить дополнительную экспертизу. Государственным обвинителем было заявлено ходатайство о проведении дополнительной судебно-медицинской экспертизы для установления давности нанесения ножевого ранения. Учитывая, что для установления давности нанесения ножевого ранения необходимы специальные познания в судебной медицине, руководствуясь п.5ст. 196, ст.283, УПК РФ постановил назначить дополнительную комиссионную судебно-медицинскую экспертизу по уголовному делу в отношении К., обвиняемого в совершении преступления, предусмотренного ч.1 ст.111 УК РФ, производство которой поручить специалистам: судебно-медицинским экспертам ККБСМЭ, проф. каф.хирургии В.С.

С материалами дела представлена «История болезни» из ГКБ на имя гр.Т. 1994г.р., согласно которой: «Поступил 28.12.09г. в 6.20час в экстренном порядке по скорой помощи с направительным диагнозом: Колото-резаная рана передней брюшной стенки. Осмотр ответственного хирурга проф каф. хирургии В.С.: жалобы на наличие раны на передней брюшной стенке, боль в области раны, умеренное кровотечение из раны. Анамнез: Со слов получил рану ножом. Объективный статус: Состояние тяжелое. В сознании, адекватен. АД 110/80мм.рт.ст. Пульс 94 в мин. Локальный статус: Живот обычной формы, не вздут, симметричен. Старые На передней брюшной стенке, в левой подвздошной области колото-резаная рана 2см с острыми углами и ровными краями, умеренно кровоточит. Из раны прядь большого сальника. При пальпации живот резко болезненный в области раны. Симптомов раздражения брюшины нет. Притупления в отлогих местах нет. Ректально без особенностей. Диагноз: Проникающая колото-резаная рана передней брюшной стенки с эвентрацией пряди большого сальника. Данная патология является показанием к экстренному оперативному вмешательству. Операция: Лапаротомия, ревизия брюшной полости, при ревизии повреждения внутренних органов не обнаружено. Проведено дальнейшее лечение. Выписан.

В материалах дела имеется «Заключение эксперта» от 21.01.2010г., согласно которому «Выводы: На основании судебно-медицинской экспертизы истории болезни из ГКБ на имя гр.Т, 1994 года рождения, прихожу к выводам: 1-4. У гр.Т, после события 29 декабря 2009года, имелось повреждение в виде проникающее колото-резаного ранения передней брюшной стенки без повреждением внутренних органов с локализацией раны в левой подвздошной области. Вред здоровью определен.

При объективном исследовании у Т. экспертом обнаружен линейный, протяженный, средне-срединный рубец по средней линии живота выше и ниже пупка с обходом пупка слева, относительно ровный по ширине, красновато-синюшного цвета, размером 17.0х06см, с упорядоченными, белесоватыми, поперечными рубцами. В левой подвздошной области, на 3см выше передне-верхней ости подвздошной кости, имеется, аналогичный срединному рубцу по своим свойствам, косо-направленный вниз и медиально линейный рубец размером 4.5х06см, в нижней части которого имеется поперечный, белесоватый рубец 1.5х0.1см. При пальпации рубца, каких либо уплотнений не выявлено. Ниже вышеуказанного рубца и медиальнее его, на уровне верхне-наружной ости подвздошной кости и на расстоянии 4см от ости подвздошной кости, имеется аналогичный по свойствам косо-направленный, линейный рубец размером 1.5х0.2см.

1. Имелись ли повреждения у гр.Т., тяжесть причиненного вреда здоровью, давность?
2. Имелись ли в назначении комиссионной экспертизы нарушения, какие?
3. Правомерны ли действия эксперта при первичном проведении экспертизы?
4. Может ли быть привлечен к проведению комиссионной судебно-медицинской экспертизе специалист, работающий в медицинском университете?
5. Может ли экспертное учреждение самостоятельно потребовать медицинские документы из клиники?

Задача №2. (УК-1, УК-2, УК-3, ПК-5, ПК-6, ПК-10)

Обстоятельства дела: в постановлении следователя Советского района указано, что « 15.02.2011 около 23:00 часа. Неустановленное лицо причинило легкий вред здоровью Н., 17 лет в виде ушибленной раны головы в височной области слева. За медицинской помощью обратился самостоятельно в тот же день в ГБ.

Представлена медицинская карта стационарного больного в которой описаны: жалобы на головную боль , тошноту, рвоту. Локально: рана головы в височной области слева, края неровные, осаднены, кровоподтечны, концы закруглены, дно раны представлено тканевыми перемычками. Представлены рентгенограммы черепа в 2-х проекциях: по данным рентгенограмм линейный перелом височной кости слева. Выписан 19.03.2011 г. в удовлетворительном состоянии на амбулаторное лечение с диагнозом: ОЧМТ, ушиб головного мозга средней степени, линейный перелом височной кости слева. Потерпевший предоставил на судебно-медицинскую экспертизу рентгенограммы не указанные в постановлении, при этом врач СМЭ провел экспертизу.

1. Определить степень тяжести вреда здоровью?
2. Механизм образования повреждения?
3. Имел ли право судебно-медицинский эксперт использовать представленные потерпевшим рентгенограммы?
4. Имел ли право судебно-медицинский эксперт самостоятельно направить на исследование потерпевшего и использовать эти рентгенснимки?
5. Обязательно ли обследовать потерпевшего при проведении судебно-медицинской экспертизы?

Задача №3. (УК-1, УК-2, УК-3, ПК-5, ПК-6, ПК-10)

Обстоятельства дела: Из постановления о назначении судебно-медицинской экспертизы, вынесенного 01.04.2010 главой Администрации, известно, что 30.06.2008 в палате интенсивной терапии хирургического отделения центральной районной больницы скончался гр. С. 1960 года рождения.

Из «Медицинской карты стационарного больного», заполненной в ЦРБ хирургом Ивановым М., известно следующее: «Гр. С. поступил 29.06.2008 в хирургическое отделение в экстренном порядке с диагнозом: Слепое огнестрельное ранение грудной клетки слева. Объективно: при поступлении состояние тяжелое, сознание - кома 1. На коже грудной клетки слева определяется округлая рана диаметром 0,5 см, с серо-черными краями, с дефектом ткани в центре, при надавливании из просвета выделяется кровь. На рентгенограмме органов грудной клетки: в левой плевральной полости определяется уровень жидкости до 7 ребра; левое легкое коллабировано, поджато к области корня; на уровне нижнего края 5-го ребра определяется интенсивно затемненный инородный предмет правильной округлой формы диаметром 0,5 см (дробь?). Под местной анестезией проведена операция: пункция левой плевральной полости, получено 600 мл крови со свертками». Больному назначена консервативная терапия (анальгин, викасол, переливание свежезамороженной плазмы). Гемодинамика нестабильная, АД 60/20 мм.рт.ст., пульс 130 в мин., кожные покровы бледные, покрыты холодным потом. Несмотря на проводимое лечение, 30.06.2011 зафиксирована биологическая смерть С».

Из протокола допроса свидетеля Сидорова Г. известно: «Я являюсь экспертом-баллистом ЭКЦ МВД РФ. 29.06.2008 около 08 часов утра я направлялся на работу. Проходя по ул. Ленина, я увидел двоих молодых людей, которые громко спорили. Затем один из них выхватил обрез и выстрелил в другого, отчего тот упал на землю. Стрелявший бросил обрез убежал».

Возбуждено уголовное дело по признакам состава преступления, предусмотренного ст. 105 УК РФ («убийство»). На основании изложенного и руководствуясь ст. 144 УПК РФ, постановляю:

- назначить по настоящему уголовному делу комиссионную экспертизу, производство которой поручить комиссии экспертов - врачу-эксперту Иванову М. (ввиду нахождения штатного эксперта на больничном листе) и эксперту-баллисту Сидорову Г.

- до начала экспертизы допросить экспертов;

* предоставить в распоряжение экспертов труп гр. С. и обрез огнестрельного оружия, обнаруженный на месте происшествия.
* предупредить экспертов об уголовной ответственности за дачу заведомо ложного заключения (ст. 307 УК РФ) и разглашение данных предварительного расследования (ст. 310 УК РФ).

Наружное исследование: На передней поверхности рубашки слева имеется разрыв ткани, при сведении краев которого обнаруживается дефект ткани округлой формы размерами 0,5x0,6 см, с ровными краями, от которого отходят 4 радиальных разрыва ткани длиной до 1 см. На передней поверхности грудной клетки слева, на уровне 5-го ребра по передней подмышечной линии обнаружена округлая рана диаметром 0,5 см с серо-черными краями, с дефектом ткани в центре. Других повреждений при наружном исследовании трупа не обнаружено.

Внутренне исследование: В мягких тканях грудной клетки слева отмечается кровоизлияние на участке 12x8 см, в подкожно-жировой клетчатке обнаружены мелкие частицы черного цвета. В межреберных мышцах пятого межреберья имеется дефект с ровными краями, пропитанными кровью, диаметром 0,5 см, со следами черного налета. В левой плевральной полости обнаружено около 1600 мл жидкой крови со свертками. В нижней доле левого легкого прослеживается раневой канал длиной около 15 см, ткань легкого по ходу которого размозжена, пропитана кровью. В толще межреберных мышц задней поверхности грудной клетки слева обнаружен металлический предмет правильной округлой формы, диаметром около 0,5 см, напоминающий дробь.

Судебно-медицинский диагноз: ОСНОВНОЕ: Проникающее огнестрельное дробовое ранение грудной клетки с ранением левого легкого, левосторонним гемотораксом (1600 мл). ОСЛОЖНЕНИЕ: Массивная кровопотеря, малокровие внутренних органов.

Суд, рассматривая уголовное дело по факту убийства С., признал указанное заключение эксперта недопустимым доказательством.

1. Какие нарушения допущены при назначении экспертизы? Кто имеет право назначать судебную экспертизу?

2. Какой вид судебной экспертизы следовало назначить в данном случае, учитывая потребность в специальных познаниях в области медицины и баллистики?

3. Учитывая отсутствие штатного судебно-медицинского эксперта (нахождение на больничном листе), имеет ли право следователь назначить врачом-экспертом хирурга?

4. Имели ли право назначенные эксперты (Иванов М., Сидоров Г.) проводить данную экспертизу? Какие основания имелись для отвода указанных экспертов в описанной ситуации?

5.Правомерен ли допрос экспертов до дачи ими заключения?

Задача №4. (УК-1, УК-2, УК-3, ПК-5, ПК-6, ПК-10)

В постановлении указано, что «18.01.с.г. в помещении гр. У 1975г.р, совершил изнасилование несовершеннолетнего гр. П 2001г.р. После случившегося у потерпевшего было выявлено заболевание: «Тромбоз геморроидальных вен»».

В процессе предварительных следственных действий для освидетельствования потерпевшего был привлечён в качестве судебно-медицинского эксперта СМЭ Иванов А.В. После возбуждения уголовного дела следователем было вынесено постановление о назначении судебно-медицинской экспертизы, проведение которой поручено СМЭ Иванову А.В. Вопросы, поставленные в постановлении. 1. Имело ли место изнасилование? 2. Имеются ли у потерпевшего заболевания передающиеся половым путём? 3. Состоит ли заболевание «тромбоз геморроидальных вен»? В процессе экспертизы прошу изъять содержимое прямой кишки».

1. Входит ли в компетенцию врача судебно-медицинского эксперта ответ на первый вопрос следователя? Если нет, то почему? И как должны быть квалифицированы данные действия?

2. В рамках какой экспертизы возможно ответить на последний 3-й вопрос следователя?

3. Возможно ли назначение судебно-медицинской экспертизы до возбуждения уголовного дела?

4. Вправе ли судебно-медицинских эксперт отказаться от производства данной экспертизы, т.к. он учувствовал в предварительных следственных действиях (освидетельствовании)?

5. Может ли экспертное учреждение самостоятельно потребовать медицинские документы из клиники?

Задача № 5. (УК-1, УК-2, УК-3, ПК-5, ПК-6, ПК-10)

Обстоятельства дела: Из определения о назначении судебно-медицинской экспертизы, вынесенного Ачинским районным судом по иску гр-ки Б. к частной медицинской клинике, о возмещении ущерба, компенсации морального вреда, известно, что: «представитель ответчика просит назначить по делу судебно-медицинскую экспертизу».

Данные материалов гражданского дела и медицинских документов:

1. Исковое заявление гр-ки Б.: «В январе 2009 г. я обратилась в медицинскую клинику «Преображение» по поводу проведения косметической операции по коррекции формы носа. После полной оплаты услуг центра в размере 165 тыс. рублей, я прошла обследование, и в конце января пластический хирург Хребтов В. Провел мне операцию. В течение месяца после операции у меня держалась высокая температура, кожа лица была отечной и воспаленной, дышать через нос я не могла. Хребтов заверил меня, что поводов для беспокойства нет, все эти симптомы абсолютно нормальны для послеоперационного периода, скоро пройдут, и назначил мне лечение антибиотиками. 15 февраля мне сняли швы. При осмотре себя в зеркале, я увидела, что на коже лица остались хорошо заметные багровые рубцы, дышать носом я по-прежнему не могла. После моих претензий об устранении недостатков руководство клиники заявило, что форма носа у меня была кривой и до операции, и посоветовали обратиться к ЛОР-врачу по месту жительства для восстановления носового дыхания. Кроме того, хирург Хребтов назвал меня «скандалисткой», «чучелом, которому ни одна пластическая операция не поможет» и отдал распоряжение охранникам клиники выставить меня на улицу. После описанного инцидента у меня началась депрессия, я целый месяц не выходила на улицу из-за рубцов на лице, и, кроме того, меня уволили с работы. *Я* требую возмещения средств, потраченных на проведение пластической операции, а также компенсации морального вреда в размере 500 тыс. рублей».
2. Выписка из амбулаторной карты гр-ки Б. от 2008 года, заполненной в поликлинике по месту жительства: «Соматической патологии не выявлено. Заключение: Здорова. Проф. пригодна».
3. Выписка из медицинской карты гр-ки Б., заполненной в ОАО от 2009 года: «Противопоказаний к операции не выявлено. 21 января проведена плановая операция: пластика спинки носа. В послеоперационном периоде состояние ближе к удовлетворительному. Локальный статус: отек мягких тканей носа, слизисто-гнойное отделяемое из носовых ходов. Назначен курс антибиотикотерапии. Заживление послеоперационной раны вторичным натяжением с формированием рубцов. 15 февраля сняты швы, пациентка выписана в удовлетворительном состоянии».

4. «Акт медицинского освидетельствования живого лица»:  
Жалобы: На наличие рубцов в области лица, нарушение носового дыхания. Объективно: Спинка носа искривлена, деформирована, кончик носа ротирован влево. Просветы носовых ходов сужены на 2/3, носовое дыхание затруднено. В области основания и спинки носа отмечаются 3 выпуклых гипертрофических рубца синюшно-багрового цвета, с неровной матовой поверхностью, стягивающие и деформирующие окружающие ткани.

Заключение: На основании медицинского освидетельствования гр-ки Б., данных медицинских документов на ее имя, прихожу к следующему заключению:

При медицинском освидетельствовании у нее выявлены повреждения в виде трех рубцов в области основания и спинки носа, которые являются следами заживления ран.

Давность образования указанных рубцов соответствует сроку, указанному в мед.документах - 21.01.2009.

Данные рубцы являются неизгладимыми, поскольку с течением времени или от воздействия физиотерапевтических процедур не станут менее заметными; вызывают неизгладимое обезображивание лица и, на основании этого признака, квалифицируются как ТЯЖКИЙ вред здоровью.

В процессе судебного слушания выяснилось, что судебно-медицинский эксперт, проводивший освидетельствование истицы Б., является ее родным братом. На основании вновь открывшихся обстоятельств, суд признал «Акт медицинского освидетельствования» недопустимым доказательством и вынес определение о назначении по делу повторной экспертизы, производство которой поручил другому эксперту.

1. В чем состоит процессуальное различие между судебно-медицинской экспертизой, назначенной к производству определением суда, и освидетельствованием живого лица, фактически проведенным  
судмедэкспертом?

2. Какие основания имелись у суда для отвода судмедэксперта?

3. Какая из экспертиз (первичная, повторная) имеет для суда большее  
значение?

4. Имеет ли право судебно-медицинский эксперт давать оценку  
повреждению, как «неизгладимое обезображивание лица»?

5. Поводы для назначения дополнительной экспертизы?

Эталон № 1.

1. Данное ранение, согласно приказа МЗ и СР РФ № 194н от 24.04.2008г. п.6.1.15, отнесено к критерию, характеризующему квалифицирующий признак вреда, опасного для жизни человека. По указанному признаку, согласно правилам «Определения тяжести вреда, причиненного здоровью человека» (постановление Правительства РФ №522 от 17.08.2007г) квалифицируется как тяжкий вред здоровью. При экспертизе рубца давность – не менее нескольких месяцев к моменту проведения комиссионной экспертизы.
2. Нельзя привлечь лечащего врача в качестве эксперта.
3. Правомерны, так как медицинские документы являются объектом для проведения судебно-медицинской экспертизы.
4. Эксперт не работающий в ГСМЭУ может быть привлечен к производству СМЭ лишь с разрешения лица назначившего экспертизу.
5. Эксперт не может самостоятельно собирать объекты исследований и материалы дела необходимые для проведения судебно-медицинской экспертизы.

Эталон № 2.

1. Определить степень тяжести вреда здоровью не предоставляется возможным, т.к согласно приказу МЗ №194н п.27 медицинские документы отсутствуют (рентгенограммы черепа в 2-х проекциях). Определение степени тяжести вреда здоровью будет возможным после предоставления медицинских документов.
2. Данное повреждение образовалось от воздействия твердого тупого предмета с ограниченной травмирующей поверхностью.
3. Судебно-медицинский эксперт не имел право использовать предоставленные потерпевшим рентгенограммы, т.к согласно ФЗ №73 ст.16 эксперт не вправе самостоятельно соборать материалы для производства судебной экспертизы.
4. Судебно-медицинский эксперт имеет право самостоятельно направить на исследование потерпевшего и использовать эти рентгенснимки согласно приказу МЗ №346н.
5. Судебно-медицинская экспертиза может быть проведена по материалом дела без осмотра потерпевшего.

Эталон № 3**.**

1. При назначении судебно-медицинской экспертизы постановление о назначении экспертизы вынесено ненадлежащим лицом (главой Администрации)- Правом назначать судебную экспертизу обладают лица, указанные в ст. 195 УПК РФ*.*
2. В данном случае следовало назначить комплексную судебную экспертизу (ст. 201 УПК РФ), вместо комиссионной (ст. 200 УПК РФ).

3. Учитывая отсутствие штатного судебно-медицинского эксперта (нахождение на больничном листе), следователь имеет ли право назначить врачом-экспертом хирурга.

4.Назначенные эксперты (Иванов М., Сидоров Г.) проводить данную экспертизу не имели права, так как в описанной ситуации имелись основания для отвода («Обстоятельства, исключающие участие в производстве по уголовному делу») - ст. 61 УПК РФ: Иванов М. оказывал потерпевшему С. медицинскую помощь в качестве хирурга, а Сидоров Г. уже был допрошен по данному уголовному делу в качестве свидетеля.

5.Допрос эксперта до представления им заключения не допускается (ст. 205 УПК РФ).

Эталон № 4.

1. Нет, изнасилование это юридическое понятие. Под изнасилованием понимают совершение полового акта против воли потерпевшей. Под половым актом понимают в ведение полового члена за пределы преддверия влагалища. Данные действия квалифицируются как развратные действия сексуального характера.

2. В рамках комплексной судебно-медицинской экспертизы с привлечением врачей проктологов, сосудистых хирургов.

3. Нет, т.к. экспертиза назначается в рамках возбужденного уголовного дела.

4. Нет, т.к. в процессе освидетельствования эксперт был привлечён в качестве специалиста в области судебной медицины.

5. Эксперт не может самостоятельно собирать объекты исследований и материалы дела необходимые для проведения судебно-медицинской экспертизы.

Эталон № 5.

1. Судебно-медицинскую экспертизу проводит эксперт(ст. 57 УПК), по  
результатам экспертизы составляется в письменном виде «Заключение  
эксперта»с выводами по всем поставленным вопросами (ст. 80 УПК).  
Эксперт несет уголовную ответственность(ст.ст. 307, 310 УК) за данное им  
заключение. «Заключение эксперта» является доказательством по  
уголовному делу.

Освидетельствование проводит специалист (ст. 58 УПК), по результатам освидетельствования составляется «Акт медицинского освидетельствования живого лица» (ст. 80 УПК). Специалист не несет уголовной ответственности за дачу заведомо ложного заключения либо за разглашение данных предварительного расследования. Акт освидетельствования доказательством по уголовному делу не является.

2. Основания для отвода («Обстоятельства, исключающие участие в  
производстве по уголовному делу») - ст. 61 УПК РФ: судмедэксперт  
является близким родственником одного из участников по делу,  
следовательно, может быть прямо или косвенно заинтересован в исходе дела.

3. Все экспертизы имеют для суда равную силу.

4. Нет, не имеет. Понятие «обезображивание» является юридическим, а  
не медицинским, поэтому не относится к компетенции судебно-  
медицинского эксперта.

5. Чаще всего вновь открывшиеся обстоятельства.

**6. Перечень практических умений по изучаемой теме**

(УК-1, УК-2, УК-3, ПК-5, ПК-6, ПК-10);

-применять на практике основы законодательства РФ о здравоохранении и директивные документы, определяющие деятельность органов и учреждений здравоохранения;

-оформлять типовые формы медицинской документации для бюро судебно-медицинской экспертизы;

**7. Рекомендации по выполнению НИР**

Примерная тематика по НИР по теме - не предусмотрена.

**8. Рекомендованная литература по теме занятия (обязательная, дополнительная, электронные ресурсы, включая законодательные и нормативно-правовые документы)**

**Занятие № 2**

**1. Индекс: ОД.О.01.1.1.2 Тема: «Особенности организации судебно-медицинской экспертизы в РФ».**

**2. Форма организации занятия:** подготовка к практическому занятию.

**3. Перечень вопросов для самоподготовки по теме практического занятия**

1. Существуют ли определенные сроки проведения судебно-медицинской экспертизы? (УК-1, УК-2, УК-3, ПК-5, ПК-6, ПК-10)

ОТВЕТ: Это зависит от особенностей и сложности экспертизы. В ряде случаев экспертиза трупа или живого лица проводится одномоментно и в тот же день может быть составлено заключение. В других — после проведенного исследования появляется необходимость ознакомиться с медицинскими документами или материалом дела, что требует времени. Нередко необходимо применение дополнительных методов исследования. После вскрытия трупа — гистологического, медико-криминалистического, что иногда требует продолжительного времени (от 2 до 4 недель). Это касается и амбулаторного приема, после которого проведение консультации, рентгенографии или других исследований удлиняет время окончания экспертизы. Это касается и экспертизы вещественных доказательств и экспертизы по документам.

Однако после получения всех необходимых результатов на составление и формулировку выводов отводится не более 3 суток.

1. Зачем необходимо и в чем заключается взаимодействие судебно-медицинского эксперта со следователем или дознавателем? (УК-1, УК-2, УК-3, ПК-5, ПК-6, ПК-10)

ОТВЕТ: Можно с уверенностью считать, что успех экспертизы в большой степени зависит от взаимопонимания и взаимодействия судебно-медицинского эксперта с лицом, назначившим экспертизу. Начинается их работа с момента составления, формулировки вопросов и ознакомления с данными обстоятельствами дела, с четкого понимания экспертом цели и задачи экспертизы. Следователь в соответствии с У ПК может присутствовать при производстве экспертизы, а в деле по подозрению на убийство, в соответствии с указанием генерального прокурора, присутствие его при экспертизе трупа обязательно. Это позволяет наблюдать за ходом исследования, в связи с новыми данными ставить возникающие вопросы и по ряду из них получать объяснения или пока устные ответы. По запросу эксперта, что весьма полезно для разработки версий и производства неотложных действий, следователь представляет ему необходимые для решения поставленных вопросов вещественные доказательства и документы. При участии суд-медэксперта целесообразно проводить такие следственные действия, как осмотр места происшествия, допрос, обыск, планировать и анализировать данные следственного эксперимента.Иногда полезным является и разъяснение экспертом следователю или суду результатов экспертизы.

1. Когда в соответствии с УПК обязательно назначается судебно-медицинская экспертиза?(УК-1, УК-2, УК-3, ПК-5, ПК-6, ПК-10)

ОТВЕТ: В соответствии с законом (ст. 79 УПК РФ) назначение экспертизы обязательно:

* 1. для установления причин смерти и характера телесных повреждений;
  2. для определения психического состояния обвиняемого или подозреваемого в тех случаях, когда возникает сомнение по поводу их вменяемости или способности к моменту производства по делу отдавать отчет в своих действиях или руководить ими;
  3. для определения психического состояния или физического состояния свидетеля или потерпевшего в случаях, когда возникает сомнение в их способности правильно воспринимать обстоятельства, имеющие значение для дела, и давать о них правильные показания;
  4. для установления возраста обвиняемого, подозреваемого и потерпевшего в тех случаях, когда это имеет значение для дела, а документы о возрасте отсутствуют.

Однако на практике без судебно-медицинской экспертизы невозможно обойтись и при решении некоторых других вопросов. Например, расследование уголовных дел в связи с преступлениями против половой неприкосновенности и половой свободы личности требует обязательного назначения судебно-медицинской акушерско-гинекологической экспертизы.

1. Какие нормативные документы регламентируют проведение судебно-медицинской экспертизы? (УК-1, УК-2, УК-3, ПК-5, ПК-6, ПК-10)

ОТВЕТ: Судебно-медицинская экспертиза осуществляется в соответствии с УК и У ПК РФ, ГК и ГПК РФ, основами законодательства РФ об охране здоровья граждан, а также на основании приказов МЗ РФ, которыми утверждаются официальные положения, регламентирующие специальные, организационные и методические вопросы судебно-медицинской экспертизы. К ним относятся:

— Инструкция о производстве судебно-медицинской экспертизы.

— Правила судебно-медицинского определения тяжести вреда здоровью.

— Правила судебно-медицинской экспертизы трупа.

— Правила судебно-медицинской экспертизы вещественных доказательств.

— Правила судебно-медицинской акушерско-гинекологической экспертизы.

— Правила производства судебно-медицинских экспертиз в физико -технических отделениях лаборатории Бюро СМЭ.

— Правила судебно-химической экспертизы вещественных доказательств в судебно-химических отделениях Бюро СМЭ.

Все эти документы согласуются с Министерствами ВД и юстиции, с Генеральной прокуратурой и Верховным судом РФ.

1. Каковы права судебно-медицинского эксперта? (УК-1, УК-2, УК-3, ПК-5, ПК-6, ПК-10)

ОТВЕТ: Они не отличаются от прав иных экспертов. УПК РФ предусматривает следующие права эксперта: он имеет право требовать указания цели экспертизы и постановки конкретных вопросов, может знакомиться со всеми материалами, имеющими отношение крещению вопросов проводимой им экспертизы. Если они не представлены — запрашивать их, как и необходимые вещественные доказательства. При отсутствии необходимых данных имеет право отказаться отрешения вопроса, указав причину. Эксперт вправе, проявляя инициативу, делать вывод и по непоставленному вопросу, если он считает это важным для дела. С разрешения следователя эксперт имеет право принимать участие в таких следственных действиях, как освидетельствование, осмотр, обыск, допрос, следственный эксперимент, когда его познания необходимы для более качественной работы.

В сложных случаях эксперт может ходатайствовать о приглашении консультантов или экспертов смежной специальности. При участии нескольких экспертов они вправе совещаться между собой, подписывать общие выводы или писать свое мнение по всем или отдельным вопросам. Если экспертиза проведена внештатным врачом-экспертом, он вправе ходатайствовать о денежном вознаграждении за работу.

1. В чем состоят обязанности эксперта? (УК-1, УК-2, УК-3, ПК-5, ПК-6, ПК-10)

ОТВЕТ: В соответствии с законом эксперт обязан явиться по вызову лица, производящего дознание, следователя, прокурора или суда, произвести исследование и дать объективное письменное заключение по поставленным вопросам. Он обязан отказаться отдачи заключения и предупредить об этом в случае, если один из участников процесса является его родственником, либо он связан с кем-то из участников (например, был лечащим врачом) и может подозреваться в заинтересованности по делу. Эксперт обязан отказаться от решения вопроса, выходящего за рамки его компетентности, т. е. за пределы медицинских знаний. Например, в вопросах о роде смерти, изнасиловании, психической болезни и невменяемости, что является компетенцией следователя и судебного психиатра; о дефектах врачебной работы (это компетенция, хотя и судебно-медицинской экспертизы, но не отдельного эксперта, а комиссии).

1. Предусматривает ли УК уголовную ответственность эксперта за нарушения в его профессиональной деятельности? (УК-1, УК-2, УК-3, ПК-5, ПК-6, ПК-10)

ОТВЕТ: УК РФ предусматривает уголовное наказание эксперта по ст. 307 задачу заведомо ложного заключения и освобождение от него, если в ходе дознания, предварительного следствия или судебного разбирательства до вынесения приговора эксперт заявит о ложности своего заключения. По ст. 310 эксперт может понести уголовное наказание за разглашение данных предварительного расследования. Вместе с тем следует отметить, что в действующем УК РФ впервые имеется указание о защите эксперта от посягательства на его жизнь и достоинство, угрозы и насильственных действий в связи с проведением предварительного расследования или правосудия, а также предусмотрено уголовное наказание лиц, принуждающих эксперта к даче заключения путем применения угроз, шантажа или иных незаконных действий (ст. 302).

1. Как оформляются результаты судебно-медицинской экспертизы?

(УК-1, УК-2, УК-3, ПК-5, ПК-6, ПК-10)

ОТВЕТ: Любая экспертиза (исследование) должна быть оформлена письменным, предусмотренным УПК документом. Основным является «Заключение эксперта», которое составляется при наличии постановления о назначении экспертизы или определения суда. Этот документ составляется независимо от объекта исследования, но имеет подзаголовки: экспертиза трупа, экспертиза по материалам дела, экспертиза вещественных доказательств.

Если объект сопровождался направительным документом правоохранительных органов, то в результате исследования составляется «Акт су-дебно-медицинского исследования».

Оба документа имеют три части: вводную, исследовательскую и выводы, либо (в акте) — заключение, и составляются с соблюдением

определенных требований. Эти документы подписывает эксперт (или эксперты), непосредственно проводивший экспертизу, указывается, кто при этом присутствовал (следователь, врач). Составляется документ в двух экземплярах, один из которых остается в архиве, другой направляется в учреждение, назначившее экспертизу. Оба экземпляра помимо подписи заверяются печатью экспертного учреждения.

1. Каковы особенности профессиональной этики судебно-медицинского эксперта? (УК-1, УК-2, УК-3, ПК-5, ПК-6, ПК-10)

ОТВЕТ: Этика и деонтология судебно-медицинского эксперта имеет свои особенности, которые помимо общей медицинской этики являются составной частью его профессиональной деятельности, которая в значительной степени регламентирована законом. Судебный медик постоянно контактирует не только с медицинскими работниками, но и с сотрудниками правоохранительных органов. Сказывается также постоянная работа с необычными для других врачей объектами, которые в силу различных ситуаций становятся жертвами неожиданных, конфликтных или трагических обстоятельств. Деятельность судебно-медицинского эксперта имеет ряд деонтологических сторон, это — отношение с потерпевшим, обвиняемым, подозреваемым, с родственниками погибшего (особенно при подозрении на убийство и самоубийство), а также умершего скоропостижно, с коллегами и лечащим врачом, работниками правоохранительных органов в ходе проведения экспертизы. Поведение эксперта на месте происшествия и в суде также имеет свои особенности.

В ряде случаев поведение эксперта определяется статьями УПК, который, затрагивая права и обязанности СМЭ, нормы его взаимоотношений с участниками дела, определяет и его этику. Например, ст. 67 предусматривает отвод эксперта, если он является родственником одного из участников судебного разбирательства, был лечащим врачом потерпевшего или членом административной комиссии по разбору дела, либо находился в служебной или иной зависимости от потерпевшего, ответчика или других лиц; если он прямо или косвенно заинтересован в исходе дела. Зная это, эксперт не должен ждать отвода со стороны судьи, а сам из этических соображений должен отказаться от проведения экспертизы. То же самое — в случае отвода эксперта при обнаружении его некомпетентности, что иногда касается молодых врачей-экспертов. Различия экспертов в характере, опыте, квалификации, наличии ученой степени или служебном положении не должны влиять на объективность поведения эксперта. Статья 80, посвященная заключению эксперта, также объединяет процессуальные и этические стороны. Эксперт в отличие от врача клиники не может . спрятаться за спину консультантов или старших в служебном отношении врачей, так как дает заключение лично от своего имени и в соответствии с названной статьей, несет за него личную ответственность. При проведении экспертизы несколькими экспертами они совещаются между собой, но в случае разногласий дают заключения отдельно. В случае необоснованности заключения или при сомнении в его правильности в соответствии со ст. 81 может быть назначена повторная экспертиза, которая проводится другим экспертом. В таком случае следует особое внимание уделить изучению первогозаключения, решить с экспертом, его составившим, все неясные вопросы, руководствуясь только объективными данными. Проявляя принципиальность при составлении выводов, следует найти наиболее правильное объяснение возможным разноречиям и тактично разъяснить это следователю. Имеются особенности этики при проведении отдельных видов и объектов -экспертизы, что будет отмечено выше.

1. Каковы особенности участия судебно-медицинского эксперта в судебном заседании? (УК-1, УК-2, УК-3, ПК-5, ПК-6, ПК-10)

ОТВЕТ: Судмедэксперт приглашается для участия в работе судебного заседания с целью разъяснения суду ранее данного заключения, уточнения прежних выводов на основе всех материалов дела, новых данных, выясненных в судебном заседании. С этой целью эксперт может задавать вопросы потерпевшему, подсудимому, свидетелям об обстоятельствах, имеющих отношение к данному заключению, в некоторых случаях принимать участие в судебных следственных действиях, первично или повторно проводить освидетельствование или исследование трупа. В результате он может подтвердить первичное заключение или изменить его. В ходе судебного заседания все вопросы, адресованные участниками процесса эксперту, поступают к судье и вместе с вопросами, сформулированными судом, передаются эксперту. Эксперт составляет заключение. Для этого по его просьбе ему предоставляется необходимое время. Заключение составляется в письменной форме и зачитывается. При этом эксперту могут быть заданы новые вопросы. Ответы на них также оформляются письменно. При участии нескольких экспертов они могут совещаться и подписать одно общее заключение, либо при наличии разных мнений составлять отдельные заключения или ответы.

Есть особенности поведения эксперта в судебном заседании. Так, надо всегда пользоваться правом предварительного ознакомления с делом, даже если оно знакомо, и продумать ответы, чтобы убедительно по возможности немногословно и по существу дела отвечать на поставленные вопросы. Кроме того, следует четко сформулировать вопросы, которые эксперт вправе за/дать участникам процесса. Очень важно, чтобы подвергшиеся критике сторон (даже необъективной и нелепой) выводы эксперта, а также иронические замечания в его адрес, были выслушаны внимательно, спокойно, с достоинством. Отвечать на критические замечания нужно после соответствующей подготовки вежливо и убедительно.

**4.** **Самоконтроль по тестовым заданиям данной темы**

1. РЕЗУЛЬТАТЫ СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ ЭКСПЕРТ ОФОРМЛЯЕТ В ВИДЕ

1) «Акта медицинского исследования (освидетельствования)»

2) «Справки для правоохранительных органов»

3) «Заключения эксперта»

4) «Медицинского свидетельства о смерти»

5) «Акта исследования медицинского документа»

Правильный ответ: 3 ПК-5

1. В СТРУКТУРУ «ЗАКЛЮЧЕНИЕ ЭКСПЕРТА» НЕ ВХОДИТ

1) исследовательской части

2) оценки результатов лабораторных исследований

3) иллюстративной части

4) судебно-медицинского диагноза

5) список литературы

Правильный ответ: 5 ПК-5

1. ПЕРСОНАЛЬНЫЙ СОСТАВ ДЛЯ ПРОИЗВОДСТВА КОМИССИОННОЙ СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ

1) наличием соответствующих специалистов

2) списком членов постоянно действующих экспертных комиссий

3) начальником экспертного учреждения

4) зав. отделом сложных экспертиз

5) вышестоящим органом здравоохранения

Правильный ответ: 3 ПК-5

1. В СТРУКТУРУ БЮРО СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ ВХОДИТ СЛЕДУЮЩЕЕ ПОДРАЗДЕЛЕНИЕ

1) отдел судебно-медицинской экспертизы трупов

2) цитологическое отделение

3) отделение медицинской генетики

4) подразделение экспертного эксперимента

5) дактилоскопическая лаборатория

Правильный ответ: 1 ПК-5

1. В ОТДЕЛ СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ ВЕЩЕСТВЕННЫХ ДОКАЗАТЕЛЬСТВ ВХОДИТ

1) судебно-медицинская амбулатория

2) генетическая лаборатория

3) судебно-гистологическое отделение

4) медико-криминалистическое отделение

5) административно-хозяйственная часть

Правильный ответ: 4 ПК-5

1. ЖУРНАЛ, КОТОРЫЙ ДОЛЖЕН БЫТЬ В ТАНАТОЛОГИЧЕСКОМ ОТДЕЛЕ (МОРГЕ) БЮРО СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ

1) журнал регистрации «Медицинских свидетельств о смерти»

2) журнал регистрации трупов

3) журнал регистрации протоколов «Осмотра трупа»

4) журнал регистрации «Карт исследования трупа»

5) журнал регистрации захоронений не востребованных трупов

Правильный ответ: 2 ПК-5

1. ПОДМЕНЯТЬ «ЗАКЛЮЧЕНИЕ ЭКСПЕРТА» ИЛИ «АКТ МЕДИЦИНСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ» СПРАВКАМИ, ВЫПИСКАМИ И ПРОЧИМИ ДОКУМЕНТАМИ

1) разрешено

2) не разрешено

3) в отдельных случаях

4) в случаях массовых катастроф

5) при объявлении в регионе эпидемии особо опасной инфекции

Правильный ответ: 2 ПК-5

1. СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКАЯ ДОКУМЕНТАЦИЯ В ВИДЕ «ЗАКЛЮЧЕНИЯ ЭКСПЕРТА» ПОСТРАДАВШИМ (ПОТЕРПЕВШИМ, РОДСТВЕННИКАМ)

1) выдается

2) не выдается

3) в исключительных случаях

4) выдается в виде «справок»

5) выдается в виде «выписки из Заключения эксперта»

Правильный ответ: 2 ПК-5

1. ПОДЗАКОННЫЙ АКТ, ОПРЕДЕЛЯЮЩИЙ ПОРЯДОК РАБОТЫ БЮРО СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ

1) приказ №346н «Об утверждении Порядка организации и производства судебно-медицинских экспертиз в государственных судебно-экспертных учреждениях РФ»

2) распоряжение местной администрации

3) определение суда

4) федеральный закон о погребении и похоронном деле

5) федеральный закон о персональных данных № 152-ФЗ

Правильный ответ: 1 ПК-5

1. К ЗАКОНОДАТЕЛЬНОМУ АКТУ, РЕГУЛИРУЮЩЕМУ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКОЙ СЛУЖБЫ, ОТНОСИТСЯ

1) Федеральный Закон «О государственной экспертной деятельности в РФ»

2) «Закон о похоронах и похоронном деле»

3) Инструкция о производстве судебно-медицинской экспертизы в РФ

4) Ведомственные инструкции

5) Законы субъектов РФ

Правильный ответ: 1 ПК-5

1. **Самоконтроль по ситуационным задачам.**

Задача № 1. (УК-1, УК-2, УК-3, ПК-5, ПК-6, ПК-10)

16.01.2007г., в доме произошло возгорание, в результате чего, после тушения пожара в доме был обнаружен труп гр-ки А., 1974г.р. Кожные покровы холодные, влажные. Трупные пятна разлитые, ярко-розового цвета, расположены на переднебоковых поверхностях тела, при дозированном надавливании не исчезают и цвета не меняют. Феномен идиомускулярной опухоли в виде вмятины. Трупное окоченение выражено во всех исследуемых группах мышц. Внутрипеченочная температура 23оС. Рот закрыт, слизистая губ серо-розовая, язык за линией зубов. Отмечается обильное наложение копоти черного цвета в области носовых ходов, на всей поверхности лица и волосистой части головы. На верхнем веке правого глаза овальный синюшно-фиолетовый кровоподтек, размером 1,9х2,3см. Скелетные мышцы светло-красного цвета влажные, блестящие. Сердце плотноватое на ощупь, размером 12,0х10,0х6,0см, массой 350гр. На разрезах полости не расширены, в них отмечается жидкая светло-красная кровь. В просвете трахеи небольшое количество сероватой слизи, с примесью черной копоти, слизистая розоватого цвета, влажная, гладкая, блестящая. Легкие тестоватые на ощупь, с многочисленными участками повышенной воздушности, с поверхности светло-красного цвета. В крови и моче обнаружен этиловый алкоголь в концентрации 2,1 и 3,5 промилле соответственно. Обнаружен карбоксигемоглобин в крови 66,5%.

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. (УК-1, УК-2, УК-3, ПК-5, ПК-6, ПК-10)

02.08.2009г., в помещении между гр-ном К., 1981г.р., и неизвестным молодым человеком возникла ссора. В результате возникшей ссоры неизвестный молодой человек нанес неустановленным предметом удар в область шеи гр-ну К., в результате чего гр-н К., умер на месте происшествия. Кожные покровы сероватого цвета, тепловатые на ощупь; определяются обильные потеки буро-красной, подсохшей жидкости, на передней поверхности шеи, распространяющиеся на переднюю поверхность грудной клетки и живота. Трупные пятна островчатые, багрово-синюшные, ненасыщенные, расположены на задней поверхности туловища, при дозированном надавливании исчезают и восстанавливают свой цвет через 20 секунд. Трупное окоченение хорошо выражено в мышцах лица и верхних конечностях. Феномен идиомускулярной опухоли в виде тяжа высотой 1,0см. Внутрипеченочная температура 34,2оС. На левой переднебоковой поверхности шеи располагается линейная косо-вертикальная с ровными кровоподтечными краями, с острыми концами, длиной при сведенных краях 7,2см, в дне раны видны кровоподтечные мягкие ткани, пересеченные сосудисто-нервный пучок и кивательные мышцы. Мышцы шеи, груди и живота красно-коричневого цвета, малокровные. Имеется темно-красное студневидное кровоизлияние, располагающееся в мягких тканях шеи на уровне повреждения. При ревизии на уровне кровоизлияния по ходу раневого канала обнаружено линейное горизонтальное повреждение передненаружной стенки общей сонной артерии справа, края повреждения ровные, концы острые. Легкие тестовато-воздушной консистенции на ощупь, с поверхности серо-синюшного цвета с множеством темно-красных, неправильно-овальных кровоизлияний, располагающихся под легочной плеврой по задней поверхности всех долей правого и левого легких. Сердце конусовидной формы, плотное на ощупь, имеются слабо выраженные полосовидные кровоизлияния располагающиеся под эндокардом левого желудочка. Почки парные, бобовидные, на разрезе красно-коричневого цвета, малокровные, границы между корковым и мозговым слоями прослеживаются. Печень желто-коричневого цвета, мелкозернистая с поверхности, на разрезе ткань ее желто-коричневая, малокровная, с четкой структурой. В крови обнаружен этиловый алкоголь в концентрации 0,4 промилле, в моче этиловый алкоголь не обнаружен. Гистологически: резкое малокровие органов, мультилобулярный цирроз печени.

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. (УК-1, УК-2, УК-3, ПК-5, ПК-6, ПК-10)

23.01.2010г., со слов мужчины его жена гр-ка С., 1970г.р., во время обеда резко начала кашлять, задыхаться, после чего упала и до приезда «бригады скорой помощи» умерла. Кожные покровы бледного цвета, теплые на ощупь. Отмечается одутловатость и синюшность лица. Глаза закрыты, склеры и соединительные оболочки глаз с резко полнокровными расширенными сосудами, с единичными темно-красными кровоизлияниями. Трупные пятна разлитые, багрово-синюшного цвета, расположены на задней поверхности туловища, при дозированном надавливании исчезают и восстанавливают свой цвет через 18 секунд. Трупное окоченение хорошо выражено в мышцах нижней челюсти. Феномен идиомускулярной опухоли в виде валика высотой 1,5см. Внутрипеченочная температура 35,0оС. Заднепроходное отверстие сомкнуто, кожа промежности обпачкана темно-коричневыми каловыми массами. В левой височной области полосовидная ссадина с багровым подсохшим дном ниже уровня кожи, размером 1,3х2,5см. Произведено выделение органокомплекса шеи, после выделения обнаружен инородный предмет красновато-коричневого цвета- кусок «мяса с прослойками сала», размером 3,2х4,0х3,1см, полностью перекрывающий вход в гортань. Просвет трахеи и главных бронхов свободен, слизистая их серая, блестящая, влажная. Легкие эмфизематозно вздуты, с поверхности багрово-синюшного цвета с множеством мелкоточечных, темно-красных кровоизлияний, располагающихся под легочной плеврой. На разрезе ткань легких темно-вишневого цвета, сосудистый и бронхиальный рисунок выражен, при надавливании с поверхности разреза стекает обильное количество темно-красной, жидкой крови с примесью пены, просвет бронхов свободен на всем протяжении. В просвете аорты темно-красная, жидкая кровь. Желчный пузырь грушевидной формы, содержит в себе около 15мл зеленовато-желтого цвета желчи, а также, шесть округлых, черных, каменной плотности конкрементов, размером от 0,3х0,3х0,3 до 0,4,х0,5х0,4см. В крови и в моче этиловый алкоголь не обнаружен. Гистологически: в легком альвеолярный отек и редкие мелкие внутриальвеолярные 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.

Задача № 4. (УК-1, УК-2, УК-3, ПК-5, ПК-6, ПК-10)

24.06.2009г., в своей квартире лежащим на полу обнаружен труп гр-на Н., без признаков насильственной смерти. Рядом с трупом лежит инсулиновый шприц с остатками бурого вещества и пустая бутылка из под водки. Кожные покровы бледные, холодные. Трупные пятна разлитые синюшно-фиолетового цвета, расположены на задне­боковых поверхностях тела, при дозированном надавливании цвета не меняют. Трупное окоченение выражено во всех группах исследуемых мышц. Феномен идиомускулярной опухоли в виде вмятины. Внутрипеченочная температура 21оС. Лицо одутловатое, синюшное. На тыльной поверхности левой кисти округлый синюшно-фиолетовый кровоподтек, размером 5,0х5,5см. Ткань мозга отеч­ная, серое вещество выбухает над бе­лым. На полушариях мозжечка отчетливо видны участки полулун­ных вдавле­ний, отображающих большое за­тылочное отверстие. Легкие с поверхности повышенной воздушности, пестрые. Под легочной плеврой имеются в большом количестве мелкоточечные кровоизлияния, с преимущественным расположением в прикорневой зоне обоих легких. В моче­вом пузыре около 140мл прозрач­ной светло-желтой мочи. 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. Печень желтовато-зеленоватая с поверхности, тусклая. Ложе желчного пузыря резко отечное, в виде студневидной прокладки, прилежа­щая часть печени на этом участке имеет темно-красный цвет. В крови и моче обнаружен этиловый алкоголь в концентрации 3,0 и 1,9 промилле соответственно. Обнаружен общий морфин в концентрации: в желчи- 32,96мкг/мл, в крови- 0,09мкг/мл. Гистологически: Хронический персистирующий гепатит. Выраженный отек головного мозга. Полнокровие внутренних органов.

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. (УК-1, УК-2, УК-3, ПК-5, ПК-6, ПК-10)

01.02.2011г., в подъезде строящегося дома лежащим на лестничной площадке одетым в легкую осеннюю одежду в позе «эмбриона» обнаружен неизвестный мужчина без внешних признаков насильственной смерти. Кожные покровы бледные, холодные на ощупь. Отмечается ознобление кожных покровов по типу «гусиной кожи», а также, промерзание кожных покровов в области кистей и лица трупа. Яички подтянуты в мошонке. Трупные пятна разлитые, насыщенные, багрово-розового цвета, расположены на задне-боковых поверхностях туловища и конечностей, при дозированном надавливании бледнеют и восстанавливают свой цвет через 46 секунд. Феномен идиомускулярной опухоли в виде вмятины. Трупное окоченение хорошо выражено во всех группах обычно исследуемых мышц. Внутрипеченочная температура 18оС. Кожа лица одутловатая, с розоватым оттенком. На кончике носа, в лобной области по срединной линии, на ладонных поверхностях обеих кистей множественные мелкие хаотично расположенные ссадины, с ярко-красным подсохшим дном ниже уровня кожи. В просвете мочевого пузыря 430мл светло-желтой прозрачной мочи. Отмечается переполнение правой половины сердца жидкой красной кровью. В просвете желудка умеренное количество стекловидных прозрачных масс. Печень желтовато-глинистого цвета. В крови и моче обнаружен этиловый алкоголь в концентрации 1,0 и 2,9 промилле соответственно. Гистологически: Гепатит «В» в стадии обострения. Отрицательный результат окраски срезов печени на гликоген. Ярко красная окраска эритроцитов в сосудах легкого, почки, печени, сердца.

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.

Эталон № 1.

1. Смерть наступила в результате острого отравления угарным газом, что подтверждается высоким содержанием карбоксигемоглобина в крови в концентрации 66,5%, розоватой окраской трупных пятен, внутренних органов, наличием алой, жидкой крови в полостях сердца, отеком легких.
2. Согласно стадии выраженности трупных явлений (трупные пятна разлитые, ярко-розового цвета, цвета не меняют; феномен идиомускулярной опухоли в виде вмятины; трупное окоченение выражено во всех исследуемых группах мышц; внутрипеченочная температура 23оС), смерть ее наступила в пределах не менее 1-х суток на момент проведения экспертизы трупа.
3. При экспертизе трупа обнаружено повреждение в виде кровоподтека верхнего века правого глаза, которое возникло прижизненно, в пределах не менее 1-3-х суток к моменту наступления смерти, от одного 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 и согласно пункту 9 раздела 2 приказа МЗиСР РФ 194н от 24.04.2008г., расценивается как повреждение, не причинившее вред здоровью человека.
4. Каких-либо болезненных изменений со стороны внутренних органов при экспертизе трупа не выявлено.
5. Обнаружен этиловый алкоголь в крови 2,1 промилле и моче 3,5 промилле, что по аналогии с живыми лицами соответствует СРЕДНЕЙ степени алкогольного опьянения в стадии выведения.

Эталон № 2.

1. Причиной смерти явилась острая кровопотеря, развившаяся в результате проникающего колото-резаного ранения шеи с повреждением мягких тканей и левого сосудисто-нервного пучка, что подтверждается малокровием трупных пятен и внутренних органов, наличием полосовидных кровоизлияний под эндокардом левого желудочка (пятна Минакова), кровоизлияниями в мягкие ткани в области повреждения.

1. Согласно стадии выраженности трупных явлений (трупные пятна островчатые, багрово-синюшные, восстанавливают свой цвет через 20 секунд, трупное окоченение хорошо выражено в мышцах лица и верхних конечностях, феномен идиомускулярной опухоли в виде тяжа высотой 1,0см, внутрипеченочная температура 34,2оС), смерть его наступила в пределах 4-6-ти часов на момент проведения экспертизы трупа.
2. При экспертизе трупа обнаружено повреждение в виде проникающего колото-резаного ранения шеи, данное повреждение является прижизненным, что подтверждается наличием кровоизлияний, располагающихся в мягких тканях в области расположения раны, возникла от 1-го воздействия клинка колюще-режущего предмета (орудия, оружия), имеющего острой лезвие и обух, находится в прямой причинно-следственной связи с наступлением смерти и согласно приказу МЗиСР РФ 194н от 24.04.2008г. отнесено к критериям вреда, опасного для жизни человека, что по указанному признаку, согласно правилам «Определения тяжести вреда, причиненного здоровью человека» раздел 6.2.3 (постановление правительства РФ № 522 от 17.08.2007г.) квалифицируется как ТЯЖКИЙ вред здоровью.
3. При экспертизе трупа обнаружено заболевание- мультилобулярный цирроз печени, которое не состоит в прямой причинно-следственной связи с наступлением смерти.
4. Обнаружен этиловый алкоголь в концентрации в крови 0,4 промилле, в моче этиловый алкоголь не обнаружен, что по аналогии с живыми лицами соответствует НЕЗНАЧИТЕЛЬНОМУ влиянию алкоголя.

Эталон № 3.

1. Причиной смерти явилась механическая асфиксия от закрытия просвета дыхательных путей инородным предметом, что подтверждается наличием в просвете гортани пищевого фрагмента-куска мяса, полностью перекрывающего просвет гортани, кровоизлияниями в соединительные оболочки глаз, под плеврой легких, эмфизематозным вздутием легких.
2. Согласно стадии выраженности трупных явлений (трупные пятна разлитые, багрово-синюшного цвета, восстанавливают свой цвет через 18 секунд, трупное окоченение хорошо выражено в мышцах нижней челюсти, феномен идиомускулярной опухоли в виде валика высотой 1,5см, внутрипеченочная температура 35,0оС), смерть ее наступила в пределах 2-4-х часов на момент проведения экспертизы трупа.
3. При экспертизе трупа обнаружено повреждение в виде ссадины в левой височной области, данное повреждение является прижизненным, возникло незадолго до наступления смерти, от одного воздействия тупого твердого предмета (предметов) с ограниченной контактирующей поверхностью или при ударе о таковой (таковые), в причинно-следственной связи с наступлением смерти не состоит и согласно пункту 9 раздела 2 приказа МЗиСР РФ 194н от 24.04.2008г расценивается как повреждение, не причинившее вред здоровью человека.
4. При экспертизе трупа обнаружено заболевание- желчекаменная болезнь, которое не состоит в прямой причинно-следственной связи с наступлением смерти.
5. При экспертизе трупа признаков указывающих на алкогольное опьянение не обнаружено.

Эталон № 4.

1. Причиной смерти его явилось сочетанное острое отравление морфином и этиловым спиртом, что подтверждается обнаружением высокой концентрации морфина в желчи и крови, высокой концентрацией этилового спирта в крови и моче, а также характерными изменениями внутренних органов в виде отека ложа желчного пузыря, токсического отека вещества го­ловного мозга, венозного полнокровия внутренних органов, мел­коточечными кровоизлияниями в слизистые и под капсулу на висцеральной поверхности внутренних органов.
2. Согласно стадии выраженности трупных явлений (трупные пятна разлитые синюшно-фиолетового цвета, цвета не меняют, трупное окоченение выражено во всех группах исследуемых мышц, феномен идиомускулярной опухоли в виде вмятины, внутрипеченочная температура 21 оС), смерть его наступила в пределах не менее 1-х суток на момент проведения экспертизы трупа.
3. При экспертизе трупа обнаружено повреждение в виде кровоподтека на тыльной поверхности левой кисти, которое возникло прижизненно, в пределах не менее 1-3-х суток к моменту наступления смерти, от одного 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 и согласно пункту 9 раздела 2 приказа МЗиСР РФ 194н от 24.04.2008г., расценивается как повреждение, не причинившее вред здоровью человека.
4. При экспертизе трупа обнаружено заболевание- хронический персистирующий гепатит, которое не состоит в прямой причинно-следственной связи с наступлением смерти.
5. Степень алкогольного опьянения не определена, ввиду острого сочетанного отравления. Однако, если бы смерть наступила от других причин, обнаруженная концентрация этилового алкоголя в крови и в моче по аналогии с живыми лицами соответствовала бы СИЛЬНОМУ алкогольному опьянению в стадии всасывания.

Эталон № 5.

1. Причиной смерти явилось общее переохлаждение организма (гипотермии), что подтверждается: багрово-розовой окраской трупных пятен, озноблением кожных покровов, подтягиванием яичек в мошонке (признак Пупарева), отрицательным результатом окраски срезов печени на гликоген, переполнением мочевого пузыря, наличием стекловидных масс в желудке.
2. Согласно стадии выраженности трупных явлений (трупные пятна разлитые, насыщенные, багрово-розового цвета, восстанавливают свой цвет через 46 секунд, феномен идиомускулярной опухоли в виде вмятины, трупное окоченение хорошо выражено во всех группах обычно исследуемых мышц, внутрипеченочная температура 18оС), смерть его наступила в пределах не менее 9-12-ти часов на момент проведения экспертизы трупа.
3. При экспертизе трупа обнаружены повреждения в виде множественных ссадин лица и верхних конечностей, которые возникли прижизненно, в пределах не более 12-ти часов 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 состоят и согласно пункту 9 раздела 2 приказа МЗиСР РФ 194н от 24.04.2008г., расцениваются как повреждения, не причинившие вред здоровью человека.
4. При экспертизе трупа обнаружено заболевание- гепатит «В» в стадии обострения, которое не состоит в прямой причинно-следственной связи с наступлением смерти.
5. Обнаружен этиловый алкоголь в концентрации в крови 1,0 промилле, в моче 2,9 промилле, что по аналогии с живыми лицами соответствует ЛЕГКОЙ степени алкогольного опьянения в стадии выведения
6. **Перечень практических умений**

(УК-1, УК-2, УК-3, ПК-5, ПК-6, ПК-10)

-применять на практике основы законодательства РФ о здравоохранении и директивные документы, определяющие деятельность органов и учреждений здравоохранения

**7. Рекомендации по выполнению НИР**

Примерная тематика по НИР по теме - не предусмотрена

**8. Рекомендованная литература по теме занятия (обязательная, дополнительная, электронные ресурсы, включая законодательные и нормативно-правовые документы)**

**Занятие № 3**

**1.Индекс:** **ОД.О.01.1.1.3 Тема: «Документация судебно-медицинской экспертизы: номен­клатура, структура, порядок составления и передачи след­ственным и судебным органам».**

**2. Форма организации занятия:** подготовка к практическому занятию.

**3. Перечень вопросов для самоподготовки по теме практического занятия**

1. В каких следственных действиях принимает участие врач-специалист и на каком основании? (УК-1, УК-2, УК-3, ПК-5, ПК-6, ПК-10);

ОТВЕТ: Когда необходимы знания специалиста, то следователь вправе вызвать для участия в производстве следственного действия специалиста, что является обязательным для руководителя, где он работает. УПК предусматривает возможность участия врача-специалиста в следственных действиях: осмотре места происшествия, наружном осмотре трупа, освидетельствовании, эксгумации трупа, выемке, обыске, осмотре предметов, следственном эксперименте, получении образцов для сравнительного исследования.Для привлечения специалиста к участию в следственном действии нет необходимости выносить особое постановление.

1. Каковы права и обязанности врача-специалиста при участии в следственных действиях? (УК-1, УК-2, УК-3, ПК-5, ПК-6, ПК-10);

ОТВЕТ: Специалист дает подписку о разъяснении ему процессуальных прав, обязанностей и об ответственности. Не может участвовать в качестве специалиста в производстве следственных действий лицо, прямо или косвенно заинтересованное в исходе дела. Специалист обязан явиться по вызову, участвовать в производстве следственного действия, используя свои специальные знания и навыки для содействия следователю в обнаружении, закреплении и изъятии доказательств, обращать внимание следователя на обстоятельства, связанные с этими действиями, давать пояснения по поводу их выполнения. Он вправе делать заявления, подлежащие занесению в протокол.

В случае некомпетентности или заинтересованности в исходе дела, лицо, вызванное в качестве специалиста, вправе отказаться от участия в производстве следственных действий.

Специалист, участвовавший в производстве следственного действия, в последующем не может участвовать в деле в качестве эксперта, за исключением случая участия врача-специалиста в области судебной медицины в наружном осмотре трупа.

Специалист, участвовавший в следственном действии, имеет право на сохранение за ним среднего заработка по месту работы на все время, затраченное им в связи с вызовом следователя, либо на получение вознаграждения за отвлечение его от обычных занятий, на возмещение понесенных расходов по явке, а также на специальное вознаграждение за выполнение своих обязанностей, кроме тех случаев, когда эти обязанности выполнялись им в порядке служебного задания. Возмещение расходов по выплате вознаграждения производится из средств органов дознания, предварительного следствия или суда.

1. Какова цель использования специалиста в следственных действиях? (УК-1, УК-2, УК-3, ПК-5, ПК-6, ПК-10)

ОТВЕТ: Цель использования специалиста — содействовать следователю в обнаружении, закреплении и изъятии доказательств. Участие специалиста является лишь составной частью следственного действия. Оно сриксируется в протоколе того следственного действия, в производстве которого он участвует, в то время как эксперт имеет дело с уже собранными доказательствами, и отражает результаты своей деятельности только в заключении (акте) эксперта, а не в каком-либо ином процессуальном документе. Участие специалиста не исключает, а в ряде случаев предполагает последующее производство судебно-медицинской экспертизы.

4. Поводы к экспертизе трупов – трупы лиц: (УК-1, УК-2, УК-3, ПК-5, ПК-6, ПК-10)

ОТВЕТ:1.. умерших от каких-либо насильственных воздействий (механические повреждения, асфиксия, отравления, утопление, поражение электротоком и пр.); 2. Умерших в лечебных учреждениях при не установленном диагнозе заболевания, при наличии принятых органами следствия жалоб на неправильное или незаконное лечение и вынесенном постановлении; 3. трупы лиц, доставленных в лечебные учреждения уже мертвыми; 4. Трупы лиц, умерших скоропостижно, когда врачом лечебного учреждения причина смерти не установлена; 5. Трупы лиц, личность которых не установлена.

5. Объекты судебно-медицинской экспертизы; документация. Принципы построения судебно-медицинского диагноза. (УК-1, УК-2, УК-3, ПК-5, ПК-6, ПК-10)

ОТВЕТ: Объектами СМЭ являются: 1. Трупы; 2. Пострадавшие, подозреваемые и др. лица; 3. Вещественные доказательства; 4. Материалы уголовных и гражданских дел. Основной документ судебно-медицинской экспертизы – «Заключение эксперта», которое оформляется в установленном Законом порядке. «Заключение эксперта» может быть дано, как в ходе предварительного следствия или дознания, так и в судебном заседании. Оно (З.э.) состоит из вводной, исследовательской (описательной) части и заключения. К каждой из этих частей Законом предусмотрены определенные требования. Судебно-медицинский эксперт несет личную ответственность за данное им «Заключение…». За дачу заведомо ложного заключения законодательством предусмотрена уголовная ответственность (ст. 307 УК РФ).

Судебно-медицинский диагноз – это медицинское заключение о сущности заболевания (травмы), отображающее ее нозологию, этиологию, патогенез, морфо-функциональные проявления в соответствии с рубриками терминами, предусмотренными МКБ-10. Общепринятой является трехчленная структура СМ диагноза: 1. Основное заболевание (повреждение); 2. Осложнение основного заболевания (повреждения); 3. Сопутствующие заболевания, повреждения, состояния. Каждая из перечисленных структур имеет свои понятия и обозначения, терминологию. Например: «Комбинированное основное заболевание (повреждение)» (КОЗ).

6. Государственный судебный эксперт. (УК-1, УК-2, УК-3, ПК-5, ПК-6, ПК-10)

ОТВЕТ: Это аттестованный работник Государственного судебно-экспертного учреждения, производящий экспертизу в порядке исполнения своих должностных обязанностей. Согласно УПК РФ ст. 57, экспертом является лицо, обладающее специальными знаниями и назначенное, в порядке, установленном УПК РФ, для производства экспертизы и дачи заключения. Права и обязанности эксперта предусмотрены УПК РФ. Эксперт не вправе проводить судебно-медицинскую экспертизу, если он является потерпевшим, истцом, ответчиком или свидетелем по данному делу, близким родственником какого-либо участника производства, находится в служебной или иной зависимости от сторон, или обнаружится его некомпетентность. Решение об отводе эксперта принимает суд. Эксперт имеет право заявлять ходатайство о предоставлении ему необходимых документов, участвовать в процессуальных действиях и задавать вопросы, относящиеся к предмету экспертизы, давать заключение в пределах своей компетенции, отказаться от дачи заключения по вопросам, выходящим за пределы специальных знаний.

7. Легкий вред здоровью (ст.115 УК РФ) характеризуется. (УК-1, УК-2, УК-3, ПК-5, ПК-6, ПК-10)

ОТВЕТ: Причинением телесных повреждений или побоев, повлекших за собой кратковременное расстройство здоровья или незначительную стойкую утрату общей трудоспособности. Кратковременным считается расстройство здоровья продолжительностью от 7 дней до 3 недель (21 дня). Продолжительность расстройства здоровья определяется среднестатистической продолжительностью течения того или иного травматического процесса с учетом медико-экономических стандартов. Под незначительной стойкой утратой общей трудоспособности понимается ее потеря в размере до 5%. Она определяется по таблицам процента стойкой утраты общей трудоспособности для лиц, застрахованных от несчастных случаев. Обычно стойкая утрата общей трудоспособности определяется с участием консультантов-специалистов.

Вред здоровью средней тяжести – это повреждения, не опасные для жизни, но вызвавшие длительное расстройство здоровья, сроком свыше 21 дня, или значительную стойкую утрату общей трудоспособности менее, чем на 1/3 (ст. 112 УК РФ).

Под значительной стойкой утратой трудоспособности понимают ее в пределах 10-30%. Этот процент устанавливается после определившегося исхода, вызванного травмой или иным причинением вреда здоровью. При причинении вреда здоровью эксперт, обычно, отвечает на следующие вопросы: что причинено, когда причинено, чем причинено и какова тяжесть вреда здоровью.

8. Структура судебной медицины? (УК-1, УК-2, УК-3, ПК-5, ПК-6, ПК-10)

ОТВЕТ: Судебная медицина является отраслью медицины, представляющей совокупность сведений и специальных методов исследований, применяемых для решения специфических медико-биологических вопросов, возникающих в правовой практике. В содержание этого предмета входит судебно-медицинская танатология (учение об умирании и смерти), судебно-медицинская травматологи, судмедакушерство и гинекология, судебно-медицинская токсикология; изучение гипоскических состояний, исследование вещественных доказательств, изучение пограничных вопросов идентификации личности, установление орудия травмы; проведение экспертиз по материалам следственных и судебных дел. Судебная медицина разрабатывает и вопросы совместной работы с органами здравоохранения. Она занимается вопросами анализа врачебных ошибок, врачебных правонарушений, разрабатывает вопросы статистики различных отравлений, автотранспортных происшествий и пр. в аспекте их профилактики.

9. Высшим органом судебно-медицинской экспертизы РФ является. (УК-1, УК-2, УК-3, ПК-5, ПК-6, ПК-10)

ОТВЕТ: Центр судебно-медицинской экспертизы РФ, включающий Бюро Главной судебно-медицинской экспертизы РФ и НИИ судебной медицины. Основные судебно-медицинские учреждения, обслуживающие запросы органов следствия, суда – республиканские, краевые, областные и городские (Москва, С-Петербург) бюро судебно-медицинских экспертиз. Бюро судебно-медицинской экспертизы содержит следующие структурные подразделения: отдел судебно-медицинской экспертизы потерпевших, обвиняемых и др.лиц; отдел судебно-медицинской экспертизы трупов с гистологическим отделением; судебно-медицинская лаборатории, в составе которой судебно-биологическое, судебно-химическое, биохимическое, медико-криминалистическое отделения; районные, межрайонные и городские отделения бюро судебно-медицинской экспертизы; хозяйственная часть, организационно-методический отдел. Регламентирует деятельность эксперта федеральный закон от 31 мая 2001 г. «О государственной судебно-медицинской экспертной деятельности в РФ. В соответствии с УПК РФ от 18 декабря 2001 г ст.57. Экспертом является лицо, обладающее специальными знаниями и вызов эксперта, назначение и производство экспертизы осуществляется в соответствии со ст. 195-207, 269, 282 и 283 Кодекса.

- тяжкий вред – ст.111 УК РФ «Умышленное причинение тяжкого вреда здоровью»;

- средней тяжести вред – ст. 112 УК РФ;

- легкий вред – ст.115 УК РФ.

Критерии определения степени тяжести вреда здоровью, приказ МЗиСР 194н от 24.04.2008г., по указанному признаку, согласно правилам «Определения тяжести вреда, причиненного здоровью человека» постановление правительства РФ №522 от 17.08.2007г.

**4. Самоконтроль по тестовым заданиям данной темы.**

1. В КОМПЕТЕНЦИЮ СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКОЙ ЭКСПЕРТНОЙ КОМИССИИ ВХОДИТ

1) установление обстоятельств дела

2) установление рода насильственной смерти

3) опрос свидетелей

4) установление причины смерти

5) установление психического состояния адвоката

Правильный ответ: 4 ПК-5

1. ОСНОВНЫМ НАПРАВЛЕНИЕМ СОВМЕСТНОЙ РАБОТЫ СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКИХ УЧРЕЖДЕНИЙ С ОРГАНАМИ ПРАКТИЧЕСКОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ

1) совместное производство судебно-медицинских экспертиз

2) совместный осмотр потерпевших и обвиняемых

3) эпидемиологический анализ травматизма,

отравлений, скоропостижной смерти

4) совместная работа противоречит законодательству РФ

5) совместный забор объектов для дополнительных исследований

Правильный ответ: 3 ПК-5

1. ЗА НЕСАНКЦИОНИРОВАННОЕ РАЗГЛАШЕНИЕ ДАННЫХ ПРЕДВАРИТЕЛЬНОГО СЛЕДСТВИЯ ЭКСПЕРТ МОЖЕТ БЫТЬ ПОДВЕРГНУТ НАКАЗАНИЮ В ВИДЕ

1) исправительных работ

2) наказания по гражданско-правовому кодексу РФ

3) наказания по трудовому кодексу

4) общественного порицания

5) выговора

Правильный ответ: 1 ПК-5

1. ЗА ДАЧУ ЗАВЕДОМО ЛОЖНОГО ЗАКЛЮЧЕНИЯ, СОГЛАСНО ДЕЙСТВУЮЩЕМУ УГОЛОВНОМУ ЗАКОНОДАТЕЛЬСТВУ, ЭКСПЕРТ, МОЖЕТ БЫТЬ ПОДВЕРГНУТ НАКАЗАНИЮ В ВИДЕ

1) наказания по гражданско-правовому кодексу РФ

2) наказания по трудовому кодексу

3) общественного порицания

4) выговора

5) уголовного наказания

Правильный ответ: 5 ПК-5

1. ИЗВЛЕЧЕНИЕ ТРУПА ИЗ МЕСТА ЕГО ЗАХОРОНЕНИЯ (ЭКСГУМАЦИЯ) ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ПОСЛЕДУЮЩЕЙ ЭКСПЕРТИЗЫ ДОЛЖНО ПРОИЗВОДИТЬСЯ В ПРИСУТСТВИИ

1) свидетеля

2) судьи

3) понятых

4) бухгалтера кладбища

5) врача скорой помощи

Правильный ответ: 3 ПК-5

1. В РАЗДЕЛЕ «ОБСТОЯТЕЛЬСТВА ДЕЛА» ЗАКЛЮЧЕНИЯ ЭКСПЕРТА ДОЛЖНЫ БЫТЬ ИЗЛОЖЕНЫ

1) сведения из постановления о назначении судебно-медицинской экспертизы

2) метео- справка

3) справка о состоянии здоровья потерпевшего

4) сведения об уплате алиментов

5) сведения о задолженности ЖКХ

Правильный ответ: 1 ПК-5

1. ОБЯЗАТЕЛЬНОМУ СУДЕБНО- МЕДИЦИНСКОМУ ИССЛЕДОВАНИЮ ТРУПА ПОДЛЕЖИТ

1) полость черепа

2) материал, изъятый для вирусологического исследования

3) исследование крови на ВИЧ

4) определение маркеров гепатитов

5) исследование кала на яйца глистов

Правильный ответ: 1 ПК-5

1. ПРИ СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЕ ТРУПА ИССЛЕДУЮТ

1) органы (полости), в которых, по мнению эксперта, следует искать причину смерти

2) участки тела и органы, сведения о повреждении которых необходимы следственным органам

3) поврежденные, либо болезненно измененные органы

4) все органы грудной и брюшной полостей, полость черепа, при травме - полость спинно-мозгового канала

5) содержимое мошонки

Правильный ответ: 4 ПК-5

1. НАЗНАЧЕНИЕ СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ, СОГЛАСНО УПК, ЯВЛЯЕТСЯ ОБЯЗАТЕЛЬНЫМ ПРИ УСТАНОВЛЕНИИ

1) причины смерти

2) вменяемости

3) дееспособности

4) состояния здоровья

5) семейного положения

Правильный ответ: 1 ПК-5

10. РАЗРЕШЕНО ЛИ ПОДМЕНЯТЬ «ЗАКЛЮЧЕНИЕ ЭКСПЕРТА» ИЛИ «АКТ МЕДИЦИНСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ (ОСВЕДЕТЕЛЬСТВОВАНИЯ)» СПРАВКАМИ, ВЫПИСКАМИ И ПРОЧИМИ ДОКУМЕНТАМИ:

1) разрешено;

2) не разрешено;

3)в отдельных случаях;

4) разрешено, с разрешения начальника

5) разрешено, с разрешения следователя

Правильный ответ: 2 ПК-5

**5.** **Самоконтроль по ситуационным задачам.**

Задача № 1. (УК-1, УК-2, УК-3, ПК-5, ПК-6, ПК-10)

17.08.2010г., труп гр-на А., обнару­жен в р. Енисей на Абанской 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 1,0см. Трупное окоченение хорошо и равномерно выражено во всех группах обычно исследуемых мышц. Внутрипеченочная температура 32оС. 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 промилле 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. (УК-1, УК-2, УК-3, ПК-5, ПК-6, ПК-10)

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 мышц. Трупные пятна разлитые багрово-синюшные, насыщенные на задней поверхности, при дозированном надавливании исчезают и восстанавливают свой цвет через 28 секунд. Внутрипеченочная температура 33,0оС. Феномен идиомускулярной опухоли в виде тяжа высотой 0,5см. Отмечается некоторая синюшность и одутловатость лица. На тыльной поверхности концевых фаланг 2-3-го пальцев, в области основных фаланг 4-5-го 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 кратерообразный 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. МКИ: 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. (УК-1, УК-2, УК-3, ПК-5, ПК-6, ПК-10)

01.10.2010г., в ванной комнате в своей квартире обнаружен труп гр-на Л., висящим в петле. Кожные покровы тепловатые в подмышечных и паховых 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 34,0оС. 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 мелко­точечных 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. (УК-1, УК-2, УК-3, ПК-5, ПК-6, ПК-10)

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 16,0оС. 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 промилле 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. (УК-1, УК-2, УК-3, ПК-5, ПК-6, ПК-10)

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 35,2оС. Феномен идиомускулярной опухоли 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.

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 32оС), смерть его наступила в пределах не менее 6-8-ми 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 МЗиСР 194н от 24.04.2008г., пункты 8.1. отнесены к критериям, характеризующим квалифицирующий признак кратковременного расстройства здоровью. По указанному признаку, согласно правилам «Определения тяжести вреда, причиненного здоровью человека» (постановление правительства РФ № 522 от 17.08.2007г.) 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 промилле, в моче 2,1 промилле, 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 электрометок, располагающихся на фалангах 2-5-го 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 мыш, трупные пятна разлитые багрово-синюшные, насыщенные, восстанавливают свой цвет через 28 секунд, внутрипеченочная температура 33,0оС, феномен идиомускулярной опухоли в виде тяжа высотой 0,5см), смерть его наступила в пределах не менее 6-8-ми часов на момент проведения экспертизы трупа.
3. При экспертизе трупа обнаружено повреждение в виде электрометок 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 МЗиСР РФ 194н от 24.04.2008г., отнесены к критериям вреда, опасного для жизни человека, что по указанному признаку, согласно правилам «Определения тяжести вреда, причиненного здоровью человека» (постановление правительства РФ № 522 от 17.08.2007г.) соответственно раздела 6.2.10 квалифицируются как ТЯЖКИЙ вред здоровью.
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 34,0оС, феномен идиомускулярной опухоли в виде тяжа высотой 0,5см), смерть его наступила в пределах 6-8-ми 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 МЗиСР РФ 194н от 24.04.2008г., пункт 6.2.10. отнесено к критериям, характеризующим квалифицирующий признак вреда, опасного для жизни человека. По указанному признаку, согласно правилам «Определения тяжести вреда, причиненного здоровью человека» (постановление правительства РФ № 522 от 17.08.2007г) 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 промилле, в моче 3,5 промилле, 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 16,0оС, феномен идиомускулярной опухоли в виде вмятины), смерть его наступила в пределах не менее 1-х суток на момент проведения экспертизы трупа.

1. При экспертизе трупа обнаружены повреждения в виде кровоподтеков в околоорбитальных областях справа и слева, которые возникли прижизненно, в пределах не 3-5-ти 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 пункту 9 раздела 2 приказа МЗиСР РФ 194н от 24.04.2008г., расцениваются как повреждения, не причинившие вред здоровью человека.
2. Каких-либо болезненных изменений со стороны внутренних органов при экспертизе трупа не выявлено.
3. Обнаружен этиловый алкоголь в концентрации в крови 5,6 промилле, в моче 4,0 промилле, что по аналогии с живыми лицами соответствует Тяжелому отравлению алкоголя в стадии всасывания.

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 35,2оС, феномен идиомускулярной опухоли в виде валика 1,5см), смерть его наступила в пределах 4-6-ти 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 МЗиСР РФ 194н от 24.04.2008г. отнесено к критериям вреда, опасного для жизни человека, что по указанному признаку, согласно правилам «Определения тяжести вреда, причиненного здоровью человека» раздел 6.2.3 (постановление правительства РФ № 522 от 17.08.2007г.) 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.

1. **Перечень и стандарты практических умений.**

(УК-1, УК-2, УК-3, ПК-5, ПК-6, ПК-10)

-применять на практике основы законодательства РФ о здравоохранении и директивные документы, определяющие деятельность органов и учреждений здравоохранения;

-оформлять типовые формы медицинской документации для бюро судебно-медицинской экспертизы;

**7. Рекомендации по выполнению НИР**

Примерная тематика по НИР по теме - не предусмотрена.

**8. Рекомендованная литература по теме занятия (обязательная, дополнительная, электронные ресурсы, включая законодательные и нормативно-правовые документы)**

**Занятие № 4**

**1. Индекс:** ОД.О.01.1.1. **Тема: «Правовая регламентация и организация осмотра места происшествия. Участие врача-специалиста в следственных дей­ствиях (осмотре места происшествия и трупа на месте его обнаружения, следственном эксперименте и др.)».**

**2. Форма организации занятия:** подготовка к практическому занятию.

**3. Перечень вопросов для самоподготовки по теме практического занятия**

1. Описание одежды при проведении судебно-медицинской экспертизы? (УК-1, УК-2, УК-3, ПК-5, ПК-6, ПК-10)

ОТВЕТ: При изучении одежды во время осмотра трупа и при его экспертизе перечисляют все ее предметы, указывают ее состояние, отмечают наличие порядка или беспорядка, сопоставляют повреждения на одежде и теле. Осмотру подлежат как лицевая сторона, так и изнаночная; изучают содержимое карманов, отмечают наличие заплат, привнесенных особенностей. У неизвестных лиц отражают фасон, покрой, особенности. Одежду фотографируют. Обращают внимание на загрязнения и наложения на одежде, могущие свидетельствовать о профессии умершего, пребывании его в ином месте. При наличии следов крови описывают их и фотографируют с целью последующего установления механизма образования кровяных следов. После исследования тела в необходимых случаях одежду просушивают, упаковывают и передают работникам правоохранительных органов для решения вопроса о приобщении в качестве вещественного доказательства. Одежду необходимо снимать, не повреждая ее. Если на месте обнаружения мертвого тела регистрируют явные признаки насильственной смерти, по инициативе следователя одежда после осмотра и описания сразу изымается им как вещественное доказательство.

1. Стадии умирания? (УК-1, УК-2, УК-3, ПК-5, ПК-6, ПК-10)

ОТВЕТ: Начальной стадией умирания считается предагональное состояние, характеризуется выраженными расстройствами кровообращения и дыхания. Длительность может быть от нескольких часов до нескольких дней. Следующая стадия – терминальная пауза – внезапная остановка дыхания, резкое угнетение деятельности сердца, прекращение биоэлектрической активности мозга, угасанием роговичных и других рефлексов. Продолжительность от нескольких секунд до 3-4 минут. Следующая стадия – агония – вспышка борьбы организма за жизнь: кратковременная задержка дыхания, ослабление сердечной деятельности и функциональным расстройством в первую очередь высших отделов. При наступлении смерти вначале прекращается дыхание, затем кровообращение. После остановки дыхания и кровообращения наступает клиническая смерть (5-6 мин.), затем биологическая смерть с необратимыми изменениями и в первую очередь мозга. Жизнедеятельность других органов и тканей может продолжаться до 20 часов и переживающие ткани отвечают на внешние раздражители. Проблема констатации момента смерти важна в связи с развитием трансплантологии. Биологическая смерть устанавливается комиссией (гл. врач, в составе: зав.реанимационным отделением, судебно-медицинский эксперт высшей категории). Констатация смерти оформляется актом с подписями членов комиссии.

1. Задачей врача специалиста по прибытии на место происшествия? (УК-1, УК-2, УК-3, ПК-5, ПК-6, ПК-10)

ОТВЕТ: Задачей врача специалиста по прибытии на место происшествия убедиться, имеются ли у пострадавшего признаки жизни. При отсутствии достоверных признаков смерти предпринять все необходимые меры по восстановлению жизненных функций; выявить признаки, позволяющие судить о давности наступления смерти; установить наличие, характер, локализацию, механизм образования повреждений; консультировать следователя по вопросам, связанным с наружным осмотром трупа; оказать помощь в обнаружении следов, похожих на кровь, сперму и др. выделения человека, волос, различных веществ, предметов, орудий; обратить внимание на особенности, имеющие отношение к данному случаю; пояснять выполняемые действия; помогать в формулировке записей; помочь в разумной формулировке вопросов на разрешение экспертизы; содействовать правильной транспортировке трупа в экспертные учреждения.

1. Какой раздел медицины изучает вопросы умирания и смерти? (УК-1, УК-2, УК-3, ПК-5, ПК-6, ПК-10)

ОТВЕТ: Проблемы умирания и смерти составляют специальную отрасль медицины — танатологию (от имени древнегреческого мифического бога смерти — Танатоса).

Танатология — это раздел теоретической и практической медицины, изучающий состояние организма в конечной стадии неблагоприятного исхода болезни, динамику, механизм процесса умирания, непосредственные причины смерти, клинические, биохимические, морфологические проявления постепенного прекращения жизнедеятельности организма. В понятие судеб-но-медицинской танатологии входят посмертные изменения, происходящие в трупе сразу после смерти человека и вплоть до его полного разрушения. Условно судебные медики в понятие танатологии вносят все, что связано с исследованием трупа.

1. Чем характеризуется умирание? Как оно начинается и заканчивается? Какое юридическое и медицинское значение имеет? (УК-1, УК-2, УК-3, ПК-5, ПК-6, ПК-10)

ОТВЕТ: Умирание является терминальным, то есть пограничным между жизнью и смертью, состоянием. Различают несколько этапов умирания. Начинается оно с предагонального состояния, проходящего с расстройством сознания. Затем наступает, так называемая терминальная пауза, которая характеризуется кратковременным прекращением процессов жизнедеятельности организма (остановка дыхания, сердечной деятельности, прекращение биоэлектрической активности мозга, угасание рефлексов). После этого начинается агональный период. Агония — это последняя вспышка борьбы за жизнь, когда после терминальной паузы и первого вдоха появляется сердцебиение, несколько повышается кровяное давление, может вернуться помраченное сознание. Все это создает впечатление возвращения кжизни, успокаивает и вводит в заблуждение окружающих. Именно в этот период на лице человека появляется «печать» смерти, что у медиков носит название «лицо Гиппократа». Оно становится бледным, землистым, западают глазные яблоки, нос заострен, рот приоткрыт, слизистые глаз теряют блеск. Агональный период может быть кратким, практически отсутствовать, при так называемой быстрой или острой смерти, а может быть длительным — несколько часов или даже дней. После этого наступает клиническая смерть. Несмотря на такое название, человек еще жив, хотя жизнь едва теплится. Это последний этап умирания. Жизнедеятельность отдельных органов и тканей сохраняется лишь на очень низком уровне. Такое состояние может продолжаться в среднем 5—6 минут — время, которое не могут пережить клетки головного мозга, без питания вследствие отсутствия кровообращения, нарастания гипоксии, нарушения обмена, особенно углеводного, нарушения ферментативных систем и белка. После клинической смерти наступает биологическая смерть, то есть истинная смерть.

1. Что следует считать биологической смертью, и какие признаки доказывают ее наступление? (УК-1, УК-2, УК-3, ПК-5, ПК-6, ПК-10)

ОТВЕТ: Согласно инструкции «Определение момента смерти человека», утвержденной МЗ РФ 30.04.97 г., биологическая смерть может быть констатирована на основании:

— прекращения сердечной деятельности и дыхания, продолжающихся более 30 минут;

— прекращения функций головного мозга, включая и функции его стволовых отделов.

Решающим для констатации биологической смерти является сочетание факта прекращения функций головного мозга с доказательствами его необратимости и наличие следующих признаков:

— исчезновение пульса на крупных (сонных и бедренных) артериях;

— отсутствие сокращений сердца по данным аускультации, прекращение биоэлектрической активности сердца или наличие мелковолновых фибрилярных осциляций по данным электрокардиографии;

— остановка дыхания;

— исчезновение всех функций и реакций центральной нервной системы, в частности, отсутствие сознания, спонтанных движений, реакций на звуковые, болевые и проприоцептивные раздражения, роговичных рефлексов, максимальное расширение зрачков и отсутствие их реакции на свет.

Указанные признаки не являются основанием для констатации биологической смерти при их возникновении в условиях глубокого охлаждения (температура тела 32°С и ниже) или на фоне действия угнетающих центральную нервную систему медикаментов.

1. Как практически вне лечебного учреждения определяется факт биологической смерти? (УК-1, УК-2, УК-3, ПК-5, ПК-6, ПК-10)

ОТВЕТ: Наступление биологической смерти приходиться точно и быстро устанавливать, чтобы не принять живого человека за мертвого и сделать все ли его спасения, ибо в таких случаях имеет значение каждая минута. Способов установления смерти известно немало, и люди бывалые их знают и используют. Распространены наблюдения за поднесенной к отверстиям рта и носа пушинкой или запотевшим холодным зеркалом; колебания воды в стакане, поставленном на грудь; просвечивание сдавленных перевязкой пальцев руки (красный цвет у живого человека); кровотечение при надрезе кожи; отсутствие болевой чувствительности, реакции на свет, на приближение к носу нашатырного спирта. Подобных способов множество, но все они ненаучны и ненадежны. Поэтому врачи учитывают бессознательное состояние, прекращение пульса, особенно на сонных и бедренных артериях, отсутствие сердцебиения, дыхания, роговично-го рефлекса, расширение зрачков и отсутствие их реакции на свет. Причем все это следует констатировать неоднократно на протяжении более 30 мин. Судебные медики применяют на практике признак Белоглазова: при легком сдавлива-нии пальцами глазного яблока у трупа оно становится щелевидным (феномен «кошачьего глаза»).

Перечисленные признаки являются ориентирующими признаками смерти, ибо достоверными признаются только трупные изменения.

Согласно статье 49 Основ законодательства РФ об охране здоровья граждан, определение момента смерти осуществляется врачом или фельдшером в соответствии с инструкцией «По констатации смерти человека на основании диагноза смерти головного мозга», утвержденной Приказом МЗ РФ 10. 08. 93г. № 189.

1. Как классифицируется смерть с судебно-медицинской точки зрения? (УК-1, УК-2, УК-3, ПК-5, ПК-6, ПК-10)

ОТВЕТ: В судебной медицине принято классифицировать смерть на категории, роды и виды. Различают две категории: насильственную и ненасильственную. К насильственной относят разные виды смерти от внешних факторов: механических, термических, химических, и прочих, которые всегда подвергаются судебно-меди-цинскому исследованию. К ненасильственной — смерть, наступившую от внутренних причин. Это прежде всего скрыто или малозаметно протекающие заболевания, смерть от врожденной слабости и одряхления организма. Насильственная смерть делиться на три рода:

убийство, самоубийство и несчастный случай. Это социальное правовое деление, основанное на обстоятельствах дела (вьывлении умысла), является юридическим. Поэтому установление рода смерти считается компетенцией следователя или суда.

1. Какие виды насильственной и ненасильственной смерти различают? (УК-1, УК-2, УК-3, ПК-5, ПК-6, ПК-10)

ОТВЕТ: К видам насильственной смерти относятся: механическая травма, которая по частоте стоит на первом месте и может быть вызвана повреждениями от действия тупых твердых предметов, острых или огнестрельных, транспортных средств, от падения с высоты и т.д.; механическая асфиксия (кислородное голодание), которая включает повешение, удавление, утопление и другие причины; действие отравляющих веществ, крайних температур, электричества и другие виды, встречающиеся крайне редко.

К видам ненасильственной смерти относится скоропостижная или внезапная смерть от заболевания. В этих случаях труп вскрывают судеб-но-медицинские эксперты, а не патологоанатомы, так как неожиданно наступившая смерть на фоне видимого здоровья или внешне не тяжелого заболевания, вызывает подозрение. К таким прежде всего относят заболевания сердечно-сосудистой системы (коронарную и гипертоническую болезнь, пороки развития, острый ревматизм), а также злокачественные, инфекционные и другие заболевания. Сюда же относится смерть от физиологического или физического недоразвития новорожденных и естественную смерть от старческой дряхлости, которая практически встречается крайне редко. Установление ненасильственной категории, как правило, является бесперспективным для юридических органов. Наглядней это видно из таблицы 4.

1. В каких случаях проводится патологоанатомическое исследование трупа и какова его цель? Чем оно отличается от судебно-медицинского? (УК-1, УК-2, УК-3, ПК-5, ПК-6, ПК-10)

ОТВЕТ: Патологоанатомическое исследование проводится только в случаях смерти, наступившей в больнице, по указанию главного врача с согласия близких и родственников. Если умерший незадолго до смерти выразил по этому поводу свое несогласие или записал это в завещании, патологоанатомическое исследование не проводиться. (Основы законодательства об охране здоровья граждан, ст. 48).

Цель патологоанатомического исследования ограничивается установлением причины смерти и окончательного диагноза (сверяется с документами). В процессе исследования составляется

протокол вскрытия. Секционные и дополнительные лабораторные исследования, используемые патологоанатомами, сходны с применяемыми при судебно-медицинской экспертизе. Однако патологоанатомы не исследуют одежду, вещественные доказательства, доставляемые с трупом;

меньше внимания уделяют его наружному осмотру, не исследуют загнившие или скелетиро-ванные трупы, не решают вопросы о давности наступления смерти, прижизненности и давности нанесения травм и многие другие. Члены семьи имеют право приглашать специалиста для участия во вскрытии, либо требовать проведения независимой экспертизы.

**4. Самоконтроль по тестовым заданиям данной темы.**

1. СЛЕДСТВЕННЫЕ ДЕЙСТВИЯ, В КОТОРЫХ МОЖЕТ УЧАСТВОВАТЬ СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКИЙ ЭКСПЕРТ
   1. в аресте
   2. в обыске
   3. в осмотре места происшествия и трупа на месте его обнаружения
   4. осуществлять допросы участников события
   5. производить выемки вещественных доказательств, не имеющие отношение к объекту исследования

Правильный ответ: 3 ПК-5

1. ОСМОТР ТРУПА НА МЕСТЕ ЕГО ОБНАРУЖЕНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ
   1. экспертизой
   2. исследованием
   3. освидетельствованием
   4. неотложным следственным действием
   5. экспертным действием

Правильный ответ: 4 ПК-5

1. НА МЕСТЕ ОБНАРУЖЕНИЯ ТРУПА ВРАЧ, КАК СПЕЦИАЛИСТ В ОБЛАСТИ СУДЕБНОЙ МЕДИЦИНЫ, ДОЛЖЕН
   1. оказать помощь следователю в обнаружении (изъятии) вещественных доказательств биологического происхождения
   2. освидетельствовать подозреваемого
   3. установить причину смерти
   4. зондировать раневые каналы для определения свойств орудия травмы
   5. выяснять обстоятельства случившегося

Правильный ответ: 1 ПК-5

1. ТРУПНОЕ ОКОЧЕНЕНИЕ ИМЕЕТ ЗНАЧЕНИЕ ДЛЯ УСТАНОВЛЕНИЯ
   1. наличия в крови этилового алкоголя
   2. давности наступления смерти
   3. сопутствующих заболеваний
   4. для решения вопроса об оказании мед. помощи
   5. категории смерти

Правильный ответ: 2 ПК-5

1. ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ДАВНОСТИ НАСТУПЛЕНИЯ СМЕРТИ ИСПОЛЬЗУЮТ
   1. результаты ЭКГ
   2. результаты МРТ
   3. метео- наблюдения
   4. динамометрию трупного пятна
   5. результаты ЭЭГ

Правильный ответ: 4 ПК-5

1. ТРУПНЫЕ ПЯТНА ИМЕЮТ ЗНАЧЕНИЕ ДЛЯ УСТАНОВЛЕНИЯ
   1. обстоятельств происшествия
   2. сопутствующей патологии
   3. предполагаемой причины смерти
   4. вида насильственной смерти
   5. места смерти

Правильный ответ: 3 ПК-5

1. НА ИЗМЕНЕНИЕ МЕСТА НАХОЖДЕНИЯ ТРУПА МОГУТ УКАЗЫВАТЬ
   1. отсутствие на теле одежды
   2. следы волочения
   3. признаки мумификации
   4. наличие гнилостной венозной сети
   5. наличие «пятен Лярше»

Правильный ответ: 2 ПК-5

1. ТРУПНОЕ ПЯТНО ПРИ НАДАВЛИВАНИИ ИСЧЕЗАЕТ, ЧТО СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ О СТАДИИ
   1. стаза
   2. гипостаза
   3. трупной имбибиции
   4. гниения
   5. аутолиза

Правильный ответ: 2 ПК-5

1. ТРУПНОЕ ПЯТНО ПРИ НАДАВЛИВАНИИ НЕ ИСЧЕЗАЕТ, НО БЛЕДНЕЕТ, ЧТО ХАРАКТЕРНО ДЛЯ СТАДИИ
   1. гипостаза
   2. стаза
   3. трупной имбибиции
   4. гниения
   5. аутолиза

Правильный ответ: 2 ПК-5

1. ТРУПНОЕ ПЯТНО ПРИ ДОЗИРОВАННОМ ДАВЛЕНИИ ОКРАСКИ НЕ МЕНЯЕТ, ЧТО ХАРАКТЕРНО ДЛЯ СТАДИИ
   1. стаза
   2. трупной имбибиции
   3. гипостаза
   4. гниения
   5. аутолиза

Правильный ответ: 2 ПК-5

**5. Самоконтроль по ситуационным задачам**

Задача №1. (УК-1, УК-2, УК-3, ПК-5, ПК-6, ПК-10)

Представлена «Карта осмотра трупа (приложение к протоколу осмотра трупа на месте его обнаружения)» № ХХХ от с.г., заполненная СМЭ Ивановым, согласно которой: Время осмотра с 15:40 мин. до 16.40 мин. Температура воздуха над трупом: -6°С. Местонахождение трупа – на улице, на снегу, в одежде, лежит на спине. Трупные явления: температура ректальная +17°С (15:45) и +16°С (16:40); трупное окоченение выражено в жевательных мышцах нижней челюсти и в мышцах верхних конечностей, намечается в мышцах нижних конечностей; образование идиомускулярной опухоли – тяж определяется пальпаторно; трупные пятна разлитые, ненасыщенные, багрово-синюшные, располагаются на задней поверхности туловища, при надавливании исчезают и восстанавливают свой цвет через 24 секунды. Повреждения: 3 раны, со свойствами колото-резанных, на груди. Множественные ссадины на животе и спине. Других сведений в «Карте осмотра трупа» нет.

Вопросы:

1. Предположительная причина смерти?
2. Давность наступления смерти?
3. Имеются ли на трупе следы самообороны?
4. Предположите, какое было взаимное расположение потерпевшего и нападавшего в момент причинения каждого из повреждений, менялось ли их взаиморасположение?
5. Предположите, какое количество ударных воздействий было причинено потерпевшему?

Задача №2. (УК-1, УК-2, УК-3, ПК-5, ПК-6, ПК-10)

Представлена «Карта осмотра трупа (приложение к протоколу осмотра трупа на месте его обнаружения)» № ХХХ от с.г., заполненная СМЭ Носковым, согласно которой: Время осмотра с 16.25 мин. до 17.00 мин. Труп обнаружен в одежде в помещении в положении лежа на правом боку. Температура воздуха над трупом + 21,0. Трупные явления на 16.25: (печеночная температура 35,1 градуса, трупное окоченение хорошо выражено во всех группах мышц, определяется тяж высотой 1,1-1,5 см, трупные пятна багрово-синюшные, исчезают и восстанавливаются через 16секунд), опачкивание кожных покровов головы справа веществом бурого цвета, подвижность костей черепа в правой височной области, здесь же располагается рана, со свойствами огнестрельной. Примечание: Рядом с трупом лежит самодельное оружие калибра 5,6мм. Других сведений в «Карте осмотра трупа» нет.

Вопросы:

1. Предположительная причина смерти?
2. Давность наступления смерти по трупным пятнам?
3. Давность наступления смерти по величине идиомускулярной опухоли?
4. Давность наступления смерти по печеночной температуре?
5. Предположите, возможно ли причинение описанного повреждения собственной рукой?

Задача № 3. (УК-1, УК-2, УК-3, ПК-5, ПК-6, ПК-10)

Представлена «Карта осмотра трупа (приложение к протоколу осмотра места происшествия и трупа)» № ХХХ от с.г., заполненная СМЭ Баранкиным, согласно которой: Время начала и окончания осмотра с 09:25 мин. до 09:45 мин. Температура воздуха 23° С. Местонахождение трупа – в помещении. Труп в одежде, положение трупа лежит на спине. Подкожно-жировая клетчатка умеренно выражена. Трупные явления 09:30: печеночная температура 33,0, ректальная температура 32; идиомускулярная опухоль – при ударе по двуглавой мышце плеча быстро появляется плотный тяж высотой 0,5 см; трупное окоченение хорошо выражено во всех группах мышц; трупные пятна располагаются на задней поверхности тела, багрово-синюшные, насыщенные, при дозированном надавливании исчезают и восстанавливаются через 35 секунд. Повреждения: странгуляционная борозда одиночная косо-восходящая спереди назад, снизу вверх, шириной около 2см, незамкнутая. Примечание: материал петли (со слов следователя) - ремень от сумки из кожзаменителя (снят бригадой скорой помощи). Со слов положение сидя, привязан конец петли к дверной ручке туалета. Других сведений в «Карте осмотра трупа» нет.

Вопросы:

1. Предположительная причина смерти?
2. Давность наступления смерти по трупным пятнам?
3. Давность наступления смерти по величине идиомускулярной опухоли?
4. Давность наступления смерти по печеночной температуре?
5. Предполагаемый род смерти по данным карты осмотра трупа?

Задача №4 (УК-1, УК-2, УК-3, ПК-5, ПК-6, ПК-10)

Представлена «Карта осмотра трупа № ХХХ (приложение к протоколу осмотра трупа на месте его обнаружения)» от с.г., смэ Пяткина, согласно которой: Время начала и окончания осмотра с 22:50 мин. до 23:50 мин. Температура воздуха +21,5° С. Местонахождение трупа – в помешении (в ванной комнате), в одежде, на полу, полулежа. Трупные явления: температура печени 36,7С, ректальная 34,0°С (22:50); температура печени 36,0С, ректальная 36,1 (23:50). Окоченение отсутствует во всех исследуемых группах мышц. Тяж высотой 1,6-2,0. Трупные пятна синюшно-фиолетовые, расположенные на задней поверхности тела, насыщенные, разлитые, при надавливании исчезают, восстанавливаются через 12 секунд. **Повреждения:** В верхней трети шеи одиночная, замкнутая, косовосходящая борозда. Примечания: рядом таблетки (много) «сонные», Вектер».

Вопросы:

1. Предположительная причина смерти?
2. Давность наступления смерти по трупным пятнам?
3. Давность наступления смерти по величине идиомускулярной опухоли?
4. Давность наступления смерти по печеночной температуре?
5. Учитывая обстоятельства, указанные в карте осмотра трупа, имеем ли мы право сделать вывод, что в данном случае имеет место суицид?

Задача № 5. (УК-1, УК-2, УК-3, ПК-5, ПК-6, ПК-10)

Представлена «Карта осмотра трупа (приложение к протоколу осмотра трупа на месте его обнаружения)» № ХХХ от с.г., заполненная судмедэкспертом, согласно которой: Время начала и окончания осмотра с 21:00 до 21:15 часов. Температура воздуха на месте осмотра 24,4 С. Местонахождение трупа – в помещении, в одежде, лежит на левом боку. Температура печеночная 22,2 С; ректальная 21,3 С. Трупные явления: трупное окоченение хорошо выражено во всех группах мышц; образование идиомускулярной опухоли – не образуется; трупные пятна синюшно-фиолетовые, насыщенные, разлитые, располагаются на левом боку, при надавливании бледнеют и восстанавливают свой цвет через 105 секунд. **Повреждения:** Кровоподтек на правом плече, ссадина на левом предплечье. Примечание: Длительное время злоупотреблял алкоголем. Со слов родственников в анамнезе гепатит С. Других сведений в «Карте осмотра трупа» нет.

Вопросы:

1. Предположительная причина смерти?

2. Какие данные из карты осмотра трупа позволили предположить причину смерти?

3. Какие еще признаки могут заподозрить такую причину смерти при внешнем осмотре трупа?

4. Давность наступления смерти по трупным пятнам?

5. Давность наступления смерти по печеночной температуре?

Эталон №1

1. Причиной смерти может быть острая, либо обильная кровопотеря. Если произошло ранение сердца, то могла возникнуть острая тампонада. Если повреждены магистральные вены, то смерть могла произойти в результате воздушной эмболии.
2. Учитывая температуру воздуха над трупом, ректальную температуру, выраженность трупного окоченения, величину идиомускулярной опухоли, время восстановления трупных пятен при предполагаемой кровопотере, можно сделать предположение, что смерть гр-на наступила 6 – 9 часов назад, на момент осмотра трупа на месте его обнаружения.
3. Данных за самооборону на момент осмотра трупа на месте его обнаружения нет.
4. В момент получения повреждения гр-н мог находиться в любом положении (стоя, сидя, лежа и т.п.), обращенным передней частью тела к повреждающему объекту. Данных за то, что менялось ли взаиморасположение потерпевшего и нападавшего на момент осмотра трупа на месте его обнаружения нет.
5. Предполагаемое количество ударных воздействий на момент осмотра трупа на месте его обнаружения не менее 3.

Эталон №2

1. Учитывая наличие в правой височной области раны, со свойствами огнестрельной, можно предположить, что причиной смерти будет огнестрельное ранение головы с обширным разрушением вещества головного мозга.
2. Учитывая время восстановления трупных пятен, можно предположить, что смерть гр-на наступила в пределах 4 часов до момента осмотра трупа на месте его обнаружения.
3. Учитывая величину идиомускулярной опухоли, можно предположить, можно предположить, что смерть гр-на наступила в промежуток от 3 до 6 часов назад на момент осмотра трупа на месте его обнаружения.
4. Учитывая температуру окружающей среды над трупом и печеночную температуру, смерть гр-на наступила в пределах 4 часов до момента осмотра трупа на месте его обнаружения.
5. Область анатомической локализации предположительной входной огнестрельной раны считается доступной для причинения «самоповреждения», при отсутствии дефектов правой руки.

Эталон №3

1. Механическая асфиксия путем повешения.

2. Учитывая время восстановления трупных пятен, можно предположить, что смерть гр-на наступила в промежуток от 6 до 8 часов назад на момент осмотра трупа на месте его обнаружения.

3. Учитывая величину идиомускулярной опухоли, можно предположить, что смерть гр-на наступила в промежуток от 6 до 9 часов назад на момент осмотра трупа на месте его обнаружения.

4. Учитывая температуру окружающей среды над трупом и печеночную температуру, смерть гр-на наступила в пределах 4 часов до момента осмотра трупа на месте его обнаружения.

5. Ответ на данный вопрос не входит в компетенцию врача – судебно-медицинского эксперта.

Эталон №4

1. Механическая асфиксия путем повешения.

2. Учитывая время восстановления трупных пятен, можно предположить, что смерть гр-на наступила в пределах 2 часов назад на момент осмотра трупа на месте его обнаружения.

3. Учитывая величину идиомускулярной опухоли, можно предположить, что смерть гр-на наступила в промежуток от 1 до 3 часов назад на момент осмотра трупа на месте его обнаружения.

4. Учитывая температуру окружающей среды над трупом и печеночную температуру, смерть гр-на наступила в пределах 2-3 часов до момента осмотра трупа на месте его обнаружения.

5. Ответ на данный вопрос не входит в компетенцию врача – судебно-медицинского эксперта.

Эталон №5

1. Острое отравление алкоголем.

2. Разлитые насыщенные трупные пятна синюшно-фиолетового цвета, в анамнезе – длительное злоупотребление алкоголем.

3. Синюшность и одутловатость лица умершего.

4. Учитывая побледнение и время восстановления трупных пятен, можно предположить, что смерть гр-на наступила в пределах 16-20 часов назад на момент осмотра трупа на месте его обнаружения.

5. Учитывая температуру окружающей среды над трупом и печеночную температуру, смерть гр-на наступила в пределах 16-17 часов до момента осмотра трупа на месте его обнаружения.

**6. Перечень и стандарты практических умений.**

(УК-1, УК-2, УК-3, ПК-5, ПК-6, ПК-10)

- провести осмотр трупа на месте происшествия (обнаружения), классифицировать смерть, установить давность наступления смерти;

- установить причину смерти;

- провести судебно-медицинское исследование трупа при различных видах насильственной смерти;

- организовать судебно-медицинскую экспертизу вещественных доказательств (изъять, упаковать и направить объекты судебно-медицинской экспертизы на лабораторные исследования);

**7. Рекомендации по выполнению НИР**

Примерная тематика по НИР по теме - не предусмотрена.

**8. Рекомендованная литература по теме занятия (обязательная, дополнительная, электронные ресурсы, включая законодательные и нормативно-правовые документы)**

**Занятие № 5**

**1. Индекс: ОД.О.01.1.2.5 Тема: «Задачи врача-специалиста при осмотре трупа на месте его обнаружения. Особенности осмотра трупов при некоторых видах смерти».**

**2. Форма организации занятия:** подготовка к практическому занятию.

**3. Перечень вопросов для самоподготовки по теме практического занятия**

1. Какие вопросы следует ставить при направлении трупа без видимых следов насилия на судебно-медицинское исследование? (УК-1, УК-2, УК-3, ПК-5, ПК-6, ПК-10)

ОТВЕТ:

1. Какова причина смерти?

2. Когда наступила смерть?

3. Имеются ли на трупе повреждения (подробно эти вопросы приводятся к соответствующих разделах).

4. Имеются ли признаки каких-либо заболеваний?

5. Изменялось ли положение трупа после смерти?

6. Принимал ли человек незадолго до смерти пищу, какую и за сколько часов до смерти?

7. Принимал ли этиловый алкоголь, в каком количестве?

8. Соответствуют ли те или иные обстоятельства смерти медицинским данным, установленным при исследовании трупа?

(При наличии видимых признаков насильственной смерти и в зависимости от них ставятся дополнительные вопросы).

1. Каким изменениям подвергается тело человека после наступления смерти? (УК-1, УК-2, УК-3, ПК-5, ПК-6, ПК-10)

ОТВЕТ: После наступления биологической смерти сразу же появляется ряд трупных изменений. Скорость возникновения и развития, их выраженность зависят от массы и пола трупа, причины и темпа наступления смерти, условий внешней среды, в которой находился труп и т. д. Одни из них проявляются в течение первых суток и называются ранними, другие, развиваясь длительное время, получили название поздних. К ранним трупным изменениям относят охлаждение тела, частичное высыхание трупа, трупные пятна, трупное окоченение и аутолиз;

к поздним — гниение, мумификацию, жировоск и торфяное дубление.

Ранние трупные изменения позволяют с несомненностью решать вопрос о факте наступления смерти, их используют для установления давности смерти, положения трупа и его перемещения, иногда они ориентируют эксперта при установлении причины смерти.

1. От чего происходит охлаждение трупа и какое судебно-медицинское значение имеет это трупное изменение? (УК-1, УК-2, УК-3, ПК-5, ПК-6, ПК-10)

ОТВЕТ: После смерти, в связи с прекращением обменных процессов, тело по физическим законам отдает тепло до тех пор, пока его температура не сравняется с температурой окружающей среды. Начинается охлаждение с открытых частей тела. На скорость падения температуры влияют температура, влажность, движение воздуха, а также внутренние факторы: упитанность, индивидуальные особенности, причина смерти, наличие и характер одежды и др.

Нормальной температурой тела считается 36,6— Зб,8°С, от которой ведется отсчет. Если известно о повышении температуры больного человека перед смертью, делается поправка, как и па другие условия. Измерять температуру тела (после установления температуры окружающей среды) следует в прямой кишке, так как здесь она сравнивается с окружающей средой позже, чем в подмышечной впадине. Еще лучше в этом отношении измерять температуру в печени, используя для этого игольчатые датчики. В последнее время   
предложены приборы, регистрирующие температуру воздуха и тела, записывающие и подсчитывающие время, прошедшее после смерти.

Температура трупа временно повышается при смерти от столбняка, сепсиса, либо замедляется охлаждение при солнечном ударе, отравлении окисью углерода. При высокой температуре воздуха, температура тела также может повышаться. Это бывает, например, в Туркмении в летнее время, что явилось основанием местным судебным медикам подготовить для этих условий методические рекомендации.

1. Где на трупе проявляется высыхание, какое судебно-медицинское значение оно имеет? (УК-1, УК-2, УК-3, ПК-5, ПК-6, ПК-10)

ОТВЕТ: Частичное высыхание наступает в первые минуты после смерти и зависит от испарения тканевой влаги. Проявляется быстрее в местах, которые при жизни увлажняются. Это белочные оболочки и роговицы глаз, что заметно по помутнению, потере блеска и появлению горизонтальных или треугольных (при открытых глазах) пятен у углов глаз. Эти пятна серовато-желтого) цвета появляются через 2—3 часа и называются пятна Лярше. Высыхание заметно на кайме губ, в тех местах, где эпидермис тонкий: на мошонке, а также на слизистой женских половых органов и головке мужского полового члена. Высыханию подвергаются посмертные повреждения, образуя пергаментные пятна. Из-за их плотной желтовато-буроватой корочки они напоминают ссадины.

Высохшие участки кожи на мошонке, половых органах, пергаментные пятна в местах сдавле-ния на груди при непрямом массаже сердца или случайных ударах, при манипуляциях с трупом могут быть приняты за прижизненные повреждения и привести к неправильным выводам. Для выяснения поисхождения пятна оно смачивается водой, накладывается на поверхность мокрая салфетка, лучше пропитанная уксусно-спирто-вым раствором. Пергаментное пятно через 2—3 часа полностью исчезнет, ссадина останется. Для решения вопроса также можно сделать разрез на границе пятна с неизмененной кожей. Выявление одинаковой окраски подлежащих тканей свидетельствует о пятне трупного высыхания, ибо при прижизненном повреждении подлежащие ткани будут темно-красного цвета.

Устанавливать давность смерти по высыханию не представляется возможным.

1. Что такое трупное окоченение и какое судебно-медицинское значение оно имеет? (УК-1, УК-2, УК-3, ПК-5, ПК-6, ПК-10)

ОТВЕТ: Трупное окоченение — это посмертное уплотнение мышц, которое обычно появляется через 2—3 часа. Сразу после смерти наступает расслабление мускулатуры, которое приводит к отвисанию челюсти, конечностей, к подвижности в суставах, мышцы становятся мягкими на ощупь. Но через некоторое время, начиная с жевательных мыщц, шеи, затем туловища, верхних и нижних конечностей, развивается окоченение, которое заканчивается через 18—20 часов. С течением времени возрастает интенсивность развития трупного окоченения, достигая максимума к концу суток.

Сроки и степень развития трупного окоченения зависят от многих факторов. Это степень развитости мускулатуры: у истощенных, при остром малокровии, у дряхлых стариков окоченение выражено слабо, а у новорожденных отсутствует.

Высокая температура и сухость воздуха ускоряют развитие трупного окоченения. При низкой температуре, в воде трупное окоченение развивается медленнее. Быстрому окоченению способствуют хорошо развитые мышцы, поражение электротоком, отравления некоторыми ядами, столбняк, эпилепсия, большая физическая нагрузка перед смертью, которые приводят к прижизненным судорогам.

Методика исследования трупного окоченения заключается в ощупывании мышц с целью определения степени плотности, а также сгибании или разгибании конечностей в суставах. При описании окоченения следует отмечать степень его развития: слабая, умеренная, сильная. К концу вторых суток и позже в теплом помещении наблюдается разрешение трупного окоченения, а при низкой температуре окоченение может сохраняться 6—7 дней. Расслабление мускулатуры проходит в том же порядке — сверху вниз и связано с развитием ауто-лиза и гнилостных процессов. Трупное окоченение —безусловный признак смерти, позволяет судить о времени наступления смерти и, в какой-то мере, помогает в решении вопроса о ее причине. Трупное окоченение фиксирует посмертную позу умершего на момент окоченения этой области и может быть использовано для установления возможного изменения положения или каких-либо манипуляций с трупом. После искусственного разрешения трупного окоченения в течение 8—10 часов, оно вновь восстанавливается. В более поздние сроки этого не происходит. Это может быть при снятии с него одежды или изменении позы, или вследствие умышленного вложения в кисть оружия с целью симуляции самоубийства.

1. Почему образуются трупные пятна, от чего зависят их особенности и скорость развития? (УК-1, УК-2, УК-3, ПК-5, ПК-6, ПК-10)

ОТВЕТ: Трупные пятна образуются в связи с тем, что после прекращения кровообращения вследствие остановки сердца и падения кровяного давления кровь в силу тяжести стекает в нижележащие отделы. Она просвечивается под кожей в виде фиолетовых пятен разной степени выраженности. Иногда различные части одежды (воротник, пуговицы) препятствуют образованию трупных пятен, приводя к отпечаткам соответствующей им формы. Различают три стадии развития трупных пятен:

Трупный натек (гипостаз), когда кровь опускается в сосудах и изменяет цвет в ниже расположенных частях трупа. В среднем это проявляется через 2—4 часа. При надавливании пальцем или динамометром кровь выдавливается из сосудов, это приводит к исчезновению окраски, цвет которой быстро восстанавливается. Если в это время изменить положение трупа, то трупные пятна переместятся на новую нижележащую поверхность тела. Это наблюдается до 8—12 часов, когда развитие 1-й стадии трупного пятна заканчивается.

Трупный стаз (диффузия) характеризуется сгущением и распадом крови, затруднением ее перемещения и развитием интенсивной окраски. При надавливании пальцем пятно бледнеет и медленно через несколько минут восстанавливает (после прекращения давления) первоначальную окраску. Эта стадия продолжается до 20—24 часов. Если в это время труп перевернуть на противоположную поверхность, то трупные пятна переместятся, но очень медленно и лишь частично.

Трупное пропитывание (имбибиция) наступает через 20—24 часа. Вследствие гемолиза крови, т.е. распада ее форменных элементов, выхода гемоглобина и плазмы, стенки сосудов и кожа пропитываются кровью. Поэтому, при надавливании пальцем на трупное пятно, цвет его не изменяется, а при перемещении трупа оно остается на прежнем месте.

Одновременно с развитием трупных пятен кровь скапливается и в нижних частях внутренних органов. Например, в мышцах затылочной области в результате натека гемолизированная кровь пропитала мышцы и их окраска стала темно-красной. Это было принято врачом за повреждение, нанесенное тупым предметом при ударе или падении, что могло привести к следственной ошибке. Однако постепенное перемещение крови и отсутствие кровоизлияния при микроскопическом исследовании мышц позволило правильно определить это трупное изменение.

Скорость появления, степень развития, интенсивность трупных пятен зависят от ряда внешних и внутренних факторов. Высокая температура окружающей среды ускоряет образование и развитие трупных пятен. Тогда они появляются через 1,5—2 часа, а через 10 часов уже наступает стадия имбибиции. При обильной кровопотере трупные пятна могут полностью отсутствовать или быть слабо выраженными по интенсивности окраски, причем в таких случаях они появляются лишь участками. При быстрой смерти кровь в трупе бывает жидкой, остается в сосудах и быстро образует обильные трупные пятна. При длительном агональном периоде кровь свертывается, образуя желтые и красные сгустки и в силу ограниченности ее жидкой части, трупные пятна слабо выражены.

1. Какое судебно-медицинское значение имеют трупные пятна?

ОТВЕТ: Прежде всего они достоверно свидетельствуют о факте смерти. Их исследование позволяет устанавливать давность ее наступления, что будет отмечено ниже. (УК-1, УК-2, УК-3, ПК-5, ПК-6, ПК-10)

По локализации трупных пятен можно судить о положении трупа в период их формирования, об изменении положения тела и несоответствии с обстоятельством происшедшего. Например, трупные пятна в нижних частях рук (на кистях) и ног (в области стоп и голеностопных суставов) свидетельствуют о том, что труп в период образования пятен висел. В том случае, если по обстоятельствам дела труп был снят с петли до приезда следователя и судебно-медицинского эксперта и осмотра трупа, а трупные пятна обнаружены на задней поверхности лежащего на кровати трупа, следует сделать вывод, что труп был снят с петли до образования трупных пятен и положен на спину. Либо это было в первые 8—12 часов после смерти, к период гипостаза, когда трупные пятна полностью перемещаются на новое место.

Цвет трупных пятен зависит от изменения гемоглобина крови и при переходе ее в другие состояния меняется. Например, при отравлении окисью углерода, когда она вступает в соединение с гемоглобином крови и образует карбоксигемоглобин, кровь и трупные пятна становятся ярко-красными. При отравлении цианистыми соединениями трупные пятна, как и кровь, приобретают вишневый оттенок. Необычный цвет трупных пятен позволяет заподозрить действие каких-то ядов или условия умирания, чтобы планировать дальнейшее исследование.

Иногда трупные пятна сходны с кровоподтеками, особенно возникающими незадолго до смерти. В таких случаях не должно быть диагностической ошибки, т.к. кровоподтек — прижизненное повреждение от действия тупого предмета. Для решения вопроса следует учесть, что трупные пятна образуются только з нижележащих отделах, обычно они разлитые. На разрезе выступающая кровь легко убирается, цвет ткани не изменен. Кровоподтек нередко сопровождается осаднени-ем, припухлостью, имеет четкие границы и располагается в любом месте. На разрезе ткань имеет темно-красный цвет, обнаруживаются сгустки крови. При сомнении следует брать кожу для гистологического исследования.

Таким образом, трупные пятна имеют большое судебно-медицинское значение: являются достоверным признаком смерти, могут указывать на положение трупа в период образования пятен и возможное изменение положения тела, позволяют судить о давности наступления смерти, условиях нахождения трупа, темпе умирания, указывают на возможность отравления.

1. Что такое аутолиз и как он выражается на трупе? (УК-1, УК-2, УК-3, ПК-5, ПК-6, ПК-10)

ОТВЕТ: Аутолиз (трупное самопереваривание), раннее трупное изменение, возникающее через некоторое время после смерти, потому что на некоторые ткани действуют ферменты, которые продолжают образовываться и после смерти. Это приводит к дряблости органов, потере ими свойственной структуры, сглаживанию слизистой и к их распаду. Такие органы становятся тусклыми, пропитываются кровяной плазмой. Аутолиз лучше выражен в желудке. Значение аутолиза в том, что посмертные изменения к которым он приводит, напоминают болезненные прижизненные процессы, что при незнании может явиться причиной диагностических ошибок.

1. В каких условиях развивается гниение трупа и какое значение это имеет для судебно-медицинской экспертизы? (УК-1, УК-2, УК-3, ПК-5, ПК-6, ПК-10)

ОТВЕТ: Гниение приводит к разложению белков и других тканей, что происходит под влиянием разных микробов, усиленно размножающихся в организме после смерти человека, когда перестают функционировать защитные барьеры. Начинается гниение с толстой кишки, где особенно много микробов, быстрее развивается гнилостный процесс при наличии в организме инфекционного заболевания. Скорости гниения способствует высокая температура, особенно +20 — +40°С. Оно прекращается при температуре 0°С и ниже, а также выше +55°С. Поэтому, в теплое время года или в теплом помещении трупы гниют быстрее и могут долго сохраняться в холодное время и особенно в холодильной камере.

Первые признаки гниения проявляются в появлении неприятного «гнилостного» запаха, обусловленного образованием гнилостных газов:

сероводорода, метана, аммиака и других. Они пропитывают все мягкие ткани, сглаживая морщины и раздувая лицо, выворачивая губы и выталкивая язык изо рта. Все это изменяет облик человека до неузнаваемости даже для близких ему людей, ибо все трупы приобретают одинаковый вид, что резко затрудняет опознание. На теле образуется гнилостная венозная сеть, это просвечивание древовидно разветвленных сосудов с кровью, гнилостные пузыри, разрывы кожи. Кожа трупа окрашивается в грязно-зеленый цвет.

Происходит и распад внутренних органов: мозг приобретает кашицеобразную массу зеленоватой окраски. Позже гниению подвергаются и другие органы, такие как селезенка, печень, почки, сердце. Дольше остаются не измененными матка, сосуды, хрящи. Постепенно происходит расплав-ление и разрушение ткани, изменяется цвет волос, наступает скелетирование трупа. Кости могут сохраняться столетиями. Резкие гнилостные изменения и даже скелетированние не должны препятствовать назначению судебно-медицинской экспертизы.

Точно установить сроки гниения, тем более давность смерти, невозможно, так как на скорость разложения трупа влияют многие факторы. Это прежде всего оптимальная для микрофлоры температура от +25°С до +45°С при умеренной влажности. При температуре до +10° и после +55°С гниение замедляется, а также в холодильных камерах или холодильных помещениях. Несколько замедляется гниение при обильных кровопотерях, отравлении цианистыми соединениями, сулемой, после применения незадолго до смерти антибиотиков. Истощенные трупы разлагаются медленнее упитанных.

1. Какие поздние консервирующие изменения трупа известны и в каких условиях они происходит? (УК-1, УК-2, УК-3, ПК-5, ПК-6, ПК-10)

ОТВЕТ: В тех случаях, когда воздух сухой и хорошая вентиляция, трупы быстро теряют влагу и высыхают, что получило название естественной консервации трупа или мумификации. Это может иметь место при нахождении трупа на открытой местности, при его захоронении в песчаной, хорошо проветриваемой почве. Труп теряет до 9/10 своей первоначальной массы, уменьшается в   
объеме, кожа становится плотной, приобретает буровато-коричневую окраску, внутренние органы уменьшаются в объеме, становятся сухими. Такая консервация трупа сохраняет повреждения: странгуляционную борозду, признаки болезней, огнестрельные ранения, повреждения тупыми или острыми предметами, но особенности их маскируются и изменяются. До определенной степени возможна реставрация повреждений в уксусно-спиртовом растворе с добавлением перекиси водорода. Важно, что сохраняется общий облик человека, его пол, рост (хотя и несколько уменьшенный), индивидуальные анатомические особенности. Можно определить группу, половую специфичность. Все это позволяет идентифицировать личность в случаях опознания, хотя переоценивать эти возможности не стоит.

Полная мумификация взрослого человека достигается за 6—12 месяцев, ребенка, особенно новорожденного, в пределах месяца — двух.

В иных условиях, когда труп попадает в воду или захоронен в глинистой влажной почве, при отсутствии воздуха гниение прекращается и труп превращается в жировоск. Ткани трупа человека, превратившееся в жировоск, уплотняются, теряют свою структуру, приобретают творожистый вид, серовато-желтый цвет, с запахом прогорклого сыра. Вначале это случается в местах, где имеется больше всего жира: подкожно-жировая клетчатка, области щек, ягодиц, молочных желез. Как и мумификация, она может охватывать часть тела или весь труп целиком. Превращение трупа взрослого человека в жировоск требует 10— 12 месяцев, трупа новорожденного — 2—4 недели. Жировоск по значению сходен с мумификацией. Отмечено, что в его тканях при химическом исследовании можно выявить яды, даже алкоголь.

Из других видов естественной консервации трупов следует отметить торфяное дубление, что

бывает при попадании его в торфяные болота. Находящиеся в них гумусовые кислоты как бы дубят кожу, она уплотняется, становится темно-коричневой. Кости становятся мягкими и режутся ножом.

Хорошо сохраняются трупы при низкой температуре, например, в ледниках, в воде с высоким содержанием солей, в нефти и других жидкостях.

1. Что кроме гниения может разрушать труп? (УК-1, УК-2, УК-3, ПК-5, ПК-6, ПК-10)

ОТВЕТ: Труп подвергается разрушению не только гнилостным процессом, но и некоторыми животными, птицами, насекомыми. Это может наблюдается при нахождении трупа на открытой местности или в помещении. Значительные разрушения наносят мухи и их личинки, которые молниеносно размножаются. Уже через 15—24 часа во всех естественных отверстиях откладываются яички, которые вскоре превращаются в личинок, а через несколько дней в куколок, затем из них появляются мухи. При доступности трупа насекомым процесс его разрушения делят на 4 периода, что позволяет определить давность смерти. Разрушают труп муравьи, тараканы, клещи, жуки-мертвоеды; они наносят повреждения, обезображивающие лицо трупа.

Повреждения наносят грызуны и хищники, оставляя раны с фестончатыми краями от зубов. Части трупа могут растаскиваться животными. Птицы (вороны, стервятники) наносят повреждения, похожие на колотые раны. Очень важно дать правильную оценку повреждениям, установить их посмертный характер.

1. Как определять давность наступления смерти по темпу снижения температуры трупа? (УК-1, УК-2, УК-3, ПК-5, ПК-6, ПК-10)

ОТВЕТ: Давность смерти определяют по разным показателям при исследовании различных тканей и органов трупа с использованием многочисленных методов исследования. Однако определение давности смерти в раннем периоде издавна осуществляется в основном органолептически с изучением посмертных процессов, степени развития тех трупных явлений, которые изложены выше.

Прежде всего принимается во внимание скорость охлаждения трупа после смерти. Известно, что она изменяется под влиянием многих процессов, которые учитываются, но основным является температура окружающей среды. Поэтому перед измерением температуры тела отмечают температуру воздуха или воды, где находился труп. Затем, с помощью доступного медицинского термометра (применяются и электротермометры), устанавливается температура тела в заднепроходном отверстии, куда на 10 минут вводится термометр. При температуре окружающей среды +20°С труп взрослого человека обычно остывает за один час на 1°С. Причем в первые часы чуть быстрее, а после 6 часов падение температуры тела замедляется, и на 1°С она будет снижаться уже через 1,5—2 часа. Если измерена температура тела в подмышечной впадине, на которую в большей степени влияют дополнительные факторы, то результат будет менее точным, а путем ощупывания тела установить давность смерти нельзя. Для определения времени, прошедшего после смерти, предложены разные формулы. Вот одна из них: Давность смерти 2/3 (36,8 — Тт), где Тт — температура тела в момент исследования в прямой кишке. Эта формула позволяет определять более точно время, прошедшее после смерти, в первые сутки, особенно в первые 12 часов.

Кроме того, иногда пользуются готовыми таблицами, в которых в часах указано сколько прошло времени после смерти при разных сочетаниях температуры окружающей среды и трупа при измерениях в подмышечной впадине и заднепроходном.

1. Как устанавливать давность наступления смерти по степени развития трупных пятен? (УК-1, УК-2, УК-3, ПК-5, ПК-6, ПК-10)

ОТВЕТ: Для определения давности смерти используют исследование трупных пятен. С этой целью предложены такие приборы, как динамометр, фотодинамометр, которые позволяют объективно оценивать изменения цвета трупных пятен с учетом силы давления на них и регистрировать результаты на записывающем приборе. На практике, однако, используется старый простой способ исследования — нажатие на трупное пятно пальцем. Изменение цвета трупного пятна и время возвращения его в первоначальное состояние измеряется в секундах или минутах, что позволяет определить давность наступления смерти. Если пятно не изменяет цвет, то наступила имбибиция, то есть прошло более 24 часов, после чего точнее установить давность можно только с учетом гнилостных изменений и лишь приблизительно. Средние показатели исследования трупных пятен приведены в таблице 8. Таблицы 7 и 8 приведены из учебника «Судебная медицина» под ред. В.М. Смолянинова(1982).

Указанные в таблице изменения учитываются наряду с некоторыми другими показателями. Так, на цвет пятен и время их восстановления влияет причина смерти. В случаях смерти, наступившей от механической асфиксии, для которой характерны обильные синюшно-фиолетовые трупные пятна, время, необходимое для восстановления их первоначальной окраски меньше, чем при смерти от обильной кровопотери. Поэтому для определения давности смерти нужна определенная коррекция и учет развития других трупных изменений.

1. Как устанавливается давность наступления смерти с помощью суправитальных реакций? (УК-1, УК-2, УК-3, ПК-5, ПК-6, ПК-10)

ОТВЕТ: Для определения давности смерти используют также переживаемость органов и тканей трупа, то есть их способность реагировать на различные внешние раздражители. Эти реакции носят названиесуправитальных. Сюда относится механическое раздражение мышц, которые при ударах тупым твердым предметом (молоточек, линейка) отвечают сокращением. Удар на 5 см ниже локтевого сустава приводит к разгибанию кисти, удар по передней поверхности бедра в нижней трети или по внутреннему краю лопатки вызывает сокращение мышц, воздействие на мышцу передней поверхности плеч -- бицепс, приводит к возникновению мышечной опухоли. Учитывается скорость и степень реакции, которая через 2—3 часа после смерти прекращается. Другая группа реакций проводится с помощью электрофизиологических раздражителей. Для этого разработаны портативные приборы с игольчатым датчиком на постоянном токе при использовании батареек с напряжением в 4,5 вольт. При воздействии на кожу наружных уголков глаз или рта вызывается подергивание лица. Причем, в первые 2—3 часа после смерти оно настолько сильно, что придает особую гримасу всему лицу, иногда даже реагируют мышцы шеи и груди, сужается зрачок. Ответная реакция мышц лица постепенно снижается, но продолжается до б—7 часов, а до 10—12 часов еще реагирует глаз. После этого времени до 25 часов можно заметить деформацию зрачка, а не его сужение. Нередко применяется химическое раздражение мышц глаз, расширяющих или сужающих зрачок. С этой целью в переднюю камеру глаза вводится (или закапывается) 1%-ный раствор атропина или пилокарпина. Скорость и степень изменения диаметра зрачка со временем уменьшаются, но наблюдаются до 12—24 часов. В первые 10 часов после смерти отмечается двойная реакция, то есть после расширения от атропина, при действии пилокарпина наблюдается сужение. Реже, для определения давности смерти применяются и другие суправи-тальные реакции: способность умирающих и уже мертвых клеток тканей организма воспринимать некоторые красители или реакция потовых желез.

1. Что кроме суправитальных реакций и трупных изменений может использоваться для определения давности смерти? (УК-1, УК-2, УК-3, ПК-5, ПК-6, ПК-10)

ОТВЕТ: Установление давности смерти проводится и по другим показателям. Когда известно время последнего перед смертью приема пищи, о давности смерти судят по особенностям содержимого желудка, степени перевариваемости в зависимости от характера пищи и передвижения ее по желудочно-кишечному тракту. Средняя скорость продвижения составляет около 2 метров кишки в час. Поэтому, например, выявление пищевой массы в начале толстой кишки означает, что прошло 3—3,5 часа, у печеночного изгиба — б часов, селезеночного — 12 часов после еды.

При пустом мочевом пузыре можно полагать, что смерть наступила в начале ночи, при полном — под утро.

Иногда учитывается картина изменения роговицы, которая зависит от температурных условий и положения век и приводит вначале к набуханию, а затем к распаду клеток эпителия.

Большое значение при определении давности смерти придается энтомологическим исследованиям, т. е. распространению насекомых (преимущественно мух) в разных стадиях их развития (яиц, личинок, куколок и взрослых особей). Для определения времени смерти используется некоторые данные немедицинского характера, которые, можно выявить при осмотре места происшествия (даты почтовых отправлений, газет, время остановившихся часов, имеет значение толщина пыли, обрастание плесенью, прорастание трупа растениями и др.).

При большой давности смерти, когда мягкие ткани уже разрушены, о давности смерти можно судить по степени разрушения костей. При этом учитывается, в каких условиях находился труп при захоронении, какая была почва. Например, частичное разрушение костей в черноземной почве происходит в среднем через 20 лет, а в дерново-карбонатной — через 15 лет после захоронения. Мягкие ткани, связки и хрящи трупов в среднем разрушаются через 2 года. При этом применяется комплекс различных методов исследования. При судебно-медицинской экспертизе останков царской семьи, расстрелянной в Екатеринбурге в 1918 году, всестороннее макро- и микроскопическое исследование скелетов, зубов, степень их декальцинации позволила установить примерный срок захоронения.

1. **Самоконтроль по тестовым заданиям данной темы**

1. СУПРАВИТАЛЬНЫЕ РЕАКЦИИ ОРГАНОВ И ТКАНЕЙ, ИМЕЮЩИЕ ЗНАЧЕНИЕ ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ДАВНОСТИ СМЕРТИ

1. механическая возбудимость мышц
2. пергаментные пятна на коже
3. трупные пятна
4. «пятна Лярше»
5. симптом кошачьего глаза (феномен Белоглазова)

Правильный ответ:1 ПК-5

2.ПРОБА НА ВОЗДУШНУЮ ЭМБОЛИЮ СЧИТАЕТСЯ ПОЛОЖИТЕЛЬНОЙ, ЕСЛИ ИЗ СЕРДЦА, ПРОКОЛОТОГО ПОД ВОДОЙ, ЗАЛИТОЙ В ОКОЛОСЕРДЕЧНУЮ СОРОЧКУ, ВЫДЕЛЯЮТСЯ ПУЗЫРЬКИ ГАЗА

1. из левых его отделов
2. из правых его отделов
3. из правых и левых отделов
4. из дуги аорты
5. из полых вен

Правильный ответ:2 ПК-5

1. В КОМПЕТЕНЦИЮ СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКОГО ЭКСПЕРТА ВХОДИТ УСТАНОВЛЕНИЕ СОСТОЯНИЙ, ПРЕДШЕСТВОВАВШИХ СМЕРТИ
   1. острота зрения
   2. степень переваривания пищи
   3. наличие сопутствующих заболеваний
   4. выраженность производительной способности
   5. половое сношение

Правильный ответ:3 ПК-5

1. ОДЕЖДА, ОСТАВШАЯСЯ ПОСЛЕ ИССЛЕДОВАНИЯ (ЭКСПЕРТИЗЫ) ТРУПА, В СЛУЧАЯХ НАСИЛЬСТВЕННОЙ СМЕРТИ
   1. уничтожается
   2. выдается родственникам вместе с телом
   3. передается следователю
   4. сдается в камеру хранения
   5. хранится в архиве морга

Правильный ответ:3 ПК-5

1. ИССЛЕДОВАНИЕ ВСЕГО ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА ПРИ ЭКСПЕРТИЗЕ ТРУПА
   1. может не проводиться в зависимости от причины смерти
   2. является обязательным
   3. обязательно только при экспертизе трупов плодов новорожденных
   4. при подозрении на патологию со стороны ЖКТ
   5. обязательно только в случаях насильственной смерти

Правильный ответ: 2 ПК-5

1. ПОВОДОМ ДЛЯ СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ ТРУПА ЯВЛЯЕТСЯ СМЕРТЬ
   1. взрослого человека, умершего в стационаре при установленном диагнозе
   2. лица в машине скорой помощи, приемном покое больницы
   3. девушки при наличии девственной плевы
   4. ребенка, умершего в стационаре при установленном диагнозе
   5. женщины при отсутствии девственной плевы

Правильный ответ: 2 ПК-5

1. ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ АНТИГЕННОЙ ХАРАКТЕРИСТИКИ ГНИЛОСТНО-ИЗМЕНЕННОГО ТРУПА ИСПОЛЬЗУЕТСЯ
   1. кость (костные опилки)
   2. мышечная ткань
   3. мозг
   4. кровь
   5. почка

Правильный ответ: 1 ПК-5

1. НАПРАВЛЕНИЕ МАТЕРИАЛА ДЛЯ БАКТЕРИОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ НАИБОЛЕЕ ЦЕЛЕСООБРАЗНО НАПРАВЛЯТЬ ПРИ ДАВНОСТИ СМЕРТИ
   1. от 12 до 24 часов
   2. до 3-х суток при отсутствии признаков гниения
   3. свыше 3-х суток
   4. временные границы не установлены
   5. свыше 5-ти суток

Правильный ответ: 1 ПК-5

1. УШИБЛЕННАЯ РАНА ОБЫЧНО ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ СЛЕДУЮЩИМ ПРИЗНАКОМ
   1. ровными не осадненными краями
   2. тканевыми перемычками («мостиками» в дне раны)
   3. остроугольными концами
   4. гладкими стенками
   5. один конец закруглен, противоположный – заострен

Правильный ответ: 2 ПК-5

1. НЕПОСРЕДСТВЕННОЙ ПРИЧИНОЙ СМЕРТИ ОТ ПОВРЕЖДЕНИЙ ЯВЛЯЕТСЯ
   1. судорожный синдром
   2. похмельный синдром
   3. травматический шок 1 степени
   4. аспирация околоплодными водами
   5. воздушная, газовая, жировая эмболии

Правильный ответ: 5 ПК-5

**5. Самоконтроль по ситуационным задачам.**

Задача № 1. (УК-1, УК-2, УК-3, ПК-5, ПК-6, ПК-10)

Представлена «Карта осмотра трупа (приложение к протоколу осмотра трупа на месте его обнаружения)» № ХХХ от с.г., заполненная судмедэкспертом, согласно которой: Время начала и окончания осмотра с 04:30 минут до 04:40 минут. Температура воздуха +12°С. Местонахождение трупа – в подъезде, в одежде, лежит на спине. Трупные явления: кожные покровы лица, кистей, стоп на ощупь более прохладные, чем покрытые одеждой другие части тела; температура ректальная 35°С; трупное окоченение намечается в жевательных мышцах нижней челюсти; образование идиомускулярной опухоли – быстро появляется плотный тяж высотой 1,6см; трупные пятна синюшно-фиолетовые, насыщенные, разлитые, располагаются на задней поверхности туловища, при надавливании исчезают и восстанавливают свой цвет через 12 секунд. Повреждения: ссадина и кровоподтек в бровной области слева. Следы от в/в инъекций в локтевых сгибах. Примечание: рядом с трупом обнаружен использованный шприц. Других сведений в «Карте осмотра трупа» нет.

Вопросы:

1. Предположительная причина смерти?

2. Какие данные из карты осмотра трупа позволили предположить причину смерти?

3. Давность наступления смерти по трупному окоченению?

4. Давность наступления смерти по трупным пятнам?

5. Давность наступления смерти по величине идиомускулярной опухоли?

Задача № 2. (УК-1, УК-2, УК-3, ПК-5, ПК-6, ПК-10)

Представлена «Карта осмотра трупа (приложение к протоколу осмотра трупа на месте его обнаружения)» № ХХХ от с.г., заполненная судмедэкспертом, согласно которой: Время начала и окончания осмотра с 13:00 минут до 14:10 минут. Температура воздуха +19°С. Местонахождение трупа – в помещении, в одежде, лежит на спине; одежда снята и передана следователю. Трупные явления: отмечается заметное охлаждение на ощупь покрытых одеждой частей тела; температура печеночная и ректальная 27,9°С и 31°С на время 13:10 минут и при повторном измерении печеночная и ректальная 27°С и 31°С на время 14:10 минут; трупное окоченение выражено в жевательных мышцах нижней челюсти и в мышцах верхних конечностей, намечается в мышцах нижних конечностей; образование идиомускулярной опухоли – в месте удара образуется вмятина; трупные пятна синюшно-фиолетовые, ненасыщенные, разлитые, располагаются на задней поверхности туловища, при надавливании исчезают и восстанавливают свой цвет через 40 секунд. Повреждения: множественные колото-резаные раны (3) лица, шеи (6), передней поверхности грудной клетки (4), на кистях рук (3), животе (2). Рядом лужа крови. Примечание: обнаружен около 10 утра. Других сведений в «Карте осмотра трупа» нет.

Вопросы:

1. Предположительная причина смерти?

2. Давность наступления смерти?

3. Имеются ли на трупе следы самообороны?

4. Предположите, какое было взаимное расположение потерпевшего и нападавшего в момент причинения каждого из повреждений, менялось ли их взаиморасположение?

5. Предположите, какое количество ударных воздействий было причинено потерпевшему?

Задача №3. (УК-1, УК-2, УК-3, ПК-5, ПК-6, ПК-10)

Представлена «Карта осмотра трупа» № ХХХ, заполненная смэ Потаповым, из которой видно, что: труп в помещении, в одежде, лежит на спине, t окружающей среды +22,4°С, t ректальная +35,4°С (время регистрации 11:30 ч), трупное окоченение – намечается в жевательных мышцах нижней челюсти, идиомускулярная опухоль - в виде плотного тяжа высотой 1,1-1,5 см, трупные пятна - по задней поверхности тела, ненасыщенные, цвет – багрово-синюшные, при дозированном надавливании исчезают и восстанавливают свой цвет через 14 сек; наличие повреждений – округлый дефект в области мечевидного отростка; примечание – дома. Рядом с трупом лежит гладкоствольное охотничье ружье 12 калибра. Имеется предсмертная записка.

Вопросы:

1. Предположительная причина смерти?

2. Давность наступления смерти по трупным пятнам?

3.Давность наступления смерти по величине идиомускулярной опухоли?

4. Давность наступления смерти по ректальной температуре?

5. Предположите, возможно ли причинение описанного повреждения собственной рукой?

.

Задача №4. (УК-1, УК-2, УК-3, ПК-5, ПК-6, ПК-10)

Представлена «Карта осмотра трупа (приложение к протоколу осмотра трупа на месте его обнаружения)» № ХХХ от с.г., согласно которой: Время начала осмотра с 21:25 минут. Температура воздуха +2°С. Местонахождение трупа – на улице, в одежде, влажная, лежит на спине. Трупные явления: температура печеночная 36,9°С (21:45) и 36,2°С (22:15); трупное окоченение намечается в жевательных мышцах нижней челюсти; образование идиомускулярной опухоли – быстро появляется плотный тяж высотой 1,6-2,0см; трупные пятна багрово-синюшные, насыщенные, разлитые, располагаются на задней поверхности туловища, при надавливании исчезают и восстанавливают свой цвет через 14 секунд. Повреждения: на левой кисти (у основания большого пальца, на указательном, среднем пальцах), на правой кисти, на левой стопе – закопченный дефект, кратерообразной формы с относительно ровными краями в виде валиков. Примечание: держался за а/м во время подъема стрелы. Других сведений в «Карте осмотра трупа» нет.

Вопросы:

1. Предположительная причина смерти?

2. Какие данные из карты осмотра трупа позволили предположить причину смерти?

3. Давность наступления смерти по трупному окоченению?

4. Давность наступления смерти по величине идиомускулярной опухоли?

5. Давность наступления смерти по ректальной температуре?

Задача №5. (УК-1, УК-2, УК-3, ПК-5, ПК-6, ПК-10)

Представлена «Карта осмотра трупа (приложение к протоколу осмотра трупа на месте его обнаружения)» № ХХХ от с.г., заполненная судмедэкспертом Таратайкиным, согласно которой: Время начала и окончания осмотра с 23:55 минут до 00:45 минут. Температура воздуха -9°С. Местонахождение трупа: на улице, в одежде, лежит лицом вниз, на автодороге. Трупные явления: отмечается заметное охлаждение на ощупь покрытых одеждой частей тела; температура ректальная 33,4°С на время 23:55 минут и 33,1°С на время 00:45 минут; трупное окоченение выражено в жевательных мышцах нижней челюсти, намечается в мышцах верхних и нижних конечностей; образование идиомускулярной опухоли – быстро появляется плотный тяж высотой 1,5см; трупные пятна бледно-синюшно-фиолетовые, ненасыщенные, островчатые, располагаются на передней поверхности туловища, при надавливании восстанавливают свой цвет через 16 секунд. Повреждения: ушибы мягких тканей лица, множественные ссадины на лице и конечностях. Патологическая подвижность и раны правой голени. Примечание: ДТП. Наезд на пешехода. Одежда, лицо опачканы кровью, на верхней одежде разрывы (одежда была изъята в ходе осмотра). Из носовых ходов и рта кровь. Других сведений в «Карте осмотра трупа» нет.

Вопросы:

1. Предположительная причина смерти?

2. Давность наступления смерти по трупным пятнам?

3.Давность наступления смерти по величине идиомускулярной опухоли?

4. Давность наступления смерти по ректальной температуре?

5. Давность наступления смерти по трупному окоченению?

Эталон №1

1. Острое отравление наркотиками.

2. Разлитые насыщенные трупные пятна синюшно-фиолетового цвета, в/в инъекции в локтевых сгибах, наличие использованного шприца рядом с трупов.

3. Учитывая степень развития трупного окоченения можно предположить, что смерть гр-на наступила в пределах 2-6 часов до момента осмотра трупа на месте его обнаружения.

4. Учитывая время восстановления трупных пятен, можно предположить, что смерть гр-на наступила в пределах 2-4 часов назад на момент осмотра трупа на месте его обнаружения.

5. Учитывая величину идиомускулярной опухоли, можно предположить, что смерть гр-на наступила в промежуток от 1 до 3 часов назад на момент осмотра трупа на месте его обнаружения.

Эталон №2

1. Причиной смерти может быть острая, либо обильная кровопотеря. Если произошло ранение сердца, то могла возникнуть острая тампонада. Если повреждены магистральные вены, то смерть могла произойти в результате воздушной эмболии.

2. Учитывая степень развития трупных явлений можно сделать предположение, что смерть гр-на наступила 6 – 11 часов назад, на момент осмотра трупа на месте его обнаружения.

3. Наличие ран на кистях рук позволяет предположить о возможной самообороне погибшего.

4. В момент получения повреждения гр-н мог находиться в любом положении (стоя, сидя, лежа и т.п.), обращенным передней частью тела к повреждающему объекту. Данных за то, что менялось ли взаиморасположение потерпевшего и нападавшего на момент осмотра трупа на месте его обнаружения нет.

5. Предполагаемое количество ударных воздействий на момент осмотра трупа на месте его обнаружения не менее 18.

Эталон №3

1. Учитывая наличие в области мечевидного округлого дефекта и наличие рядом с трупом гладкоствольного оружия можно в предположительной форме высказаться, что причиной смерти гр-на стало огнестрельное ранение грудной клетки.

2. Учитывая время восстановления трупных пятен, можно предположить, что смерть гр-на наступила в пределах 2-4 часов до момента осмотра трупа на месте его обнаружения.

3. Учитывая величину идиомускулярной опухоли, можно предположить, можно предположить, что смерть гр-на наступила в промежуток от 3 до 6 часов назад на момент осмотра трупа на месте его обнаружения.

4. Учитывая температуру окружающей среды над трупом и ректальную температуру, смерть гр-на наступила в пределах 2-4 часов до момента осмотра трупа на месте его обнаружения.

5. Область анатомической локализации предположительной входной огнестрельной раны считается доступной для причинения «самоповреждения», при отсутствии дефектов правой руки. Для того, чтобы более точно ответить на данный вопрос необходимо сопоставить длину руки погибшего от плеча до кончиков пальцев с расстоянием от дульного среза ствола до спускового курка. Расстояние от дульного среза ствола до спускового курка необходимо получить при проведении баллистической экспертизы представленного оружия

Эталон №4

1. Электротравма.

2. Наличие на левой кисти (у основания большого пальца, на указательном, среднем пальцах), на правой кисти, на левой стопе – закопченный дефект, кратерообразной формы с относительно ровными краями в виде валиков.

3. Учитывая степень развития трупного окоченения можно предположить, что смерть гр-на наступила в пределах 2-4 часов до момента осмотра трупа на месте его обнаружения.

4. Учитывая величину идиомускулярной опухоли, можно предположить, можно предположить, что смерть гр-на наступила в промежуток от 1 до 3 часов назад на момент осмотра трупа на месте его обнаружения.

5. Учитывая температуру окружающей среды над трупом и ректальную температуру, смерть гр-на наступила в пределах 2 часов до момента осмотра трупа на месте его обнаружения.

Эталон №5

1. Сочетанная тупая травма тела.

2. Учитывая время восстановления трупных пятен, можно предположить, что смерть гр-на наступила в пределах 2-4 часов до момента осмотра трупа на месте его обнаружения.

3. Учитывая величину идиомускулярной опухоли, можно предположить, можно предположить, что смерть гр-на наступила в промежуток от 1 до 3 часов назад на момент осмотра трупа на месте его обнаружения.

4. Учитывая температуру окружающей среды над трупом и ректальную температуру, смерть гр-на наступила в пределах 2 часов до момента осмотра трупа на месте его обнаружения.

5. Учитывая степень развития трупного окоченения можно предположить, что смерть гр-на наступила в пределах 2-6 часов до момента осмотра трупа на месте его обнаружения.

**6. Перечень и стандарты практических умений.**

(УК-1, УК-2, УК-3, ПК-5, ПК-6, ПК-10)

- провести осмотр трупа на месте происшествия (обнаружения), классифицировать смерть, установить давность наступления смерти;

- установить причину смерти;

- провести судебно-медицинское исследование трупа при различных видах насильственной смерти;

- организовать судебно-медицинскую экспертизу вещественных доказательств (изъять, упаковать и направить объекты судебно-медицинской экспертизы на лабораторные исследования);

**7. Рекомендации по выполнению НИР**

Примерная тематика по НИР по теме - не предусмотрена.

**8. Рекомендованная литература по теме занятия (обязательная, дополнительная, электронные ресурсы, включая законодательные и нормативно-правовые документы)**

**Занятие № 6**

**1. Индекс: ОД.О.01.1.2.6 Тема: «Документация осмотра места происшествия и трупа на месте его обнаружения. Пределы ком­петенции судебно-медицинского эксперта. Отвод эксперта».**

**2. Форма организации занятия:** подготовка к практическому занятию.

**3. Перечень вопросов для самоподготовки по теме практического занятия**

1. Каковы понятия и организация осмотра места происшествия? (УК-1, УК-2, УК-3, ПК-5, ПК-6, ПК-10)

ОТВЕТ: Местом происшествия называется участок местности, либо помещение, где произошло событие, подлежащее расследованию.

Местом обнаружения трупа не всегда является место происшествия, т. к. труп может быть перемещен с целью направления следствия по ложному пути или непреднамеренно. Например — вывоз трупа в отдаленную местность и захоронение, удавление петлей с последующим помещением трупа на железнодорожное полотно; перенос трупа из помещения, где совершено самоубийство, в комнату, с проезжей части после ДТП на обочину и т. д.

Согласно статье 180 УПК РСФСР, осмотр трупа на месте происшествия, либо на месте его обнаружения, производится с участием врача. Как правило, для этого следственного действия привлекается судебно-медицинский эксперт, который при этом является специалистом в области судебной медицины.

В тех случаях, когда по какой-либо причине вызов эксперта для осмотра трупа невозможен, для этого мероприятия привлекается врач любой специальности, который не имеет права отказаться от этих действий.

Как показывает практика, даже для опытного следователя наибольшие сложности представляют вопросы медицинского характера, возникающие и требующие своего разрешения на месте обнаружения трупа. Из этого следует, что судебно-медицинский эксперт должен четко представлять свои обязанности и возможности современной судебно-медицинской науки, чтобы оказать следователю максимальную помощь.

Судебно-медицинский эксперт (врач-эксперт) может приглашаться для дополнительного повторного осмотра места происшествия в ходе предварительного и судебного следствия. В случаях, когда на месте происшествия нет условий для детального осмотра трупа, последний по возможности осматривается на месте с оформлением протокола, а затем осмотр трупа продолжают в морге.

В областном центре осмотр трупа на месте его обнаружения (происшествия) осуществляют в любое время специалисты в области судебной медицины по утвержденному графику, в том числе в выходные, праздничные дни и внерабочее время. Организация этой работы осуществляется отделом дежурной службы Бюро СМЗ.

Судебно-медицинские эксперты районных и межрайонных отделений обеспечивают наружный осмотр трупа на месте его обнаружения (происшествия) в пределах обслуживаемой территории.

Таким образом, для неотложных следственных действий на место происшествия выезжает оперативная группа в составе следователя-руководителя, эксперта-криминалиста, судебно-меди-цинского эксперта (который при участии в следственных действиях именуется специалистом в области судебной медицины), иногда проводника с собакой и оперативного уполномоченного уголовного розыска. При осмотре места происшествия и трупа на месте его обнаружения следователем составляется «протокол», который подписывается всеми участниками осмотра. Иногда, учитывая важность заносимых в протокол сведений медицинского характера, врачу-специалисту рекомендуется перед подписанием протокола сверить записанное следователем и при необходимости внести дополнения и поправки.

Прибытие судебно-медицинского эксперта на место обнаружения трупа (происшествия) и его возвращение обеспечивают органы, проводящие осмотр места происшествия, они же обеспечивают условия для работы судебно-медицинского эксперта (врача-эксперта), а также транспортировку трупа в морг и вещественных доказательств в соответствующие лаборатории, производящие необходимое исследование. Вместе с трупом в морг направляются постановление о назначении судебно-медицинской экспертизы трупа и копия протокола осмотра трупа на месте его обнаружения (происшествия).

1. Какое значение имеет осмотр места происшествия и трупа на месте его обнаружения? (УК-1, УК-2, УК-3, ПК-5, ПК-6, ПК-10)

ОТВЕТ: Осмотр места происшествия и трупа на месте его обнаружения является важным следственным мероприятием. Чем раньше после обнаружения трупа он будет произведен, тем более полную информацию, например, о времени наступления смерти удастся получить, и тем большая гарантия сохранения вещественных доказательств. В ряде случаев данные осмотра места происшествия и трупа содержат неоценимые сведения для проведения оперативно-розыскных мероприятий, при расследовании преступлений против жизни, здоровья и достоинства граждан.

По названным категориям дел, и прежде всего по убийствам, осмотр места происшествия обычно является отправным пунктом дальнейших следственных действий, позволяющим восстановить обстановку совершения преступления, выяснить наиболее важные обстоятельства его объективной стороны, обнаружить, зафиксировать и изъять следы преступления и вещественные доказательства. Неквалифицированный осмотр места происшествия нередко ведет к невосполнимым утратам важных доказательств, что отрицательно сказывается на возможностях раскрытия преступлений.

3. Каковы тактика и методика осмотра места происшествия и трупа на месте его обнаружения? (УК-1, УК-2, УК-3, ПК-5, ПК-6, ПК-10)

ОТВЕТ: Прибыв на место происшествия, следователь решает вопросы о последовательности осмотра. Врач-специалист свою работу начинает с определения — находится перед ним труп или живой человек. После установления наличия признаков смерти следует начинать осмотр места происшествия.

При осмотре места происшествия и трупа на открытой местности целесообразно использовать центробежный метод описания — от центра (трупа) к периферии. При осмотре в закрытом помещении чаще применяют —центростремительный: от периферии к центру. Положение трупа и легко перемещаемых вещей фиксируется по отношению к неподвижным предметам.

Осмотр места происшествия подразделяется на две стадии — статическую и динамическую. Во время статической стадии все предметы и труп описываются в своем первоначальном положении, производя фотографическую или иную (схематическую) фиксацию их положения. Вторая стадия — динамическая — предметы при необходимости можно перемещать, труп — поворачивать и смещать с целью осмотра. Причем эти действия должны быть четко зафиксированы в протоколе осмотра места происшествия, а предметы, изъятые в качестве вещественных доказательств — должным образом описаны и упакованы. Главное — зафиксировать в протоколе то, что может изменяться при последующих этапах осмотра (поза, расположение, потеки крови, трупные явления и др.), и только затем перейти кдинамической фазе.

При осмотре места происшествия используются такие методы фиксации окружающей обстановки и трупа, как видеосъемка, фотографирование — обзорная съемка (общий вид), узловая и масштабная съемка. Например, общий вид комнаты, в которой произошло убийство, общий вид трупа и общий вид повреждений на трупе по частям тела, а также масштабное фотографирование отдельно взятых повреждений.

Кроме того, в качестве фиксирующего метода часто используется составление схемы места происшествия и расположения трупа. При этом следует соблюдать пространственную ориентировку различных предметов и трупа с указанием размеров помещения (или ограниченного участка открытой местности), расстояние от неподвижных предметов до трупа, расстояние между предметами (крупными), размеры трудно перемещаемых предметов и пр. В схеме должны быть указаны условные обозначения и дана четкая маркировка отмеченных на ней предметов.

4. Основные задачи врача-специалиста при осмотре трупа на месте его обнаружения? (УК-1, УК-2, УК-3, ПК-5, ПК-6, ПК-10)

ОТВЕТ: С учетом необходимых следствию оперативных данных, получаемых при осмотре места происшествия и трупа, основными задачами врача—в соответствии с «Правилами работы врача-специалиста на месте происшествия или обнаружения трупа» (1978) является:

Выявление признаков, свидетельствующих о времени наступления смерти, характере повреждений или иных изменений на трупе.

Консультация следователя по вопросам, связанным с возможной причиной смерти, и о правильном изложении вопросов при назначении судебно-медицинской экспертизы.

Оказание помощи следователю в обнаружении вещественных доказательств биологического происхождения.

Содействие в изъятии и правильной упаковке вещественных доказательств для транспортировки в судебно-медицинские лаборатории.

Внимательное изучение и осмотр других особенностей.

Однако необходимо подчеркнуть, что начинать осмотр всегда следует с установления факта смерти, ибо иногда, при отсутствии ранних трупных явлений (похолодание кожных покровов, трупных пятен, трупного окоченения, подсыхания роговиц и склер) весьма затруднительно определить, — живой человек или труп находится на месте происшествия. Иногда в терминальных состояниях признаки жизни бывают столь малозаметны, что живой человек может быть принят за мертвого. В протоколе надлежит указать, какие реанимационные меры были приняты, время их начала, окончания и основания для их прекращения. Если установлено, что перед экспертом находится живой человек, необходимо срочно вызвать бригаду скорой помощи и оказать первую помощь: произвести остановку кровотечения, освободить дыхательные пути от инородных тел для восстановления их проходимости, произвести закрытый массаж сердца и искусственное дыхание, комплекс мер, обеспечивающих иммобилизацию пострадавшего либо его конечностей в случае необходимости.

Установление давности наступления смерти является особенно важным для определения оперативно-розыскных мероприятий в случае совершения преступлений, направленных против личности, т. к. они дают возможность следователю ориентировочно, а иногда и с большей степенью точности, определить время совершения преступления. Решающую роль в установлении давности наступления смерти играют данные, полученные при исследовании трупных явлений (особенно ранних), и выраженности суп-равитальных реакций.

В каждом конкретном случае судебно-медицин-ский эксперт с учетом ориентировочных данных о наступлении смерти должен помочь следователю сформулировать вопросы, которые в этом случае целесообразно ставить на разрешение судебно-ме-дицинской экспертизы трупа. Эксперт также рекомендует следователю определить объем лабораторных исследований, указать характер лаборатории и материал, необходимый для направления.

1. В чем заключается работа врача-специалиста на месте обнаружения трупа? (УК-1, УК-2, УК-3, ПК-5, ПК-6, ПК-10)

ОТВЕТ: При осмотре трупа на месте происшествия (обнаружения) эксперт должен описать расположение трупа по отношению к окружающей обстановке, позу, имеющуюся на трупе одежду, повреждения трупа и одежды, а также зафиксировать трупные изменения, решить вопрос о давности наступления смерти.

Начинается работа со статического осмотра трупа с учетом того, что эксперт-криминалист производит обзорную, детальную и масштабную фотографию, а иногда и киносъемку окружающей обстановки и трупа. Указывается место расположения трупа. В помещении ориентируются по отношению к окнам и дверям. На открытой местности место расположения трупа определяется по сторонам света и названиям местности (лес, поле, овраг). Затем указывается поверхность, на которой находился труп (земля, асфальтированное покрытие). При описании положения трупа по отношению к неподвижным окружающим предметам необходимо указывать расстояние от них до трупа. При описании позы трупа вначале указывают позу, затем описывается имеющаяся на трупе одежда (в порядке или смещена, застегнута или расстегнута, указываются отсутствующие пуговицы, повреждения).

Осмотр трупа производится сверху вниз. При осмотре головы необходимо указать целость на ощупь костей свода и лицевой части черепа, хрящей носа и ушных раковин. Если имеются какие-либо деформации черепа в целом либо его отдельных частей, необходимо указать их и описать таким образом, чтобы можно было составить представление, является ли деформация травматической либо это следствие какого-то патологического процесса. Если осматривается труп неизвестного лица, то указывается цвет, длина волос, описывается прическа и фасон стрижки, поседение, облысение, цвет кожи лица, состояние глазных щелей, наличие и характер кровенаполнения соединительных оболочек век и глазных яблок, цвет радужной оболочки, диаметр зрачков, состояние роговицы и наличие пятен подсыхания на склерах — пятен Лярше. При описании наружных слуховых проходов, носовых ходов, полости рта следует указывать — свободны они, заполнены каким-либо содержимым. При описании полости рта вначале указывают — закрыт или открыт рот, цвет и состояние переходной каймы губ, наличие естественных зубов, протезов. Если зубы отсутствуют, то описывается лунка. Указывается положение языка. При описании шеи указывается наличие повреждений — в каком отделе шеи располагаются (верхняя, средняя, нижняя треть), их характер. При осмотре неопознанных трупов описывается форма грудной клетки, отмечается целостность костей на ощупь, состояние живота. Правильно или неправильно сформированы половые органы, состояние области заднепроходного отверстия и промежности, наличие геморроидальных узлов, опачкиваний в этих областях. Затем приступают к описанию конечностей, определяют целость костей на ощупь, наличие патологических или травматических деформаций и повреждений.

Особенно подробно описываются трупные изменения и суправитальные реакции для установления давности смерти и решения некоторых других вопросов, о чем подробно указывалось в соответствующем разделе.

1. Как на месте происшествия изымаются следы биологического происхождения для направления их на судебно-биологическую экспертизу? (УК-1, УК-2, УК-3, ПК-5, ПК-6, ПК-10)

ОТВЕТ: При осмотре места происшествия изымаются предметы со следами, похожими на кровяные, или следы различных выделений человеческого организма — спермы, слюны, пота, мочи и др. В обязательном порядке изъятию подлежат кости, волосы, органы и их части. Если позволяют размеры вещественного доказательства, то предметы — носители выделений или тканей изымаются целиком и упаковываются таким образом, чтобы исключить их изменение или утрату. Обязательным условием для обеспечения сохранности образцов до экспертного исследования является предварительное высушивание влажных объектов-носителей биологического субстрата при комнатной температуре.

Кровь при возможности незамедлительной доставки в лабораторию желательно направлять в жидком виде в количестве 2—8 мл. У подозреваемого ее берут из пальцев руки, помещают в чистый флакон с указанием номера дела и фамилии донора. При невозможности направления крови в жидком виде представляют образцы на марлевом тампоне. Тампон пропитывается кровью до получения пятна 5 х 5 см (с пропитыванием нескольких слоев марли), высушивается и направляется на исследование.

Пятна, находящиеся на грунте, изымаются вместе с грунтом, желательно на глубину пропитывания. Изъятый грунт рассыпается тонким слоем на тарелку, просушивается, упаковывается в бумажные пакеты и направляется на исследование. Таким же образом подготавливаются контрольные образцы.

Кровяные пятна со снега, равно как и пятна жидкой крови, спермы, мочи, собираются на чистую марлю (бинт), сложенные в несколько слоев. Марлю с изъятым образцом высушивают, упаковывают и передают на исследование. Обязательно прикладывается контрольный образец марлевого тампона.

Волосы или объекты, их напоминающие, собираются пинцетом в отдельные пакеты, изготовленные из бумаги, упаковываются и направляются на исследование. При этом на концы пинцета надеваются резиновые или пластиковые трубки с целью предотвращения механического повреждения волос.

При невозможности изъятия всего субъекта-носителя отбор образцов для биологического исследования осуществляется следующим образом.

Приготовление соскобов осуществляют чистым скальпелем или бритвой, осторожно соскабливая помарку или пятно на лист чистой бумаги. Таким же образом берут контрольный образец с расположенной рядом не запятнанной поверхности. Для приготовления смывов небольшие кусочки чистого бинта или ткани слегка увлажняют водой и без нажима протирают тампоном видимые следы. Таким же образом готовят смыв с неизмененного участка, расположенного вблизи пятна. Тампоны для смывов должны браться от одного куска бинта или чистой ткани. Для обнаружения пото-жировых выделений на теле жертвы смывы делают в местах их наиболее вероятного присутствия — с шеи, вокруг рта, кистей рук и т.д. (при этом размер тампона не должен превышать 1,5 х 1,5 см). При приготовлении смывов необходимо надевать резиновые перчатки или брать тампон пинцетом.

Следы крови отыскивают и в других «скрытых местах»: в швах, под подкладкой, на краях карманов одежды, в щелях пола, под плинтусами, в деталях ручек дверей, водопроводных кранов, транспортных средств и т.д. При этом имеют в виду возможные изменения цвета крови, обращают внимание на механизм образования следов крови.

В качестве сравнительных образцов на исследование необходимо направлять биологические субстраты того же вида, что и изъятые на месте происшествия, либо с потерпевших.

1. Каковы особенности осмотра трупа на месте его обнаружения при механической травме? (УК-1, УК-2, УК-3, ПК-5, ПК-6, ПК-10)

ОТВЕТ: В случаях повреждений тупыми или острыми орудиями в зависимости от характера обнаруженных повреждений следует предварительно решить вопрос о групповых признаках травмирующего предмета с целью его поисков на месте происшествия. С учетом характера ран, высказать суждение о действовавшем предмете — колющий, режущий, колюще-режущий, рубящий или пилящий. В ряде случаев по направлению потоков крови на трупе можно судить о положении, в котором находился труп вскоре после причинения повреждений. Следует осмотреть, описать и изъять подозреваемое орудие, указав следователю, в какую лабораторию его направить.

В случаях падения с высоты, необходимо вначале осмотреть место, откуда произошло падение, выступающие предметы на пути падения, место соударения тела с поверхностью. При падении с окон домов следует обращать внимание на состояние оконных проемов (рам, стекол, подоконников), следов волочения или отпечатков обуви.

Осмотр трупа на месте его обнаружения при падении с высоты должен предусматривать описание характера грунта и возможных вдавлений на нем;

предметов, находящихся под грунтом, местонахождение его относительно объекта, откуда произошло падение, также измерение расстояния от основания до перпендикуляра падения до теменной области головы или до центра тяжести тела (3—4-й крестцовые позвонки) и до подошвы стоп.

При огнестрельных повреждениях на месте происшествия обращается особое внимание на обнаружение огнестрельного оружия, пуль, дроби, пыжей, стреляных гильз, а также пробоин на окружающих предметах, образующихся от действия пуль и дроби. Должны быть указаны место их нахождения, взаимное расположение, расстояние от трупа, а также от уровня пола, земли. Наряду с повреждением ткани должны быть отмечены следы от действия на одежду несгоревших порошинок; наличие копоти; следы от действия пламени. При   
осмотре краев огнестрельного повреждения одежды следует обратить внимание на выявление пояска обтирания или загрязнения в месте прохождения пули через одежду, что при отсутствии дополнительных факторов выстрела дает возможность отличить входное огнестрельное отверстие от выходного. При обнаружении огнестрельных ран описание проводится по общим правилам.

Приступая к осмотру трупа на месте взрывной травмы (ВТ), судебный медик должен зафиксировать следующие особенности: 1. Взаиморасположение воронки или разрушенного взрывом устройства и трупа (его частей). 2. Состояние одежды и наличие на ней копоти, осколков (и принять меры к их сохранению). 3. Локализацию, форму и размеры дефекта тканей, отрывы и разрывы одежды, тела. 4. Следы термического действия на одежде и теле (отметив сторону их наибольшей поражен-ности). 5. Морфологию наружных повреждений тела и их соответствие повреждениям одежды.

Следователь должен изъять:

а) Поверхностные слои грунта со стенок и дна воронки для дальнейшего исследования, б) Обломки частей взрывного устройства из стенок и дна воронки.

8. Каковы особенности осмотра трупа на месте его обнаружения при транспортной (автомобильной) травме? (УК-1, УК-2, УК-3, ПК-5, ПК-6, ПК-10)

ОТВЕТ: В случаям смерти от повреждений, нанесенных автомобильным транспортом, особое значение имеет местонахождение на месте обнаружения трупа следов крови, частей одежды на окружающих предметах и частях транспорта. По их расположению, а также по наличию деформаций и повреждений корпуса автомашины (вмятины, царапины, места, лишенные окраски, и прочее) можно высказать суждение о месте первоначального соприкосновения автомашины с телом пострадавшего. В протоколе должно быть зафиксировано место расположения трупа (на проезжей части шоссе или грунтовой дороги, обочине, кювете), а также его положение по отношению к дорожным сооружениям и указателям с точным измерением расстояния от них до трупа. При осмотре одежды трупа отмечают наличие внедрившихся в ткань одежды осколков стекла, гравия, частиц от покрытия дороги, краски, а также загрязнения одежды маслом, бензином. Особое внимание следует обратить на выявление и описание следов на одежде от протектора автомобильного колеса, особенно образованных снегом, грязью, песком, пылью, которые при перемещении трупа могут изменить свои очертания или полностью исчезнуть. Они подлежат обязательному фотографированию. При осмотре обуви отмечают наличие следов скольжения на подошвах от их трения об дорожное покрытие.

При осмотре трупа обращают внимание на выявление повреждений, специфических для дейст-вия отдельных частей транспортных средств (отпечатки облицовки решетки радиатора, наличие характерных ссадин и кровоподтеков от действия борта машины, отпечатки с указанием высоты от подошв стоп). При наличии четко выраженного отпечатка следует его сфотографировать.

9. Каковы особенности осмотра трупа на месте его обнаружения при железнодорожной травме? (УК-1, УК-2, УК-3, ПК-5, ПК-6, ПК-10)

ОТВЕТ: При описании места обнаружения трупа указывают, на каком участке пути он обнаружен и как расположен по отношению к рельсам. Указать, куда обращена голова и конечности трупа:

в сторону рельс или в противоположную. Какая часть тела приходит в соприкосновение с рельсами. Нахождение трупа снаружи, внутри колеи, на шпалах: поперек, вдоль них, на краях насыпи, под ее откосом. В случаях травматического расчленения в протоколе осмотра отмечают, какие части тела обнаружены, их число, место расположения, расстояние между ними. Следует указать также, где имеются наиболее значительные следы крови, нередко указывающие на место первичного воздействия. При описании одежды прежде всего обращают внимание на ее повреждения и загрязнения (разрывы, разделение на отдельные части; указать характер краев и их загрязнения кровью, частицам размятых органов, мазутом, антисептиком). Необходимо выявить повреждения, не характерные для действия железнодорожного транспорта. При осмотре и описании повреждений, помимо общих о них данных, следует обратить внимание на кожу по краям ран в области, прилегающей к рельсам, а также по ходу линий расчленения тела, где могут быть обнаружены полосчатые осаднения от давления бандажом колес при одновременном их скольжении.

10. Каковы особенности осмотра трупа на месте его обнаружения при смерти от механической асфиксии? (УК-1, УК-2, УК-3, ПК-5, ПК-6, ПК-10)

ОТВЕТ: При повешении осмотр места происшествия следует начать с описания места, где находится труп (характер помещения, его высота или особенности местности). Далее описываются предметы, так или иначе связанные с происшествием, например стул со следами от подошв обуви; измерить высоту стула. Если же подставка была расположена на мягком грунте — определить глубину вдавливания под ней.

В случаях смерти от сдавления органов шеи руками, закрытия руками отверстий рта и носа. На

трупе в области шеи, чаще всего на уровне щитовидного хрящя, по ходу грудиноключичносо-сковых мышц в области подбородка, щек, на губах, вокруг крыльев носа могут быть обнаружены полулунные ссадины и округлые мелкие кровоподтеки, а также ссадины линейной формы и кровоподтеки неправильной формы. При обнаружении в области шеи единичных полулунных ссадин следует выяснить, не могли ли они образоваться при расстегивании ворота одежды.

В случаях закрытия отверстий рта и носа руками необходимо тщательно осмотреть также слизистую преддверия рта на предмет обнаружения повреждений, образующихся вследствие при-давливания губ к поверхности зубов, а также их прикусов.

В случае смерти от сдавления груди и живота необходимо обратить внимание на характер сдавливающих труп предметов (части машин, вагонов, строительных конструкций и прочее). При этом отмечается наименование этих предметов, имеющиеся на них особенности повреждения и положение трупа по отношению к ним.

При описании трупных пятен следует отметить их соответствие положению трупа, наличие отпечатков предметов, находящихся под трупом. Отмечается наличие или отсутствие точечных кровоизлияний на коже лица, верхней трети груди («экхимотическая маска»), указывается степень их выраженности и распространенность, отмечается наличие отпечатков швов одежды и отдельных ее элементов (пуговиц, застежек, кнопок), а также особенностей тканей (сетчатый, полосчатый рисунок).

11. Каковы особенности осмотра трупа на месте его обнаружения при смерти от утопления? (УК-1, УК-2, УК-3, ПК-5, ПК-6, ПК-10)

ОТВЕТ:В случаях смерти от утопления чаще всего производится осмотр трупа, уже извлеченного из воды, реже осмотр трупа, погруженного в жидкость.

В протоколе отмечается, где находится труп, в какой жидкости (в реке, озере, чане, цистерне), на какой глубине, полностью или частично погружено тело, какие его части находятся над поверхностью жидкости; свободно плавает труп или удерживается окружающими его предметами. Извлечение трупа из жидкости должно быть осуществлено с большой осторожностью, без причинения дополнительных повреждений. В случае же, если таковых избежать не удалось, следует оговорить в протоколе способ извлечения тела и указать причину появления повреждений, а также произвести их тщательное описание.

При осмотре одежды трупа, извлеченного из воды, следует отметить загрязнение, наличие каких-либо тяжелых предметов (камни, песок, кирпичи), способствующих погружению тела. При осмотре трупа описывают наличие или отсутствие скопления стойкой мелкопузырчатой белой пены вокруг отверстия рта и носа, отмечают состояние кожных покровов (их бледность, наличие «гусиной кожи»), выпадение волос, сморщивание и побледнение кожи на кистях, стопах, отторжение эпидермиса вместе с ногтями с образованием «перчаток смерти» и «носков смерти». Следует указать наличие полного или частичного отхождения эпидермиса. В случаях обрастания тела водорослями, описывается степень их распространения по поверхности тела и общий вид. При описании необходимо обратить внимание на выявление признаков, указывающих на возможность нанесения повреждений водными обитателями.

12. Каковы особенности осмотра трупа на месте его обнаружения при действии крайних температур? (УК-1, УК-2, УК-3, ПК-5, ПК-6, ПК-10)

ОТВЕТ: В случаях смерти от действия низкой температуры важно отметить наличие или отсутствие так называемой позы озябшего человека. Состояние одежды, соответствие ее времени года и размерам трупа, а также отсутствие необходимых предметов туалета (верхняя одежда, головной убор, обувь). Необходимо тщательно осмотреть видимые участки тела, зафиксировать в протоколе окраску трупных пятен (розовая, розовато—красная). Степень выраженности трупного окоченения из-за замерзания тела определять нецелесообразно. Все манипуляции с замерзшим трупом должны быть весьма осторожными во избежание нанесения дополнительных повреждений и из-за хрупкости замерзших частей его тела (нос, ушные раковины, пальцы). При осмотре головы описывается состояние ресниц (наличие инея, смерзшиеся, оледеневшие), наличие льдинок у внутренних углов глаз, сосулек вокруг отверстия носа и рта. На открытых частях тела, в том числе на лице, отмечается наличие или отсутствие признаков ознобления, обморожений, (мраморность кожи, припухшие темно-синие или багрово-красные ее участки, наличие пузырей) и повреждений.

В случаях смерти от действия пламени отмечается расположение трупа по отношению к окружающим предметам с признаками действия на них пламени: обугливание, вздутие и растрес-кивание красок и лаков, налеты копоти и пр. В протоколе осмотра трупа эксперт описывает позу трупа, состояние его одежды (полностью отсутствует, сожжена, сохранена частично; указать, какая ее часть опалена, прожжена). Отмечается наличие специфического запаха от одежды (керосина, бензина и других горючих жидкостей);

обращают внимание на пятна крови и повреждения, не связанные с действием пламени.

При осмотре обгоревшего трупа выявить наличие трупных явлений, как правило, не удается из-за изменения кожных покровов и уплотнения мышц. В некоторых случаях на трупах, даже сильно измененных пламенем, можно установить неповрежденные участки кожи в складках лица, что указывает на рефлекторное сжатие век при прижизненном попадании в пламя пожара. Наряду с этими участками следует описать и другие сохранившиеся или частично сохранившиеся участки тела и одежды.

В случаях, когда не произошло значительного обгорания тела, необходимо отметить другие признаки действия на тело высокой температуры (опаление и изменение цвета волос), наличие ожогов, их степень. Необходимо отметить распространенность этих явлений, форму и характер ожоговых поверхностей, состояние пузырей. В случаях обгорания пузырей указывается место нахождения обрывков эпидермиса. При обнаружении копоти в протоколе фиксируется степень ее выраженности, локализация. Следует описать изменение цвета и повреждения зубной эмали: ее потемнение, растрескивание (если таковые имеются).

При сожжении трупа врач-специалист изымает 4 пробы золы весом по 30 г и отбирает останки костей.

13. Каковы особенности осмотра трупа на месте его обнаружения при действии электричества? (УК-1, УК-2, УК-3, ПК-5, ПК-6, ПК-10)

ОТВЕТ: Осмотр трупа в случаях смерти от действия технического и атмосферного электричества имеет свои особенности. Перед началом осмотра трупа необходимо принять соответствующие меры предосторожности, так как труп и окружающие его предметы могут быть под действием тока. После удаления с трупа обгоревших проводов немедленно приступить к осмотру потерпевшего и быть особенно внимательным при констатации смерти. В сомнительных случаях следует немедленно приступить к искусственному дыханию и вызвать специализированную медицинскую помощь. Необходимо обратить внимание на состояние электросети, условия, предрасполагающие к поражению током (увлажненная почва, повышенная влажность помещения). Особое внимание следует обратить на контакты источников и носителей тока с отдельными частями тела, в том числе с верхними конечностями, в согнутых кистях которых могут быть обнаружены токоносящие предметы. Необходимо описать особенности одежды, способствующие проведению тока (мокрая, увлажненная, а также повреждения, образованные действием тока (опаление, обгорание), наличие разрывов при его механическом действии. Обращается внимание на металлические части обуви (оплавление гвоздей, шнуровки пистонов). Важно обнаружить следы действия тока (электрометки). При описании электрометок описать их локализацию, количество, общий вид и соотношения с обнаруженными источниками тока. На участках тела, прилегающих к металлическим предметам (бусы, браслеты, портсигары) может быть выявлена электрическая металлизация, напоминающая татуировку, цвет которой зависит от металла проводника. Все вещественные доказательства, обнаруженные на месте происшествия, изымаются и направляются на соответствующие исследования.

При действии атмосферного электричества важно обратить внимание и зафиксировать «фигуры молнии», (они быстро исчезают) отметить повреждения одежды, опаление волос. Вокруг трупа следует попытаться выявить повреждения на дереве или других предметах, оплавление металлических частей.

14. Каковы особенности осмотра трупа на месте его обнаружения при смерти от болезни или отравлении? (УК-1, УК-2, УК-3, ПК-5, ПК-6, ПК-10)

ОТВЕТ: При осмотре трупа скоропостижно умершего человека необходимо обратить внимание на наличие вблизи него или в карманах покойного документов, медицинских справок, а также лекарств или упаковок от них, свидетельствующих о наличии у него заболеваний, отсутствие или наличие повреждений. Если при осмотре присутствуют очевидцы, то необходимо поинтересоваться обстоятельствами, предшествовавшими наступлению смерти (жалобы на боли в области сердца, резкую головную боль, слабость, наличие тошноты и рвоты, либо иных симптомов), целесообразно расспросить родственников о состоянии здоровья, болезни, месте и методах лечения.

При возникновении обоснованного подозрения на смерть от особо опасной инфекции (чума, оспа, холера и др.) врач-специалист обязан немедленно сообщить об этом следователю и совместно с ним принять меры к изоляции трупа и извещению руководителей ближайших органов здравоохранения.

Все участники осмотра места происшествия обязаны оставаться на месте до прибытия специальной противоэпидемической бригады, которая даст соответствующие указания в зависимости от конкретной обстановки. Эвакуация трупа осуществляется санитарно-эпидемиологической службой на специальном транспорте.

При отравлении либо подозрении на таковое необходимо, осматривая помещение, обратить внимание на наличие сильнодействующих лекарственных препаратов либо множества пустых упаковок (склянок, ампул), ядохимикатов в фабричных или самодельных упаковках, остатков пищевых продуктов (грибов, консервов и т.д.). При наличии каких-либо емкостей, рвотных масс либо промывных вод их подлежит изъять для последующего судебно-химического исследования. При осмотре трупа следует обратить внимание на цвет кожных покровов, наличие химических ожогов вокруг рта при отравлении едкими щелочами и кислотами. При подозрении на отравление угарным газом обратить внимание на возможный источник выделений, окраску кожных покровов и трупных пятен. Следователем до начала осмотра должен быть вызван специалист для забора проб воздуха.

15. Кто и по каким правилам составляет протокол осмотра места происшествия? (УК-1, УК-2, УК-3, ПК-5, ПК-6, ПК-10)

ОТВЕТ: Протокол осмотра места происшествия составляется следователем с участием эксперта-криминалиста и судебно-медицинского эксперта. В него также заносятся фамилии присутствующих при осмотре сотрудников органов внутренних дел и прокуратуры, а также понятых, т. е. лиц, которые обязаны «удостоверить факт, содержание и результаты действия, при производстве которых они присутствовали». Понятыми могут быть лишь лица, не имеющие отношения к происшедшим событиям и не являющиеся родственниками покойного либо свидетелями происшествия. При этом полностью записываются фамилия, имя, отчество идомашний адрес каждого понятого. При описании трупа находящейся на нем одежды и окружающих предметов не следует употреблять констатирующих терминов. Описание должно быть составлено таким образом, чтобы человек (как медицинской, так и иной специальности), принимающий участие в расследовании и в судебном разбирательстве, имел четкое представление о внешнем виде, материале, расположении предметов и трупа.

В протокол заносятся данные о месте происшествия: где оно находится, что собой представляет, а также все данные, касающиеся трупа. Протокол составляется в 2 экземплярах под копирку. Копия направляется в морг для использования данных осмотра трупа с целью установления времени наступления смерти, а также для составления представления об обстановке, в которой находился труп, и имеющихся повреждениях. Подлинник хранится в материалах дела и используется при расследовании. Протокол состоит из вводной части (в которой указывается кто, в присутствии кого, в какое время и при каких погодных условиях проводил осмотр) и описательной. В протокол недопустимо заносить суждения различных специалистов, принимающих участие в осмотре места происшествии, замечания присутствующих, высказьшания, не относящиеся к конкретным действиям, и делать какие-либо выводы.

Например, при описании следов подсохшей крови либо пятен, напоминающих таковые, следует пользоваться лишь описательными терминами — «пятна бурого цвета, напоминающие кровь». Либо, если пятна застарелые и имеются сомнения в их происхождении, «пятна бурого цвета с нечеткими контурами» и т. п. Нельзя ограничиваться указанием, что имеется бутылка с коньяком, ее следует описать: «в бутылке емкостью 0,5 л из прозрачного твердого материала, с наклейкой желтого цвета, на которой указано «...», находится 100 мл жидкости светло-коричневого цвета, прозрачной, с запахом коньяка».

**4. Самоконтроль по тестовым заданиям данной темы.**

1. СУПРАВИТАЛЬНЫЕ РЕАКЦИИ ОРГАНОВ И ТКАНЕЙ, ИМЕЮЩИЕ ЗНАЧЕНИЕ ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ДАВНОСТИ СМЕРТИ

1. механическая возбудимость мышц
2. пергаментные пятна на коже
3. трупные пятна
4. «пятна Лярше»
5. симптом кошачьего глаза (феномен Белоглазова)

Правильный ответ:1 ПК-5

2. ПРОБА НА ВОЗДУШНУЮ ЭМБОЛИЮ СЧИТАЕТСЯ ПОЛОЖИТЕЛЬНОЙ, ЕСЛИ ИЗ СЕРДЦА, ПРОКОЛОТОГО ПОД ВОДОЙ, ЗАЛИТОЙ В ОКОЛОСЕРДЕЧНУЮ СОРОЧКУ, ВЫДЕЛЯЮТСЯ ПУЗЫРЬКИ ГАЗА

* + - 1. из левых его отделов
      2. из правых его отделов
      3. из правых и левых отделов
      4. из дуги аорты
      5. из полых вен

Правильный ответ:2 ПК-5

1. В КОМПЕТЕНЦИЮ СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКОГО ЭКСПЕРТА ВХОДИТ УСТАНОВЛЕНИЕ СОСТОЯНИЙ, ПРЕДШЕСТВОВАВШИХ СМЕРТИ
2. острота зрения
3. степень переваривания пищи
4. наличие сопутствующих заболеваний
5. выраженность производительной способности
6. половое сношение

Правильный ответ:3 ПК-5

1. ОДЕЖДА, ОСТАВШАЯСЯ ПОСЛЕ ИССЛЕДОВАНИЯ (ЭКСПЕРТИЗЫ) ТРУПА, В СЛУЧАЯХ НАСИЛЬСТВЕННОЙ СМЕРТИ
   1. уничтожается
   2. выдается родственникам вместе с телом
   3. передается следователю
   4. сдается в камеру хранения
   5. хранится в архиве морга

Правильный ответ:3 ПК-5

1. ИССЛЕДОВАНИЕ ВСЕГО ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА ПРИ ЭКСПЕРТИЗЕ ТРУПА
   1. может не проводиться в зависимости от причины смерти
   2. является обязательным
   3. обязательно только при экспертизе трупов плодов новорожденных
   4. при подозрении на патологию со стороны ЖКТ
   5. обязательно только в случаях насильственной смерти

Правильный ответ: 2 ПК-5

1. СЛЕДСТВЕННЫЕ ДЕЙСТВИЯ, В КОТОРЫХ МОЖЕТ УЧАСТВОВАТЬ СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКИЙ ЭКСПЕРТ
   1. в аресте
   2. в обыске
   3. в осмотре места происшествия и трупа на месте его обнаружения
   4. осуществлять допросы участников события
   5. производить выемки вещественных доказательств, не имеющие отношение к объекту исследования

Правильный ответ: 3 ПК-5

1. ОСМОТР ТРУПА НА МЕСТЕ ЕГО ОБНАРУЖЕНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ
   1. экспертизой
   2. исследованием
   3. освидетельствованием
   4. неотложным следственным действием
   5. экспертным действием

Правильный ответ: 4 ПК-5

1. НА МЕСТЕ ОБНАРУЖЕНИЯ ТРУПА ВРАЧ, КАК СПЕЦИАЛИСТ В ОБЛАСТИ СУДЕБНОЙ МЕДИЦИНЫ, ДОЛЖЕН
   1. оказать помощь следователю в обнаружении (изъятии) вещественных доказательств биологического происхождения
   2. освидетельствовать подозреваемого
   3. установить причину смерти
   4. зондировать раневые каналы для определения свойств орудия травмы
   5. выяснять обстоятельства случившегося

Правильный ответ: 1 ПК-5

1. ТРУПНОЕ ОКОЧЕНЕНИЕ ИМЕЕТ ЗНАЧЕНИЕ ДЛЯ УСТАНОВЛЕНИЯ
   1. наличия в крови этилового алкоголя
   2. давности наступления смерти
   3. сопутствующих заболеваний
   4. для решения вопроса об оказании мед. помощи
   5. категории смерти

Правильный ответ: 2 ПК-5

1. ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ДАВНОСТИ НАСТУПЛЕНИЯ СМЕРТИ ИСПОЛЬЗУЮТ
   1. результаты ЭКГ
   2. результаты МРТ
   3. метео- наблюдения
   4. динамометрию трупного пятна
   5. результаты ЭЭГ

Правильный ответ: 4

**5. Самоконтроль по ситуационным задачам**

Задача №1. (УК-1, УК-2, УК-3, ПК-5, ПК-6, ПК-10)

Представлена «Карта осмотра трупа (приложение к протоколу осмотра трупа на месте его обнаружения)» № ХХХ от с.г., заполненная судмедэкспертом Малышко, согласно которой: Время начала и окончания осмотра с 19:10 мин. до 19:50 мин. Температура воздуха +8°С. Местонахождение трупа – на улице, в одежде, лицом вниз, у подножия дома. Трупные явления: температура печеночная 35,5°С, ректальная менее 35°С на время 19:10 минут, печеночная 35,1 на время 19:50 минут; трупное окоченение отсутствует во всех группах мышц; образование идиомускулярной опухоли – быстро появляется плотный тяж высотой 1,5см; трупные пятна синюшно-фиолетовые, ненасыщенные, островчатые, располагаются на передней поверхности, при надавливании восстанавливают свой цвет через 12 секунд. Повреждения: раны (2) на голове, кровоподтек на верхнем веке правого глаза, патологическая подвижность костей свода черепа, лицевого скелета. Примечание: падение из окна 5-го этажа. Лицо, волосы на голове обильно опачканы кровью. Других сведений в «Карте осмотра трупа» нет.

Вопросы:

1. Предположительная причина смерти?

2. Давность наступления смерти по трупным пятнам?

3.Давность наступления смерти по величине идиомускулярной опухоли?

4. Давность наступления смерти по ректальной температуре?

5. Давность наступления смерти по трупному окоченению?

Задача №2. (УК-1, УК-2, УК-3, ПК-5, ПК-6, ПК-10)

Представлена «Карта осмотра трупа (приложение к протоколу осмотра трупа на месте его обнаружения)» № ХХХ от с.г., заполненная судмедэкспертом Пятковыче, согласно которой: Время начала осмотра с 23:45 минут. Температура воздуха +25°С. Местонахождение трупа – в помещении, в одежде, лежит на диване. Трупные явления: отмечается заметное охлаждение на ощупь покрытых одеждой частей тела; температура ректальная 31,2°С на время 23:45 минут и 30,6°С на время 00:35 минут; трупное окоченение хорошо выражено во всех группах мышц; образование идиомускулярной опухоли – быстро появляется плотный тяж высотой 0,5см; трупные пятна синюшно-фиолетового цвета, насыщенные, разлитые, располагаются на задней поверхности, восстанавливаются через 33 секунды. Повреждений нет. Примечание: со слов знакомых могла употребить «дротаверин» 40мг (50 табл.), кетанов (10 шт). Изо рта рвотные массы. Других сведений в «Карте осмотра трупа» нет.

Вопросы:

1. Предположительная причина смерти?

2. Какие данные из карты осмотра трупа позволили предположить причину смерти?

3. Давность наступления смерти по ректальной температуре?

4. Давность наступления смерти по трупным пятнам?

5. Давность наступления смерти по величине идиомускулярной опухоли?

Задача №3. (УК-1, УК-2, УК-3, ПК-5, ПК-6, ПК-10)

Представлена «Карта осмотра трупа (приложение к протоколу осмотра трупа на месте его обнаружения)» № ХХХ от с.г., согласно которой: Время начала и окончания осмотра с 15:10 мин. до 16:05 мин. Температура воздуха - 18°С. Местонахождение трупа – на улице, лежит на спине, на земле у коллектора теплотрассы, в одежда в виде обугленных фрагментов. Трупные явления: отмечается заметное охлаждение на ощупь покрытых одеждой частей тела; температура печеночная, ректальная 19,9 и 18,7°С (15:10) и температура печеночная, ректальная 19,1 и 18,2°С (16:05); трупное окоченение хорошо выражено во всех группах мышц; образование идиомускулярной опухоли – идиомускулярная опухоль не образуется; трупные пятна багрово-синюшные, красные, ненасыщенные, островчатые, располагаются на задней поверхности, при надавливании цвета не меняют. Повреждения: множественные раны (ушибленные?), колото-резаные ранения? на голове, колото-резаные на туловище. Следы воздействия высокой температуры на одежде и кожных покровах. Ноги были связанные проводом и меховой тканью. Примечание: труп был извлечен МЧС из коллектора теплотрассы. Одежда, кожные покровы опачканы кровью. Других сведений в «Карте осмотра трупа» нет.

Вопросы:

1. Давность наступления смерти по трупному окоченению?

2. Давность наступления смерти по трупным пятнам?

3. Давность наступления смерти по величине идиомускулярной опухоли?

4. Давность наступления смерти по печеночной температуре?

5. Если мертвое тело находится в луке теплотрассы, коллекторе и т.п. труднодоступных местах, в обязанность кого входит доставка трупа на поверхность для детального осмотра его на месте обнаружения? В обязанность врача – судебно-медицинского эксперта или следователя?

Задача №4. (УК-1, УК-2, УК-3, ПК-5, ПК-6, ПК-10)

Представлена «Карта осмотра трупа (приложение к протоколу осмотра трупа на месте его обнаружения)» № ХХХ от с.г., заполненная судмедэкспертом Полевым, согласно которой: Время осмотра с 18:40 мин. до 19:15 мин. Температура воздуха +3°С. Местонахождение трупа – на улице, в одежде, лежит на спине на снегу в 10м от здания». Трупные явления: отмечается заметное охлаждение на ощупь покрытых одеждой частей тела; температура ректальная +24°С на время 18:40 и +23,7°С на время 19:15; трупное окоченение хорошо выражено во всех группах мышц; образование идиомускулярной опухоли – вмятина на месте удара; трупные пятна синюшно-фиолетовые, располагаются на задней поверхности туловища, при надавливании бледнеют и восстанавливают свой цвет через 86 сек. Повреждения: Патологическая подвижность нижней челюсти. Из слуховых проходов и левого носового прохода кровь. Примечание: Падение с крыши 6-го этажа здания. Оставлена предсмертная записка. Волосы на голове обильно опачканы кровью. Других сведений в «Карте осмотра трупа» нет.

Вопросы:

1. Предположительная причина смерти?

2. Давность наступления смерти по трупным пятнам?

3.Давность наступления смерти по величине идиомускулярной опухоли?

4. Давность наступления смерти по ректальной температуре?

5. Для чего необходимо на месте происшествия измерять расстояние от подошвы дома до трупа?

Задача №5. (УК-1, УК-2, УК-3, ПК-5, ПК-6, ПК-10)

Представлена «Карта осмотра трупа (приложение к протоколу осмотра трупа на месте его обнаружения)» № ХХХ от с.г., заполненная судмедэкспертом Лопухиным, согласно которой: Время осмотра с 12:40 мин. до 13:00 мин. Температура воздуха +24,5°С. Местонахождение трупа – дома на кровати, в одежде, лежит на спине. Трупные явления: отмечается заметное охлаждение на ощупь покрытых одеждой частей тела; температура ректальная +25,3°С на время 12:40; трупное окоченение разрешено выражено во всех группах мышц; образование идиомускулярной опухоли – вмятина на месте удара; трупные пятна не прослеживаются. Кожные покровы окрашены в грязно-зеленный цвет. На кожных покровах трупа появление гнилостных пузырей, заполненных серозно-кровянистым содержимым, частичное отслоение эпидермиса, отделение волос и ногтевых пластин. Выраженная гнилостная эмфизема трупа. Повреждений не обнаружено. Жил один, в последние 3 недели злоупотреблял алкоголем. Рядом с трупом 6 пустых бутылок из-под водки. Других сведений в «Карте осмотра трупа» нет.

Вопросы:

1. Предположительная причина смерти?

2.Давность наступления смерти по величине идиомускулярной опухоли?

3. Давность наступления смерти по трупному окоченению?

4. По каким критериям можно предположить давность наступления смерти у гнилостно измененного трупа (которые не описаны в данной карте осмотра)?

5. Далеко зашедшие гнилостные изменения могут являться причиной отказа от осмотра трупа на месте его обнаружения?

Эталон №1

1. Сочетанная тупая травма тела.

2. Учитывая время восстановления трупных пятен, можно предположить, что смерть гр-на наступила в пределах 2 часов до момента осмотра трупа на месте его обнаружения.

3. Учитывая величину идиомускулярной опухоли, можно предположить, можно предположить, что смерть гр-на наступила в промежуток от 1 до 3 часов назад на момент осмотра трупа на месте его обнаружения.

4. Учитывая температуру окружающей среды над трупом и ректальную температуру, смерть гр-на наступила в пределах 2 часов до момента осмотра трупа на месте его обнаружения.

5. Учитывая степень развития трупного окоченения можно предположить, что смерть гр-на наступила в пределах 2 часов до момента осмотра трупа на месте его обнаружения.

Эталон №2

1. Острое отравление лекарственными средствами.

2. Разлитые насыщенные трупные пятна синюшно-фиолетового цвета, наличие рядом с трупом большого количества лекарственных средств.

3. Учитывая температуру окружающей среды над трупом и ректальную температуру, смерть гр-на наступила в пределах 8-9 часов назад до момента осмотра трупа на месте его обнаружения.

4. Учитывая время восстановления трупных пятен, можно предположить, что смерть гр-на наступила в пределах 7-8 часов назад на момент осмотра трупа на месте его обнаружения.

5. Учитывая величину идиомускулярной опухоли, можно предположить, что смерть гр-на наступила в промежуток от 9 до 11 часов назад на момент осмотра трупа на месте его обнаружения.

Эталон №3

1. Учитывая степень развития трупного окоченения можно предположить, что смерть гр-на наступила в промежуток от 12 до 48 часов до момента осмотра трупа на месте его обнаружения.
2. Учитывая, что трупные пятна не изменяют свою окраску, можно предположить, что смерть гр-на наступила не менее 24 часов назад на момент осмотра трупа на месте его обнаружения.
3. Учитывая реакцию мышцы плеча на механическое раздражение, можно предположить, что смерть гр-на наступила не менее 11 часов назад на момент осмотра трупа на месте его обнаружения.
4. Учитывая, что смерть по трупным пятнам наступила не менее чем 24 часа назад, и то, что через 20 часов после смерти температура печени не несет никакой информативности врача, в данном случае использовать температуру печени не имеет никакого смысла.
5. Это входит в обязанность сотрудников МЧС.

Эталон №4

1. Сочетанная тупая травма тела.

2. Учитывая время восстановления трупных пятен, можно предположить, что смерть гр-на наступила в пределах 10-12 часов до момента осмотра трупа на месте его обнаружения.

3. Учитывая величину идиомускулярной опухоли, можно предположить, что смерть гр-на наступила более 11 часов назад на момент осмотра трупа на месте его обнаружения.

4. Учитывая температуру окружающей среды над трупом и ректальную температуру, смерть гр-на наступила в пределах 12-13 часов до момента осмотра трупа на месте его обнаружения.

5. Для того чтобы врач, который будет исследовать тело в морге, сопоставив имеющиеся на трупе повреждения и расстояние от подошвы здания до трупа, мог ответить на вопрос следователя – свободным ли было падение умершего или нет.

Эталон №5

1. На месте происшествия в данном случае причину смерти предположить невозможно.
2. Учитывая величину идиомускулярной опухоли, можно предположить, что смерть гр-на наступила более 11 часов назад на момент осмотра трупа на месте его обнаружения.
3. Учитывая разрешение трупного окоченения во всех обычно исследуемых группах мышц, смерть наступила не менее 48 часов назад.
4. При наличие на трупе личинок и куколок насекомых, можно для определения давности наступления смерти привлечь к осмотру трупа специалиста-энтемолога, или назначить судебно-энтемологическую экспертизу, предоставив эксперту живых личинок и куколок насекомых.
5. Далеко зашедшие гнилостные изменения не являются препятствием к осмотру трупа на месте его обнаружения.

**6**. **Перечень практических умений по изучаемой теме.**

(УК-1, УК-2, УК-3, ПК-5, ПК-6, ПК-10)

- провести осмотр трупа на месте происшествия (обнаружения), классифицировать смерть, установить давность наступления смерти;

- установить причину смерти;

- провести судебно-медицинское исследование трупа при различных видах насильственной смерти;

- организовать судебно-медицинскую экспертизу вещественных доказательств (изъять, упаковать и направить объекты судебно-медицинской экспертизы на лабораторные исследования);

**7. Рекомендации по выполнению НИР**

Примерная тематика по НИР по теме - не предусмотрена.

**8. Рекомендованная литература по теме занятия (обязательная, дополнительная, электронные ресурсы, включая законодательные и нормативно-правовые документы)**

**Занятие № 7**

**1. Индекс: ОД.О.01.1.3.7 Тема: «Общие вопросы методики судебно-медицинского исследования трупа».**

**2. Форма организации занятия:** подготовка к практическому занятию.

**3. Перечень вопросов для самоподготовки по теме практического занятия**

1. Какова регламентация и порядок судебно-медицинской экспертизы трупа? (УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-5, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10)

ОТВЕТ: После осмотра трупа на месте его обнаружения, из лечебного учреждения в случаях насильственной смерти, или иного места, в котором обнаружен труп (или его останки), он направляется в бюро СМЭ для вскрытия. В некоторых случаях вскрытие производится в патологоанатомическом морге, в исключительном случае — в приспособленном помещении или на открытой местности, где следователь должен обеспечить эксперту необходимые для работы условия.

Регламентация судебно-медицинской экспертизы трупа приводится в ряде официальных документов, основными из которых являются УПК РФ и «Правила судебно-медицинской экспертизы трупа» (1991). Вскрытие трупа может быть начато только после появления ранних трупных изменений, т.е. не ранее 2—3 часов после смерти. В целях изъятия органа для трансплантации вскрытие начинается раньше, сразу после констатации факта смерти, что делается с участием нескольких врачей (кроме трансплан -толога) и судебно-медицинского эксперта, в соответствии с положением МЗ РФ и составлением акта, один экземпляр которого прилагается к заключению эксперта. Все манипуляции с трупом, изъятие органов с разными целями (научными, учебными) производятся только с разрешения и в присутствии судебно-медицинского эксперта, который указывает это в своем документе.

Поступивший труп (одежда и иные предметы) регистрируются и хранится в условиях, препятствующих гниению. Обычно экспертиза проводится одним, а в сложных случаях при повторной экспертизе, двумя или тремя экспертами. Следователь, назначивший экспертизу, вправе присутствовать при ее производстве, а в случаях убийств, в соответствии с указанием Генерального прокурора, обязан лично присутствовать. На вскрытии могут присутствовать врачи и студенты медицинского и юридического вузов.

1. Какова методика и последовательность судебно-медицинского исследования трупа? (УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-5, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10)

ОТВЕТ: Экспертиза трупа начинается с ознакомления с постановлением о назначении экспертизы, протоколом осмотра места происшествия, подлинником истории болезни и другими документами, что позволяет ему составить план исследования трупа.

Вначале исследуется одежда, обувь и предметы, доставленные с трупом. Исследование трупа начинают с определения по внешним признакам пола, возраста, телосложения, степени упитанности, измерения длины тела и при необходимости массы. Затем проводится наружный осмотр трупа, сверху вниз, и подробное описание. Особое внимание уделяется трупным изменениям, повреждениям, индивидуальным особенностям. Нередко кроме описания делается зарисовка на контурных схемах, масштабная фотография трупа и отдельных повреждений. В необходимых случаях берутся мазки и выделения для лабораторного исследования.

После этого начинается внутреннее исследование трупа, которое обязательно включает вскрытие полостей черепа, грудной и брюшной, а при необходимости также шеи, конечностей и суставов, позвоночного канала. Существуют различные технические методы вскрытия, но обычно пользуются методом Шора, когда весь орга-нокомплекс грудной и брюшной полостей изымается целиком. Исследуется и измеряется каждый орган снаружи и на разрезе, отмечаются выявленные особенности. При подозрении на криминальный аборт, воздушную эмболию, пневмоторакс при вскрытии используются дополнительные методы. При некоторых видах смерти требуется соблюдать некоторые особенности, о чем будет сказано ниже.

Однако довольно часто визуального исследования бывает недостаточно для выявления тех или иных данных. В таких случаях берут орган и ткани для лабораторного исследования. Это делается по определенным Правилам, изданным под грифом Главного судебно-медицинского эксперта РФ.

1. С какой целью составляется судебно-медицинский диагноз и какие к нему предъявляются требования? (УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-5, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10)

ОТВЕТ: Судебно-медицинский диагноз — специальное заключение о сущности повреждения (заболевания), состоянии обследуемого или о причине смерти, составленное на основании судебно-медицинской экспертизы для решения специальных вопросов, возникающих в судебно-ме-дицинской практике.

К судебно-медицинскому диагнозу приступают после сбора всех видов информации, полученных как во время секции, так и после проведения лабораторных исследований. Он служит основой для составления выводов и помешается отдельно между исследовательской частью заключения (акта) и выводами (заключением).

Судебно-медицинский диагноз позволяет собрать воедино, обобщить, осмыслить и проанализировать данные, обнаруженные на вскрытии и при дополнительных исследованиях. В нем не следует допускать описаний. Судебно-медицинский диагноз —единственный раздел, в котором используются медицинские термины. Однако их следует разъяснять для судебно-следственных работников. При составлении судебно-медицинского диагноза необходимо обязательное применение принципа установления причинно-следственных связей в развитии повреждения или патологического процесса, обусловившего смерть с учетом развившихся осложнений.

Следует подчеркнуть основные требования к судебно-медицинскому диагнозу. Это полнота изложения, включая такие «мелочи», как царапина, запах, загрязнения и т. п.; перечисление изменений без каких-либо оценок и выводов, судебно-медицинская направленность.

Судебно-медицинский диагноз составляется сразу после вскрытия трупа и получения результатов лабораторных исследований, подписывается экспертом и используется при заполнении «Врачебного свидетельства о смерти» — документа, необходимого для получения разрешения на похороны.

1. Какие требования предъявляются к выводам заключения эксперта? (УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-5, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10)

ОТВЕТ: Выводы (заключение) — третья часть судебно-медицинского документа, начинается с перечисления тех данных, на которых основывается   
эксперт, отвечая на поставленные перед ним вопросы. При этом вначале дается ссылка на данные исследования самого трупа, а затем на дополнительные методы исследования и медицинские документы. Подчеркивается, что выводы делаются в соответствии с поставленными вопросами. Основными требованиями к ним являются:

— научная обоснованность;

— полнота и конкретность;

— однозначность формулировки;

— простота и ясность изложения;

— обоснованность каждого вывода фактическими данными, изложенными в протокольной части документа;

— соблюдение пределов компетенции судебно-медицинского эксперта.

В каждом конкретном случае с учетом обстоятельства дела и выявленных при исследовании трупа особенностей, эксперт, проявляя инициативу, может сделать выводы и по не поставленным ему вопросам.

Ответы эксперта на вопросы могут быть изложены в форме категорического, либо вероятностного (предположительного) суждения. Категорическое суждение может быть положительным или отрицательным.

Возможны случаи, когда эксперт по тем или иным причинам не может ответить на поставленный вопрос, например при далеко зашедших гнилостных изменениях трупа. Нередко это имеет место, когда исследуется труп, поступивший из стационара и признаки повреждения вследствие хирургических манипуляций или заживления на трупе не выражены или изменены, а описание в истории болезни отсутствует. Во всех этих случаях эксперт должен привести мотивированное объяснение невозможности решения вопросов.

**4. Самоконтроль по тестовым заданиям данной темы**

1. ТЕРМИНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

1) критическим падением артериального давления

2) судорогами

3) нарушением сна

4) нарушением всасывания в кишечнике

5) дезориентацией в месте и времени

Правильный ответ: 1 ПК -5

1. ОБЪЕКТИВНЫМ ПРИЗНАКОМ БИОЛОГИЧЕСКОЙ СМЕРТИ ЯВЛЯЕТСЯ

1) головная боль

2) понижение температуры тела до 36 градусов

3) отсутствие реакции зрачков на свет

4) трупные пятна и трупное окоченение

5) гнилостные изменения

Правильный ответ: 3 ПК -5

1. КЛИНИЧЕСКИМИ КРИТЕРИЯМИ «СМЕРТИ МОЗГА» ПРИНЯТО СЧИТАТЬ

1) полную потерю речи

2) нарушение сна

3) исчезновение любых видов рефлексов и реакции на внешние раздражители

4) дезориентацию в месте и времени

5) полную потерю слуха

Правильный ответ: 3 ПК -5

1. РАЗЛИЧНЫЕ ПРИЧИНЫ СМЕРТИ МОГУТ

1) ускорять или замедлять развитие посмертных изменений

2) не оказывать влияния на посмертные изменения

3) связь усматривается только в случаях скоропостижной смерти

4) связь усматривается только при определенных обстоятельствах

5) связь усматривается только в случаях травмы

Правильный ответ: 1 ПК -5

1. СУПРАВИТАЛЬНЫЕ РЕАКЦИИ ОРГАНОВ И ТКАНЕЙ, ИМЕЮЩИЕ ЗНАЧЕНИЕ ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ДАВНОСТИ СМЕРТИ

1) механическая возбудимость мышц

2) пергаментные пятна на коже

3) трупные пятна

4) «пятна Лярше»

5) симптом кошачьего глаза (феномен Белоглазова)

Правильный ответ: 1 ПК -5

1. ПРОБА НА ВОЗДУШНУЮ ЭМБОЛИЮ СЧИТАЕТСЯ ПОЛОЖИТЕЛЬНОЙ, ЕСЛИ ИЗ СЕРДЦА, ПРОКОЛОТОГО ПОД ВОДОЙ, ЗАЛИТОЙ В ОКОЛОСЕРДЕЧНУЮ СОРОЧКУ, ВЫДЕЛЯЮТСЯ ПУЗЫРЬКИ ГАЗА

1) из левых его отделов

2) из правых его отделов

3) из правых и левых отделов

4) из дуги аорты

5) из полых вен

Правильный ответ: 2 ПК -5

1. В КОМПЕТЕНЦИЮ СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКОГО ЭКСПЕРТА ВХОДИТ УСТАНОВЛЕНИЕ СОСТОЯНИЙ, ПРЕДШЕСТВОВАВШИХ СМЕРТИ

1) острота зрения

2) степень переваривания пищи

3) наличие сопутствующих заболеваний

4) выраженность производительной способности

5) половое сношение

Правильный ответ: 3 ПК -5

8. ОДЕЖДА, ОСТАВШАЯСЯ ПОСЛЕ ИССЛЕДОВАНИЯ (ЭКСПЕРТИЗЫ) ТРУПА, В СЛУЧАЯХ НАСИЛЬСТВЕННОЙ СМЕРТИ

1) уничтожается

2) выдается родственникам вместе с телом

3) передается следователю

4) сдается в камеру хранения

5) хранится в архиве морга

Правильный ответ: 3 ПК -5

9. ОБНАРУЖЕНИЕ ПРИ ИССЛЕДОВАНИИ ТРУПА В ПРОСВЕТАХ КРУПНЫХ СОСУДОВ И В ПОЛОСТЯХ СЕРДЦА РЫХЛЫХ КРАСНЫХ СВЕРТКОВ КРОВИ СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ О

1) коротком агональном периоде

2) смерти от инфаркта миокарда

3) длительной агонии

4) смерти от хронической ишемической болезни

5) смерти без агонального периода

Правильный ответ: 1 ПК -5

10. ПРОБА НА ВОЗДУШНУЮ ЭМБОЛИЮ ПРОВОДИТСЯ

1) во всех случаях скоропостижной смерти

2) при травматизации крупных артерий

3) подозрении на смерть от отравления

4) при подозрении на воздушную эмболию

(при внутривенных введениях)

5) в случаях наличия перелома кости

Правильный ответ: 4 ПК -5

**5. Самоконтроль по ситуационным задачам.**

Задача №1. (УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-5, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10)

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 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 №2. (УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-5, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10)

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, буровато-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 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 ¾ 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?

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

5. Страдал ли хроническими заболеваниями?

Задача № 3. (УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-5, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10)

ИССЛЕДОВАНИЕ ПРОВОДИТСЯ ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ПРИЧИНЫ СМЕРТИ.

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?

Задача №4. (УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-5, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10)

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, температура печени 38,1, 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 4секунды. 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 кровенаполнена; 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 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?

1. Принимал ли незадолго до смерти алкоголь, если да, то какова степень алкогольного опьянения?
2. Страдал ли хроническими заболеваниями?

Задача №5. (УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-5, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10)

ИССЛЕДОВАНИЕ ПРОВОДИТСЯ ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ПРИЧИНЫ СМЕРТИ.

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 сливкообразной 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?

Эталон № 1.

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 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 пункту 9 раздела №2 приказа МЗиСР №194н от 24.04.2008г 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 № 2.

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.

1. 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.
2. 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 пункту 9 раздела №2 приказа МЗиСР №194н от 24.04.2008г 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 № 3.

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.

Эталон № 4.

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, температура печени 38,1, 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 4секунды.) 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 № 5.

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.

**6. Перечень практических умений по изучаемой теме**

(УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-5, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10);

- установить причину смерти;

- провести судебно-медицинское исследование трупа при различных видах насильственной смерти;

- определить степень тяжести телесных повреждений;

- установить причинно-следственную связь между повреждением и неблагоприятным исходом;

**7. Рекомендации по выполнению НИР**

Примерная тематика по НИР по теме - не предусмотрена.

**8. Рекомендованная литература по теме занятия (обязательная, дополнительная, электронные ресурсы, включая законодательные и нормативно-правовые документы)**

**Занятие № 8**

**1. Индекс: ОД.О.01.1.3.8** **Тема: «Организационные вопросы судебно-медицинского исследования».**

**2. Форма организации занятия:** подготовка к практическому занятию.

**3. Перечень вопросов для самоподготовки по теме практического занятия**

1.Организация судебно-медицинского исследования? (УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-5, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10)

ОТВЕТ: После осмотра трупа на месте его обнаружения, из лечебного учреждения в случаях насильственной смерти, или иного места, в котором обнаружен труп (или его останки), он направляется в бюро СМЭ для вскрытия. В некоторых случаях вскрытие производится в патологоанатомическом морге, в исключительном случае — в приспособленном помещении или на открытой местности, где следователь должен обеспечить эксперту необходимые для работы условия.

Регламентация судебно-медицинской экспертизы трупа приводится в ряде официальных документов, основными из которых являются УПК РФ и «Правила судебно-медицинской экспертизы трупа» (1991). Вскрытие трупа может быть начато только после появления ранних трупных изменений, т.е. не ранее 2—3 часов после смерти. В целях изъятия органа для трансплантации вскрытие начинается раньше, сразу после констатации факта смерти, что делается с участием нескольких врачей (кроме трансплантолога) и судебно-медицинского эксперта, в соответствии с положением МЗ РФ и составлением акта, один экземпляр которого прилагается к заключению эксперта. Все манипуляции с трупом, изъятие органов с разными целями (научными, учебными) производятся только с разрешения и в присутствии судебно-медицинского эксперта, который указывает это в своем документе.

Поступивший труп (одежда и иные предметы) регистрируются и хранится в условиях, препятствующих гниению. Обычно экспертиза проводится одним, а в сложных случаях при повторной экспертизе, двумя или тремя экспертами. Следователь, назначивший экспертизу, вправе присутствовать при ее производстве, а в случаях убийств, в соответствии с указанием Генерального прокурора, обязан лично присутствовать. На вскрытии могут присутствовать врачи и студенты медицинского и юридического вузов.

1. Какова методика и последовательность судебно-медицинского исследования трупа? (УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-5, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10)

ОТВЕТ: Экспертиза трупа начинается с ознакомления с постановлением о назначении экспертизы, протоколом осмотра места происшествия, подлинником истории болезни и другими документами, что позволяет ему составить план исследования трупа.

Вначале исследуется одежда, обувь и предметы, доставленные с трупом. Исследование трупа начинают с определения по внешним признакам пола, возраста, телосложения, степени упитанности, измерения длины тела и при необходимости массы. Затем проводится наружный осмотр трупа, сверху вниз, и подробное описание. Особое внимание уделяется трупным изменениям, повреждениям, индивидуальным особенностям. Нередко кроме описания делается зарисовка на контурных схемах, масштабная фотография трупа и отдельных повреждений. В необходимых случаях берутся мазки и выделения для лабораторного исследования.

После этого начинается внутреннее исследование трупа, которое обязательно включает вскрытие полостей черепа, грудной и брюшной, а при необходимости также шеи, конечностей и суставов, позвоночного канала. Существуют различные технические методы вскрытия, но обычно пользуются методом Шора, когда весь орга-нокомплекс грудной и брюшной полостей изымается целиком. Исследуется и измеряется каждый орган снаружи и на разрезе, отмечаются выявленные особенности. При подозрении на криминальный аборт, воздушную эмболию, пневмоторакс при вскрытии используются дополнительные методы. При некоторых видах смерти требуется соблюдать некоторые особенности, о чем будет сказано ниже.

Однако довольно часто визуального исследования бывает недостаточно для выявления тех или иных данных. В таких случаях берут орган и ткани для лабораторного исследования. Это делается по определенным Правилам, изданным под грифом Главного судебно-медицинского эксперта РФ.

1. С какой целью составляется судебно-медицинский диагноз и какие к нему предъявляются требования? (УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-5, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10)

ОТВЕТ: Судебно-медицинский диагноз — специальное заключение о сущности повреждения (заболевания), состоянии обследуемого или о причине смерти, составленное на основании судебно-медицинской экспертизы для решения специальных вопросов, возникающих в судебно-ме-дицинской практике.

К судебно-медицинскому диагнозу приступают после сбора всех видов информации, полученных как во время секции, так и после проведения лабораторных исследований. Он служит основой для составления выводов и помешается отдельно между исследовательской частью заключения (акта) и выводами (заключением).

Судебно-медицинский диагноз позволяет собрать воедино, обобщить, осмыслить и проанализировать данные, обнаруженные на вскрытии и при дополнительных исследованиях. В нем не следует допускать описаний. Судебно-меди-цинский диагноз —единственный раздел, в котором используются медицинские термины. Однако их следует разъяснять для судебно-следственных работников. При составлении судебно-медицинского диагноза необходимо обязательное применение принципа установления причинно-следственных связей в развитии повреждения или патологического процесса, обусловившего смерть с учетом развившихся осложнений.

Следует подчеркнуть основные требования к судебно-медицинскому диагнозу. Это полнота изложения, включая такие «мелочи», как царапина, запах, загрязнения и т. п.; перечисление изменений без каких-либо оценок и выводов, судебно-медицинская направленность.

Судебно-медицинский диагноз составляется сразу после вскрытия трупа и получения результатов лабораторных исследований, подписывается экспертом и используется при заполнении «Врачебного свидетельства о смерти» — документа, необходимого для получения разрешения на похороны.

1. Какие требования предъявляются к выводам заключения эксперта? (УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-5, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10)

ОТВЕТ: Выводы (заключение) — третья часть судебно-медицинского документа, начинается с перечисления тех данных, на которых основывается   
эксперт, отвечая на поставленные перед ним вопросы. При этом вначале дается ссылка на данные исследования самого трупа, а затем на дополнительные методы исследования и медицинские документы. Подчеркивается, что выводы делаются в соответствии с поставленными вопросами. Основными требованиями к ним являются:

— научная обоснованность;

— полнота и конкретность;

— однозначность формулировки;

— простота и ясность изложения;

— обоснованность каждого вывода фактическими данными, изложенными в протокольной части документа;

— соблюдение пределов компетенции судебно-медицинского эксперта.

В каждом конкретном случае с учетом обстоятельства дела и выявленных при исследовании трупа особенностей, эксперт, проявляя инициативу, может сделать выводы и по не поставленным ему вопросам.

Ответы эксперта на вопросы могут быть изложены в форме категорического, либо вероятностного (предположительного) суждения. Категорическое суждение может быть положительным или отрицательным.

Возможны случаи, когда эксперт по тем или иным причинам не может ответить на поставленный вопрос, например при далеко зашедших гнилостных изменениях трупа. Нередко это имеет место, когда исследуется труп, поступивший из стационара и признаки повреждения вследствие хирургических манипуляций или заживления на трупе не выражены или изменены, а описание в истории болезни отсутствует. Во всех этих случаях эксперт должен привести мотивированное объяснение невозможности решения вопросов.

**4. Самоконтроль по тестовым заданиям данной темы**

1. ТЕРМИНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

1) критическим падением артериального давления

2) судорогами

3) нарушением сна

4) нарушением всасывания в кишечнике

5) дезориентацией в месте и времени

Правильный ответ: 1 ПК-5

2. ОБЪЕКТИВНЫМ ПРИЗНАКОМ БИОЛОГИЧЕСКОЙ СМЕРТИ ЯВЛЯЕТСЯ

1) головная боль

2) понижение температуры тела до 36 градусов

3) отсутствие реакции зрачков на свет

4) трупные пятна и трупное окоченение

5) гнилостные изменения

Правильный ответ: 3 ПК-5

3. КЛИНИЧЕСКИМИ КРИТЕРИЯМИ «СМЕРТИ МОЗГА» ПРИНЯТО СЧИТАТЬ

1) полную потерю речи

2) нарушение сна

3) исчезновение любых видов рефлексов и реакции на внешние раздражители

4) дезориентацию в месте и времени

5) полную потерю слуха

Правильный ответ: 3 ПК-5

4. РАЗЛИЧНЫЕ ПРИЧИНЫ СМЕРТИ МОГУТ

1) ускорять или замедлять развитие посмертных изменений

2) не оказывать влияния на посмертные изменения

3) связь усматривается только в случаях скоропостижной смерти

4) связь усматривается только при определенных обстоятельствах

5) связь усматривается только в случаях травмы

Правильный ответ: 1 ПК-5

5. СУПРАВИТАЛЬНЫЕ РЕАКЦИИ ОРГАНОВ И ТКАНЕЙ, ИМЕЮЩИЕ ЗНАЧЕНИЕ ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ДАВНОСТИ СМЕРТИ

1) механическая возбудимость мышц

2) пергаментные пятна на коже

3) трупные пятна

4) «пятна Лярше»

5) симптом кошачьего глаза (феномен Белоглазова)

Правильный ответ: 1 ПК-5

6. ПРОБА НА ВОЗДУШНУЮ ЭМБОЛИЮ СЧИТАЕТСЯ ПОЛОЖИТЕЛЬНОЙ, ЕСЛИ ИЗ СЕРДЦА, ПРОКОЛОТОГО ПОД ВОДОЙ, ЗАЛИТОЙ В ОКОЛОСЕРДЕЧНУЮ СОРОЧКУ, ВЫДЕЛЯЮТСЯ ПУЗЫРЬКИ ГАЗА

1) из левых его отделов

2) из правых его отделов

3) из правых и левых отделов

4) из дуги аорты

5) из полых вен

Правильный ответ: 2 ПК-5

7. В КОМПЕТЕНЦИЮ СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКОГО ЭКСПЕРТА ВХОДИТ УСТАНОВЛЕНИЕ СОСТОЯНИЙ, ПРЕДШЕСТВОВАВШИХ СМЕРТИ

1) острота зрения

2) степень переваривания пищи

3) наличие сопутствующих заболеваний

4) выраженность производительной способности

5) половое сношение

Правильный ответ: 3 ПК-5

8. ОДЕЖДА, ОСТАВШАЯСЯ ПОСЛЕ ИССЛЕДОВАНИЯ (ЭКСПЕРТИЗЫ) ТРУПА, В СЛУЧАЯХ НАСИЛЬСТВЕННОЙ СМЕРТИ

1) уничтожается

2) выдается родственникам вместе с телом

3) передается следователю

4) сдается в камеру хранения

5) хранится в архиве морга

Правильный ответ: 3 ПК-5

9. ОБНАРУЖЕНИЕ ПРИ ИССЛЕДОВАНИИ ТРУПА В ПРОСВЕТАХ КРУПНЫХ СОСУДОВ И В ПОЛОСТЯХ СЕРДЦА РЫХЛЫХ КРАСНЫХ СВЕРТКОВ КРОВИ СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ О

1) коротком агональном периоде

2) смерти от инфаркта миокарда

3) длительной агонии

4) смерти от хронической ишемической болезни

5) смерти без агонального периода

Правильный ответ: 1 ПК-5

10. ПРОБА НА ВОЗДУШНУЮ ЭМБОЛИЮ ПРОВОДИТСЯ

1) во всех случаях скоропостижной смерти

2) при травматизации крупных артерий

3) подозрении на смерть от отравления

4) при подозрении на воздушную эмболию

(при внутривенных введениях)

5) в случаях наличия перелома кости

Правильный ответ: 4 ПК-5

**5. Самоконтроль по ситуационным задачам**

Задача №1. (УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-5, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10)

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 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 №2. (УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-5, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10)

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, буровато-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 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 ¾ 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 № 3. (УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-5, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10)

ИССЛЕДОВАНИЕ ПРОВОДИТСЯ ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ПРИЧИНЫ СМЕРТИ.

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?

Задача №4. (УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-5, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10)

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, температура печени 38,1, 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 4секунды. 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 кровенаполнена; 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 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 №5. (УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-5, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10)

ИССЛЕДОВАНИЕ ПРОВОДИТСЯ ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ПРИЧИНЫ СМЕРТИ.

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 сливкообразной 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?

1. Какова давность наступления смерти?
2. Имеются ли на трупе повреждения, прижизненность, давность, связь с наступлением смерти, степень тяжести?
3. Принимал ли незадолго до смерти алкоголь, если да, то какова степень алкогольного опьянения?
4. Страдал ли хроническими заболеваниями?

Эталон № 1

* + - 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 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 пункту 9 раздела №2 приказа МЗиСР №194н от 24.04.2008г 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 № 2.

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.

1. 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.
2. 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 пункту 9 раздела №2 приказа МЗиСР №194н от 24.04.2008г расценивается как повреждение, не причинившее вред здоровью человека.
3. При судебно-химическом исследовании в крови и моче этиловый спирт не обнаружен.
4. При исследовании трупа обнаружено хроническое заболевание: Хронический бронхит, эмфизема.

Эталон № 3.

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.

Эталон № 4.

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, температура печени 38,1, 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 4секунды.) 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 № 5.

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.

**6. Перечень практических умений по изучаемой теме**

(УК-1, УК-2, УК-3, ПК-5, ПК-6, ПК-10)

- установить причину смерти;

- провести судебно-медицинское исследование трупа при различных видах насильственной смерти;

- определить степень тяжести телесных повреждений;

- установить причинно-следственную связь между повреждением и неблагоприятным исходом;

**7. Рекомендации по выполнению НИР**

Примерная тематика по НИР по теме - не предусмотрена.

**8. Рекомендованная литература по теме занятия (обязательная, дополнительная, электронные ресурсы, включая законодательные и нормативно-правовые документы)**

**Занятие № 9**

**1. Инндекс: ОД.О.01.1.3.9 Тема: «Исследование одежды при судебно- медицинском исследовании трупа».**

**2. Форма организации занятия:** подготовка к практическому занятию.

**3. Перечень вопросов для самоподготовки по теме практического занятия**

1. Категории смерти? (УК-1, УК-2, УК-3, ПК-5, ПК-6, ПК-10)

ОТВЕТ: Категории смерти: насильственная и ненасильственная.

Род насильственной смерти:

а) убийство – смерть, обусловленная неправомерным лишением жизни одним лицом по отношению к другому;

б) самоубийство – применено преднамеренное лишение жизни себя самим;

в) несчастный случай, когда смерть наступает при непредвиденно возникших обстоятельствах.

Определение категории и вида смерти проводится экспертом, определение рода смерти является компетенцией органов правосудия. Помощь в решении вопроса о роде смерти (убийство, самоубийство) оказывает эксперт, решая вопросы: причинено повреждение собственной рукой или рукой постороннего человека, наличие признаков борьбы и самообороны.

2. Экспертиза в случае преступлений против жизни и здоровья личности? (УК-1, УК-2, УК-3, ПК-5, ПК-6, ПК-10)

ОТВЕТ: При экспертизе в случае преступлений против жизни и здоровья личности необходимо установить степень вреда, причиненного здоровью человека, т.е. прежде всего надо определить прижизненные или посмертные (реанимационные мероприятия, небрежная транспортировка, расчленение, действие высокой и низкой температур, повреждения животными и пр.). Нужно знать совокупность местных и общих признаков, указывающих на прижизненность образования повреждений. Местные признаки: реактивный отек тканей, группирование лейкоцитов, тромбозы мелких сосудов, некроз клеточных элементов, сокращение поврежденных мышц, различная ферментативная активность в тканях по центру и периферии повреждений. Общие: кровотечение из сосудов (струйное из артерий дает следы от брызг крови; обширные кровоизлияния в окружности переломов; кровоизлияния в полости со сгустками, общее малокровие, наличие газовых, жировых, тканевых эмболов; обширные лужи свернувшейся крови. При травме системы внешнего дыхания – аспирация крови, пищевых масс, жидких и твердых тел, заглатывании и продвижение по желудочно-кишечному тракту крови, частиц инородных тел; появление миоглобина в почечных канальцах, моче; в лимфатической системе – эритроциты, эритрофагия в региональных лимфоузлах.

3. Трупные пятна? (УК-1, УК-2, УК-3, ПК-5, ПК-6, ПК-10)

ОТВЕТ: После прекращения кровообращения кровь и другие жидкости под действием силы тяжести перемещаются в нижележащие отделы, переполняются венозные сосуды; в силу повышенной проницаемости стенок сосудов кровь просачивается за пределы сосудов и скапливается в тканях, придавая им и кожным покровам соответствующую окраску. Судебно-медицинское значение цвета трупного пятна: ярко-красные при отравлении окисью углерода, вишневые – отравление цианистыми соединениями; ярко-розовый у трупов, находившихся на холоде за счет окисления гемоглобина кислородом воздуха и т.д. Трупные пятна обнаруживаются в нижележащих отделах тела, что дает возможность решать вопрос о положении тела в пространстве. Изучая стадии развития трупного пятна, решается вопрос о давности наступления смерти; само по себе трупное пятно является достоверным признаком смерти. Насыщенные багрово-синие трупные пятна указывают на признаки острой асфиктической смерти, очаговые – наблюдаются при кровопотере. У детей кожа выполняет дыхательную функцию, и имеют широкие концевые капилляры, и трупные пятна под влиянием оксигенации розовато-красные. Также отмечено, что в ряде случаев трупные пятна отмечаются в атипичных местах (лежит на спине, трупные пятна на грудной клетке).

4. Действия эксперта при судебно-медицинской экспертизе трупа? (УК-1, УК-2, УК-3, ПК-5, ПК-6, ПК-10)

ОТВЕТ:

- ознакомление с представленной документацией;

- планирование экспертизы трупа;

- наружное исследование трупа;

- внутреннее исследование трупа;

- изъятие биологического материала;

- оформление протокольной части Заключения эксперта;

- составление судебно-медицинского диагноза;

- оформление врачебного свидетельства о смерти;

- оформление запросов о предоставлении материалов;

- дополнительные исследования изъятого биологического материала;

- комплексная оценка с внесением в исследовательскую часть Заключения эксперта результатов исследовании трупа, лабораторных исследований и данных из представленных материалов;

- оформление выводов Заключения эксперта.

Изложенная общая схема последовательности действий эксперта в каждом конкретном случае может изменяться, уточняться или дополняться.

**4. Самоконтроль по тестовым заданиям данной темы**

1. В СЛУЧАЯХ ПОДОЗРЕНИЯ НА СМЕРТЬ ОТ ВОЗДУШНОЙ ЭМБОЛИИ СЕРДЦЕ ВСКРЫВАЮТ

1) на месте (до извлечения органокомплекса)

2) после извлечения органокомплекса, исследуя органы его передней поверхности

3) по усмотрению эксперта

4) по указанию следователя

5) по указанию заведующего отделением

Правильный ответ: 1 ПК-5

1. ИССЛЕДОВАНИЕ ВСЕГО ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА ПРИ ЭКСПЕРТИЗЕ ТРУПА

1) может не проводиться в зависимости от причины смерти

2) является обязательным

3) обязательно только при экспертизе трупов плодов новорожденных

4) при подозрении на патологию со стороны ЖКТ

5) обязательно только в случаях насильственной смерти

Правильный ответ: 2 ПК-5

1. РОД НАСИЛЬСТВЕННОЙ СМЕРТИ (УБИЙСТВО, САМОУБИЙСТВО, НЕСЧАСТНЫЙ СЛУЧАЙ) СУДМЕДЭКСПЕРТ ОПРЕДЕЛЯЕТ

1) только при очевидных обстоятельствах

2) если соответствующий вопрос задан следователем

3) вопрос выходит за пределы его компетенции

4) при соответствующем вопросе судьи

5) только по просьбе родственников умершего

Правильный ответ: 3 ПК-5

1. ПОВОДОМ К СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЕ ТРУПА ЯВЛЯЕТСЯ

1) задолженность по ЖКХ

2) наличие беременности

3) умерший в стационаре при установленном диагнозе заболевания

4) отсутствие девственной плевы

5) умерший насильственной смертью

Правильный ответ: 5 ПК-5

1. ПОВОДОМ ДЛЯ СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ ТРУПА ЯВЛЯЕТСЯ СМЕРТЬ

1) взрослого человека, умершего в стационаре при установленном диагнозе

2) лица в машине скорой помощи, приемном покое больницы

3) девушки при наличии девственной плевы

4) ребенка, умершего в стационаре при установленном диагнозе

5) женщины при отсутствии девственной плевы

Правильный ответ: 2 ПК-5

1. ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ АНТИГЕННОЙ ХАРАКТЕРИСТИКИ ГНИЛОСТНО-ИЗМЕНЕННОГО ТРУПА ИСПОЛЬЗУЕТСЯ

1) кость (костные опилки)

2) мышечная ткань

3) мозг

4) кровь

5) почка

Правильный ответ: 1 ПК-5

1. МАТЕРИАЛ ДЛЯ БАКТЕРИОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ НАИБОЛЕЕ ЦЕЛЕСООБРАЗНО НАПРАВЛЯТЬ ПРИ ДАВНОСТИ СМЕРТИ

1) от 12 до 24 часов

2) до 3-х суток при отсутствии признаков гниения

3) свыше 3-х суток

4) временные границы не установлены

5) свыше 5-ти суток

Правильный ответ: 1 ПК-5

1. ЖУРНАЛ, КОТОРЫЙ ДОЛЖЕН БЫТЬ В ТАНАТОЛОГИЧЕСКОМ ОТДЕЛЕ (МОРГЕ) БЮРО СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ

1) журнал регистрации «Медицинских свидетельств о смерти»

2) журнал регистрации трупов

3) журнал регистрации протоколов «Осмотра трупа»

4) журнал регистрации «Карт исследования трупа»

5) журнал регистрации захоронений не востребованных трупов

Правильный ответ:2 ПК-5

1. ПОДМЕНЯТЬ «ЗАКЛЮЧЕНИЕ ЭКСПЕРТА» ИЛИ «АКТ МЕДИЦИНСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ» СПРАВКАМИ, ВЫПИСКАМИ И ПРОЧИМИ ДОКУМЕНТАМИ

1) разрешено

2) не разрешено

3) в отдельных случаях

4) в случаях массовых катастроф

5) при объявлении в регионе эпидемии особо опасной инфекции

Правильный ответ: 2 ПК-5

1. ПОВОДОМ К СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЕ ТРУПА ЯВЛЯЕТСЯ

1) задолженность по ЖКХ

2) наличие беременности

3) умерший в стационаре при установленном диагнозе заболевания

4) отсутствие девственной плевы

5) умерший насильственной смертью

Правильный ответ: 5 ПК-5

**5. Самоконтроль по ситуационным задачам**

Задача № 1. (УК-1, УК-2, УК-3, ПК-5, ПК-6, ПК-10)

16.01.2007г., в доме произошло возгорание, в результате чего, после тушения пожара в доме был обнаружен труп гр-ки А., 1974г.р. Кожные покровы холодные, влажные. Трупные пятна разлитые, ярко-розового цвета, расположены на переднебоковых поверхностях тела, при дозированном надавливании не исчезают и цвета не меняют. Феномен идиомускулярной опухоли в виде вмятины. Трупное окоченение выражено во всех исследуемых группах мышц. Внутрипеченочная температура 23оС. Рот закрыт, слизистая губ серо-розовая, язык за линией зубов. Отмечается обильное наложение копоти черного цвета в области носовых ходов, на всей поверхности лица и волосистой части головы. На верхнем веке правого глаза овальный синюшно-фиолетовый кровоподтек, размером 1,9х2,3см. Скелетные мышцы светло-красного цвета влажные, блестящие. Сердце плотноватое на ощупь, размером 12,0х10,0х6,0см, массой 350гр. На разрезах полости не расширены, в них отмечается жидкая светло-красная кровь. В просвете трахеи небольшое количество сероватой слизи, с примесью черной копоти, слизистая розоватого цвета, влажная, гладкая, блестящая. Легкие тестоватые на ощупь, с многочисленными участками повышенной воздушности, с поверхности светло-красного цвета. В крови и моче обнаружен этиловый алкоголь в концентрации 2,1 и 3,5 промилле соответственно. Обнаружен карбоксигемоглобин в крови 66,5%.

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. (УК-1, УК-2, УК-3, ПК-5, ПК-6, ПК-10)

02.08.2009г., в помещении между гр-ном К., 1981г.р., и неизвестным молодым человеком возникла ссора. В результате возникшей ссоры неизвестный молодой человек нанес неустановленным предметом удар в область шеи гр-ну К., в результате чего гр-н К., умер на месте происшествия. Кожные покровы сероватого цвета, тепловатые на ощупь; определяются обильные потеки буро-красной, подсохшей жидкости, на передней поверхности шеи, распространяющиеся на переднюю поверхность грудной клетки и живота. Трупные пятна островчатые, багрово-синюшные, ненасыщенные, расположены на задней поверхности туловища, при дозированном надавливании исчезают и восстанавливают свой цвет через 20 секунд. Трупное окоченение хорошо выражено в мышцах лица и верхних конечностях. Феномен идиомускулярной опухоли в виде тяжа высотой 1,0см. Внутрипеченочная температура 34,2оС. На левой переднебоковой поверхности шеи располагается линейная косо-вертикальная с ровными кровоподтечными краями, с острыми концами, длиной при сведенных краях 7,2см, в дне раны видны кровоподтечные мягкие ткани, пересеченные сосудисто-нервный пучок и кивательные мышцы. Мышцы шеи, груди и живота красно-коричневого цвета, малокровные. Имеется темно-красное студневидное кровоизлияние, располагающееся в мягких тканях шеи на уровне повреждения. При ревизии на уровне кровоизлияния по ходу раневого канала обнаружено линейное горизонтальное повреждение передненаружной стенки общей сонной артерии справа, края повреждения ровные, концы острые. Легкие тестовато-воздушной консистенции на ощупь, с поверхности серо-синюшного цвета с множеством темно-красных, неправильно-овальных кровоизлияний, располагающихся под легочной плеврой по задней поверхности всех долей правого и левого легких. Сердце конусовидной формы, плотное на ощупь, имеются слабо выраженные полосовидные кровоизлияния располагающиеся под эндокардом левого желудочка. Почки парные, бобовидные, на разрезе красно-коричневого цвета, малокровные, границы между корковым и мозговым слоями прослеживаются. Печень желто-коричневого цвета, мелкозернистая с поверхности, на разрезе ткань ее желто-коричневая, малокровная, с четкой структурой. В крови обнаружен этиловый алкоголь в концентрации 0,4 промилле, в моче этиловый алкоголь не обнаружен. Гистологически: резкое малокровие органов, мультилобулярный цирроз печени.

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. (УК-1, УК-2, УК-3, ПК-5, ПК-6, ПК-10)

23.01.2010г., со слов мужчины его жена гр-ка С., 1970г.р., во время обеда резко начала кашлять, задыхаться, после чего упала и до приезда «бригады скорой помощи» умерла. Кожные покровы бледного цвета, теплые на ощупь. Отмечается одутловатость и синюшность лица. Глаза закрыты, склеры и соединительные оболочки глаз с резко полнокровными расширенными сосудами, с единичными темно-красными кровоизлияниями. Трупные пятна разлитые, багрово-синюшного цвета, расположены на задней поверхности туловища, при дозированном надавливании исчезают и восстанавливают свой цвет через 18 секунд. Трупное окоченение хорошо выражено в мышцах нижней челюсти. Феномен идиомускулярной опухоли в виде валика высотой 1,5см. Внутрипеченочная температура 35,0оС. Заднепроходное отверстие сомкнуто, кожа промежности обпачкана темно-коричневыми каловыми массами. В левой височной области полосовидная ссадина с багровым подсохшим дном ниже уровня кожи, размером 1,3х2,5см. Произведено выделение органокомплекса шеи, после выделения обнаружен инородный предмет красновато-коричневого цвета- кусок «мяса с прослойками сала», размером 3,2х4,0х3,1см, полностью перекрывающий вход в гортань. Просвет трахеи и главных бронхов свободен, слизистая их серая, блестящая, влажная. Легкие эмфизематозно вздуты, с поверхности багрово-синюшного цвета с множеством мелкоточечных, темно-красных кровоизлияний, располагающихся под легочной плеврой. На разрезе ткань легких темно-вишневого цвета, сосудистый и бронхиальный рисунок выражен, при надавливании с поверхности разреза стекает обильное количество темно-красной, жидкой крови с примесью пены, просвет бронхов свободен на всем протяжении. В просвете аорты темно-красная, жидкая кровь. Желчный пузырь грушевидной формы, содержит в себе около 15мл зеленовато-желтого цвета желчи, а также, шесть округлых, черных, каменной плотности конкрементов, размером от 0,3х0,3х0,3 до 0,4,х0,5х0,4см. В крови и в моче этиловый алкоголь не обнаружен. Гистологически: в легком альвеолярный отек и редкие мелкие внутриальвеолярные 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.

Задача № 4. (УК-1, УК-2, УК-3, ПК-5, ПК-6, ПК-10)

24.06.2009г., в своей квартире лежащим на полу обнаружен труп гр-на Н., без признаков насильственной смерти. Рядом с трупом лежит инсулиновый шприц с остатками бурого вещества и пустая бутылка из под водки. Кожные покровы бледные, холодные. Трупные пятна разлитые синюшно-фиолетового цвета, расположены на задне­боковых поверхностях тела, при дозированном надавливании цвета не меняют. Трупное окоченение выражено во всех группах исследуемых мышц. Феномен идиомускулярной опухоли в виде вмятины. Внутрипеченочная температура 21оС. Лицо одутловатое, синюшное. На тыльной поверхности левой кисти округлый синюшно-фиолетовый кровоподтек, размером 5,0х5,5см. Ткань мозга отеч­ная, серое вещество выбухает над бе­лым. На полушариях мозжечка отчетливо видны участки полулун­ных вдавле­ний, отображающих большое за­тылочное отверстие. Легкие с поверхности повышенной воздушности, пестрые. Под легочной плеврой имеются в большом количестве мелкоточечные кровоизлияния, с преимущественным расположением в прикорневой зоне обоих легких. В моче­вом пузыре около 140мл прозрач­ной светло-желтой мочи. 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. Печень желтовато-зеленоватая с поверхности, тусклая. Ложе желчного пузыря резко отечное, в виде студневидной прокладки, прилежа­щая часть печени на этом участке имеет темно-красный цвет. В крови и моче обнаружен этиловый алкоголь в концентрации 3,0 и 1,9 промилле соответственно. Обнаружен общий морфин в концентрации: в желчи- 32,96мкг/мл, в крови- 0,09мкг/мл. Гистологически: Хронический персистирующий гепатит. Выраженный отек головного мозга. Полнокровие внутренних органов.

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. (УК-1, УК-2, УК-3, ПК-5, ПК-6, ПК-10)

01.02.2011г., в подъезде строящегося дома лежащим на лестничной площадке одетым в легкую осеннюю одежду в позе «эмбриона» обнаружен неизвестный мужчина без внешних признаков насильственной смерти. Кожные покровы бледные, холодные на ощупь. Отмечается ознобление кожных покровов по типу «гусиной кожи», а также, промерзание кожных покровов в области кистей и лица трупа. Яички подтянуты в мошонке. Трупные пятна разлитые, насыщенные, багрово-розового цвета, расположены на задне-боковых поверхностях туловища и конечностей, при дозированном надавливании бледнеют и восстанавливают свой цвет через 46 секунд. Феномен идиомускулярной опухоли в виде вмятины. Трупное окоченение хорошо выражено во всех группах обычно исследуемых мышц. Внутрипеченочная температура 18оС. Кожа лица одутловатая, с розоватым оттенком. На кончике носа, в лобной области по срединной линии, на ладонных поверхностях обеих кистей множественные мелкие хаотично расположенные ссадины, с ярко-красным подсохшим дном ниже уровня кожи. В просвете мочевого пузыря 430мл светло-желтой прозрачной мочи. Отмечается переполнение правой половины сердца жидкой красной кровью. В просвете желудка умеренное количество стекловидных прозрачных масс. Печень желтовато-глинистого цвета. В крови и моче обнаружен этиловый алкоголь в концентрации 1,0 и 2,9 промилле соответственно. Гистологически: Гепатит «В» в стадии обострения. Отрицательный результат окраски срезов печени на гликоген. Ярко красная окраска эритроцитов в сосудах легкого, почки, печени, сердца.

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.

Эталон № 1.

* + - 1. Смерть наступила в результате острого отравления угарным газом, что подтверждается высоким содержанием карбоксигемоглобина в крови в концентрации 66,5%, розоватой окраской трупных пятен, внутренних органов, наличием алой, жидкой крови в полостях сердца, отеком легких.
      2. Согласно стадии выраженности трупных явлений (трупные пятна разлитые, ярко-розового цвета, цвета не меняют; феномен идиомускулярной опухоли в виде вмятины; трупное окоченение выражено во всех исследуемых группах мышц; внутрипеченочная температура 23оС), смерть ее наступила в пределах не менее 1-х суток на момент проведения экспертизы трупа.
      3. При экспертизе трупа обнаружено повреждение в виде кровоподтека верхнего века правого глаза, которое возникло прижизненно, в пределах не менее 1-3-х суток к моменту наступления смерти, от одного 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 и согласно пункту 9 раздела 2 приказа МЗиСР РФ 194н от 24.04.2008г., расценивается как повреждение, не причинившее вред здоровью человека.
      4. Каких-либо болезненных изменений со стороны внутренних органов при экспертизе трупа не выявлено.
      5. Обнаружен этиловый алкоголь в крови 2,1 промилле и моче 3,5 промилле, что по аналогии с живыми лицами соответствует СРЕДНЕЙ степени алкогольного опьянения в стадии выведения.

Эталон № 2.

Причиной смерти явилась острая кровопотеря, развившаяся в результате проникающего колото-резаного ранения шеи с повреждением мягких тканей и левого сосудисто-нервного пучка, что подтверждается малокровием трупных пятен и внутренних органов, наличием полосовидных кровоизлияний под эндокардом левого желудочка (пятна Минакова), кровоизлияниями в мягкие ткани в области повреждения.

Согласно стадии выраженности трупных явлений (трупные пятна островчатые, багрово-синюшные, восстанавливают свой цвет через 20 секунд, трупное окоченение хорошо выражено в мышцах лица и верхних конечностях, феномен идиомускулярной опухоли в виде тяжа высотой 1,0см, внутрипеченочная температура 34,2оС), смерть его наступила в пределах 4-6-ти часов на момент проведения экспертизы трупа.

При экспертизе трупа обнаружено повреждение в виде проникающего колото-резаного ранения шеи, данное повреждение является прижизненным, что подтверждается наличием кровоизлияний, располагающихся в мягких тканях в области расположения раны, возникла от 1-го воздействия клинка колюще-режущего предмета (орудия, оружия), имеющего острой лезвие и обух, находится в прямой причинно-следственной связи с наступлением смерти и согласно приказу МЗиСР РФ 194н от 24.04.2008г. отнесено к критериям вреда, опасного для жизни человека, что по указанному признаку, согласно правилам «Определения тяжести вреда, причиненного здоровью человека» раздел 6.2.3 (постановление правительства РФ № 522 от 17.08.2007г.) квалифицируется как ТЯЖКИЙ вред здоровью.

При экспертизе трупа обнаружено заболевание- мультилобулярный цирроз печени, которое не состоит в прямой причинно-следственной связи с наступлением смерти.

Обнаружен этиловый алкоголь в концентрации в крови 0,4 промилле, в моче этиловый алкоголь не обнаружен, что по аналогии с живыми лицами соответствует НЕЗНАЧИТЕЛЬНОМУ влиянию алкоголя.

Эталон № 3.

* + - 1. Причиной смерти явилась механическая асфиксия от закрытия просвета дыхательных путей инородным предметом, что подтверждается наличием в просвете гортани пищевого фрагмента-куска мяса, полностью перекрывающего просвет гортани, кровоизлияниями в соединительные оболочки глаз, под плеврой легких, эмфизематозным вздутием легких.
      2. Согласно стадии выраженности трупных явлений (трупные пятна разлитые, багрово-синюшного цвета, восстанавливают свой цвет через 18 секунд, трупное окоченение хорошо выражено в мышцах нижней челюсти, феномен идиомускулярной опухоли в виде валика высотой 1,5см, внутрипеченочная температура 35,0оС), смерть ее наступила в пределах 2-4-х часов на момент проведения экспертизы трупа.
      3. При экспертизе трупа обнаружено повреждение в виде ссадины в левой височной области, данное повреждение является прижизненным, возникло незадолго до наступления смерти, от одного воздействия тупого твердого предмета (предметов) с ограниченной контактирующей поверхностью или при ударе о таковой (таковые), в причинно-следственной связи с наступлением смерти не состоит и согласно пункту 9 раздела 2 приказа МЗиСР РФ 194н от 24.04.2008г расценивается как повреждение, не причинившее вред здоровью человека.
      4. При экспертизе трупа обнаружено заболевание- желчекаменная болезнь, которое не состоит в прямой причинно-следственной связи с наступлением смерти.
      5. При экспертизе трупа признаков указывающих на алкогольное опьянение не обнаружено.

Эталон № 4.

* + - 1. Причиной смерти его явилось сочетанное острое отравление морфином и этиловым спиртом, что подтверждается обнаружением высокой концентрации морфина в желчи и крови, высокой концентрацией этилового спирта в крови и моче, а также характерными изменениями внутренних органов в виде отека ложа желчного пузыря, токсического отека вещества го­ловного мозга, венозного полнокровия внутренних органов, мел­коточечными кровоизлияниями в слизистые и под капсулу на висцеральной поверхности внутренних органов.
      2. Согласно стадии выраженности трупных явлений (трупные пятна разлитые синюшно-фиолетового цвета, цвета не меняют, трупное окоченение выражено во всех группах исследуемых мышц, феномен идиомускулярной опухоли в виде вмятины, внутрипеченочная температура 21 оС), смерть его наступила в пределах не менее 1-х суток на момент проведения экспертизы трупа.
      3. При экспертизе трупа обнаружено повреждение в виде кровоподтека на тыльной поверхности левой кисти, которое возникло прижизненно, в пределах не менее 1-3-х суток к моменту наступления смерти, от одного 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 и согласно пункту 9 раздела 2 приказа МЗиСР РФ 194н от 24.04.2008г., расценивается как повреждение, не причинившее вред здоровью человека.
      4. При экспертизе трупа обнаружено заболевание- хронический персистирующий гепатит, которое не состоит в прямой причинно-следственной связи с наступлением смерти.
      5. Степень алкогольного опьянения не определена, ввиду острого сочетанного отравления. Однако, если бы смерть наступила от других причин, обнаруженная концентрация этилового алкоголя в крови и в моче по аналогии с живыми лицами соответствовала бы СИЛЬНОМУ алкогольному опьянению в стадии всасывания.

Эталон № 5.

* + - 1. Причиной смерти явилось общее переохлаждение организма (гипотермии), что подтверждается: багрово-розовой окраской трупных пятен, озноблением кожных покровов, подтягиванием яичек в мошонке (признак Пупарева), отрицательным результатом окраски срезов печени на гликоген, переполнением мочевого пузыря, наличием стекловидных масс в желудке.
      2. Согласно стадии выраженности трупных явлений (трупные пятна разлитые, насыщенные, багрово-розового цвета, восстанавливают свой цвет через 46 секунд, феномен идиомускулярной опухоли в виде вмятины, трупное окоченение хорошо выражено во всех группах обычно исследуемых мышц, внутрипеченочная температура 18оС), смерть его наступила в пределах не менее 9-12-ти часов на момент проведения экспертизы трупа
      3. При экспертизе трупа обнаружены повреждения в виде множественных ссадин лица и верхних конечностей, которые возникли прижизненно, в пределах не более 12-ти часов 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 состоят и согласно пункту 9 раздела 2 приказа МЗиСР РФ 194н от 24.04.2008г., расцениваются как повреждения, не причинившие вред здоровью человека.
      4. При экспертизе трупа обнаружено заболевание- гепатит «В» в стадии обострения, которое не состоит в прямой причинно-следственной связи с наступлением смерти.
      5. Обнаружен этиловый алкоголь в концентрации в крови 1,0 промилле, в моче 2,9 промилле, что по аналогии с живыми лицами соответствует ЛЕГКОЙ степени алкогольного опьянения в стадии выведения.

**6. Перечень и стандарты практических умений.**

(УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-5, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10)

- установить причину смерти;

- провести судебно-медицинское исследование трупа при различных видах насильственной смерти;

- определить степень тяжести телесных повреждений;

- установить причинно-следственную связь между повреждением и неблагоприятным исходом;

**7. Рекомендации по выполнению НИР**

Примерная тематика по НИР по теме - не предусмотрена.

**8. Рекомендованная литература по теме занятия (обязательная, дополнительная, электронные ресурсы, включая законодательные и нормативно-правовые документы)**

**Занятие № 10**

**1. Индекс: ОД.О.01.1.3.10 Тема: «Исследование полости черепа при судебно-медицинском исследовании трупа. Исследование грудной и брюшной полостей при судебно-медицинском исследовании трупа».**

**2. Форма организации занятия:** подготовка к практическому занятию.

**3. Перечень вопросов для самоподготовки по теме практического занятия**

1. Каковы особенности, возможности и методика судебно-медицинского исследования трупа неизвестного лица? (УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-5, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10)

ОТВЕТ: Порядок осмотра неизвестного трупа уже на месте обнаружения необычен и регламентируется инструкцией МВД «Об организации и тактике установления личности граждан по неопознанным трупам» (1986 г.).

Для установления личности неизвестного человека, то есть отождествления, используются анатомические и функциональные внешние признаки, в том числе по костным останкам, дактилоскопические отпечатки, особенности одежды, медицинские документы, фотоснимки, рентгенограмма, создание фотороботов.

Одежда неопознанных трупов описывается подробно, с указанием размеров, обращается внимание на особенности как снаружи, так и внутри (загрязнения, потертости, разрывы, метки, замену пуговиц, особенности заплаток), позволяющие судить о профессии и индивидуальной принадлежности, наличие этикеток, надписей, содержание карманов (документы, ценности, наркотические или лекарственные вещества). Подробно описываются ювелирные изделия, часы, шпильки, зажимы, дарственные надписи на них. Описывается обувь, ее тип, цвет, размер, особенности, то же касается головного убора. Одежда таких трупов сохраняется и используется при опознании их близкими. Иногда индивидуальные особенности одежды, особенно на резко измененных трупах, имеют важное значение.

Внешние признаки могут быть общими, частными, групповыми и индивидуальными. Эти признаки человека описываются с помощью научно обоснованной системы, которая получила название «словесного портрета».

Указываются такие признаки, как пол человека, телосложение, рост (по длине тела в сантиметрах). Он может быть гигантским (свыше 185 см), высоким, средним, выше среднего, низким, очень низким (до 150 см). Возраст: различают грудной (до года), детский (до 3 лет, до 7 лет, до 12 лет), подростковый (13—16 лет), юношеский (17—21), зрелый (22—59), пожилой (60—75), старческий (свыше 76 лет). Отмечаются особенности кожи. В ее характеристику входят': общий вид (гладкая, шероховатая, матовая, глянцевая, морщинистая); состояние (мягкая, жесткая, эластичная, дряблая, сухая, жирная, шелушащаяся, растрескивающаяся); цвет (розовый, белый, серый, бледный, желтый, темно-коричневый);

индивидуальные особенности (веснушки, бородавки, липомы, лишай, депигментация, родимые и сосудистые пятна, родинки).

При описании головы приводятся: высота (средняя, большая, малая); форма (округлая, овальная, куполообразная, уплощенная); лицо (овальное, округлое, треугольное, квадратное, ромбовидное); полнота (худое, средней полноты, одутловатое, полное); черты лица (средние, крупные, мелкие); указывается цвет волос с учетом имеющейся окраски и посмертного изменения. Далее отмечаются такие частные признаки, как форма спинки носа, форма ушной раковины, размеры мочки уха, особенности глаз и цвет радужки, конфигурация губ, форма подбородка и другие. Характеристик так много, что создана опознавательная карта, которая дает их перечисление, эксперту необходимо только подчеркнуть нужное.

При описании тела описываются форма шеи, грудной клетки, живота, особенности конечностей, возможные патологические и травматические изменения (варикозные расширения вен, ожоги, анкилозы, ампутации, косолапость и другие физические недостатки), характер оволосения и степень развития половых органов, пигментацию и выделения из сосков у женщин, наличие ритуального обрезания крайней плоти у мужчин.

Выше приводились индивидуальные особенности кожи, но особо стоит отметить целесообразность описания, локализацию и характер послеоперационных и травматических рубцов и татуировок. Последние подробно описываются и фотографируются. В ряде случаев содержание татуировки может быть подсказкой к выявлению данных о личности. У людей, находившихся в местах заключения, — это своеобразная визитная карточка.

При имеющихся сведениях о подозреваемом человеке значение для его опознания могут иметь и функциональные признаки, которые выражены морфологически (хромота, осанка, недостатки зрения, беременность).

2. Какие дополнительные методы исследования применяются при исследовании трупа неизвестного лица? (УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-5, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10)

ОТВЕТ: При исследовании неопознанных, в том числе измененных трупов, следует применять ряд дополнительных методов исследования.

Прежде всего такой труп, как и его индивидуальные особенности, фотографируется. После туалета лица, а при необходимости реставрации головы, делается опознавательная съемка по правилам сигналетической фотографии (анфас, правый и левый профиль). С целью выявления травматических и патологических изменений, а также степени атрофических изменений для определения возраста используется рентгенографическое исследование. В случаях обнаружения прижизненных рентгенограмм аналогичных костей подозреваемого — они сравниваются. Из трупа вырываются волосы с корнем из 5 областей головы, берется материал (жидкая кровь или на марле, мышцы) для определения групповой принадлежности, костные фрагменты, а иногда отделяется голова для направления в медико-криминалистическое отделение, о чем будет сказано в соответствующем разделе.

Особое значение имеют зубы. Они настолько индивидуальны, что совокупность признаков позволяет отождествлять личность. Особенность зубного аппарата заносится на стандартную схему. Изменения зубного аппарата фиксируются в медицинских документах при жизни, чем с успехом пользуются для установления личности человека. Особое значение приобретает изучение зубов на скелетированиых, загнивших или обгорелых трупах, когда другие индивидуальные признаки уничтожаются. Зубы же очень стойкие и остаются целыми при полном обугливании трупа. Учитывая это, в ряде стран у военнослужащих и лиц, работающих в экстремальных условиях, в личном деле оставляют стоматологическую формулу, а один из коренных зу бов пломбируют и выставляют стальную пластину с регистрационным номером.

Особые трудности представляет эта работа при массовых катастрофах, когда имеется много неопознанных трупов. Такой опыт с использованием компьютерной регистрации накопили эксперты 124-й военной лаборатории СМЭ СКВО, при которой создан специальный идентификационный центр.

3. Каковы особенности медицинской этики и врачебной деонтологии судебно-медицинского эксперта при исследовании трупа? (УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-5, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10)

ОТВЕТ: Прежде всего, следует отметить необходимость уважительного отношения к трупу. Уже при первичном осмотре трупа на месте его обнаружения после описания и фотографирования в любой обстановке надо придать ему пристойное положение, помнить о переживаниях близких погибшего при манипуляциях с трупом. Не допускать разговоров на посторонние темы, тем более громкой речи, смеха, что иногда имеет место. При работе с трупом, его переносе и перевозке следует соблюдать бережное к нему отношение, не наносить каких-либо повреждений или загрязнений. В морге до начала вскрытия трупыдолжны храниться в холодильной камере либо на секционном столе или носилках в пристойном положении. Большое значение имеет помещение, где вскрываются трупы, — секционная. Она должна по убранству и чистоте напоминать операционную. Комната ожидания и траурный зал для прощания должны соответствовать обстоятельствам, здесь не может быть шума, крика, посторонних разговоров. Не допустимы в присутствии посторонних шутки и смех сотрудников или студентов. Отношение к близким покойного не только экспертов, но санитаров, работников канцелярии, с которыми они общаются, должно быть предельно вежливым, терпимым.

В ряде случаев судебно-медицинский эксперт (например, при подозрении на отравление, скропостижную смерть и др.) для получения необходимой информации до, а иногда и после вскрытия, беседует с родственниками. При этом надо заранее продумать, какие вопросы следует задать, и сделать это тактично и доступно. Необходимо иметь в виду умышленную или неумышленную необъективность и неосведомленность к не проявлять своего отношения к сказанному. Напротив, сообщая близким, что выявлено при вскрытии, надо соблюдать осторожность и такт. Иметь в виду, что наряду с законным правом на информацию о причине и обстоятельствах смерти близкого человека родственники не должны быть посвящены в вопросы следственной и врачебной тайны.

При судебно-медицинской экспертизе трупов в условиях массовых катастроф надо преодолеть последствия эмоционального и физического напряжения, проявлять предельную терпимость к неудобствам и сложностям, быть максимально внимательным к пострадавшим и коллегам.

4. Какие вопросы следует ставить при назначении су дебно-медицинской экспертизы расчлененных и неопознанных трупов и кик их формулировать? (УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-5, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10)

ОТВЕТ:

1. Принадлежат ли обнаруженные останки человеку или животному?

2. Если человеку, то одному или нескольким?

3. Какова давность смерти и расчленения?

4. Через какое время после смерти произошло расчленение?

5. Каким орудием и способом произведено расчленение?

6. Какие прижизненные повреждения имеются на трупе (останках или костях)?

7. Какими заболеваниями страдал при жизни покойный?

8. Имеются ли признаки хирургического воздействия?

9. Каков пол, рост, возраст неизвестного (расчлененного или скелетированного) трупа?

**4. Самоконтроль по тестовым заданиям данной темы**

1. ПРОБА НА ВОЗДУШНУЮ ЭМБОЛИЮ СЧИТАЕТСЯ ПОЛОЖИТЕЛЬНОЙ, ЕСЛИ ИЗ СЕРДЦА, ПРОКОЛОТОГО ПОД ВОДОЙ, ЗАЛИТОЙ В ОКОЛОСЕРДЕЧНУЮ СОРОЧКУ, ВЫДЕЛЯЮТСЯ ПУЗЫРЬКИ ГАЗА

1) из левых его отделов

2) из правых его отделов

3) из правых и левых отделов

4) из дуги аорты

5) из полых вен

Правильный ответ: 2 ПК-5

1. В КОМПЕТЕНЦИЮ СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКОГО ЭКСПЕРТА ВХОДИТ УСТАНОВЛЕНИЕ СОСТОЯНИЙ, ПРЕДШЕСТВОВАВШИХ СМЕРТИ

1) острота зрения

2) степень переваривания пищи

3) наличие сопутствующих заболеваний

4) выраженность производительной способности

5) половое сношение

Правильный ответ: 3 ПК-5

3. ОДЕЖДА, ОСТАВШАЯСЯ ПОСЛЕ ИССЛЕДОВАНИЯ (ЭКСПЕРТИЗЫ) ТРУПА, В СЛУЧАЯХ НАСИЛЬСТВЕННОЙ СМЕРТИ

1) уничтожается

2) выдается родственникам вместе с телом

3) передается следователю

4) сдается в камеру хранения

5) хранится в архиве морга

Правильный ответ: 3 ПК-5

4. ОБНАРУЖЕНИЕ ПРИ ИССЛЕДОВАНИИ ТРУПА В ПРОСВЕТАХ КРУПНЫХ СОСУДОВ И В ПОЛОСТЯХ СЕРДЦА РЫХЛЫХ КРАСНЫХ СВЕРТКОВ КРОВИ СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ О

1) коротком агональном периоде

2) смерти от инфаркта миокарда

3) длительной агонии

4) смерти от хронической ишемической болезни

5) смерти без агонального периода

Правильный ответ: 1 ПК-5

5. ПРОБА НА ВОЗДУШНУЮ ЭМБОЛИЮ ПРОВОДИТСЯ

1) во всех случаях скоропостижной смерти

2) при травматизации крупных артерий

3) подозрении на смерть от отравления

4) при подозрении на воздушную эмболию

(при внутривенных введениях)

5) в случаях наличия перелома кости

Правильный ответ: 4 ПК-5

6.ТЕРМИНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

1) критическим падением артериального давления

2) судорогами

3) нарушением сна

4) нарушением всасывания в кишечнике

5) дезориентацией в месте и времени

Правильный ответ: 1 ПК-5

7.ОБЪЕКТИВНЫМ ПРИЗНАКОМ БИОЛОГИЧЕСКОЙ СМЕРТИ ЯВЛЯЕТСЯ

1) головная боль

2) понижение температуры тела до 36 градусов

3) отсутствие реакции зрачков на свет

4) трупные пятна и трупное окоченение

5) гнилостные изменения

Правильный ответ: 3 ПК-5

8.КЛИНИЧЕСКИМИ КРИТЕРИЯМИ «СМЕРТИ МОЗГА» ПРИНЯТО СЧИТАТЬ

1) полную потерю речи

2) нарушение сна

3) исчезновение любых видов рефлексов и реакции на внешние раздражители

4) дезориентацию в месте и времени

5) полную потерю слуха

Правильный ответ: 3 ПК-5

9.РАЗЛИЧНЫЕ ПРИЧИНЫ СМЕРТИ МОГУТ

1) ускорять или замедлять развитие посмертных изменений

2) не оказывать влияния на посмертные изменения

3) связь усматривается только в случаях скоропостижной смерти

4) связь усматривается только при определенных обстоятельствах

5) связь усматривается только в случаях травмы

Правильный ответ: 1 ПК-5

10.СУПРАВИТАЛЬНЫЕ РЕАКЦИИ ОРГАНОВ И ТКАНЕЙ, ИМЕЮЩИЕ ЗНАЧЕНИЕ ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ДАВНОСТИ СМЕРТИ

1) механическая возбудимость мышц

2) пергаментные пятна на коже

3) трупные пятна

4) «пятна Лярше»

5) симптом кошачьего глаза (феномен Белоглазова)

Правильный ответ: 1 ПК-5

**5. Самоконтроль по ситуационным задачам**

Задача № 1. (УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-5, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10)

Труп гр-на Л. 45лет, обнаружен на полу в доме, где ранее проживал. В лобной области ссадина 1,5х0,8см с буровато-красным подсохшим дном. Трупные пятна разлитые, насыщенные, багрово-синюшные, на заднебоковых поверхностях тела, при дозированном надавливании не бледнеют. Трупное окоченение хорошо выражено во всех группах обычно исследуемых мышц; внутрипеченочная температура 20˚, идиомускулярная опухоль: вмятина на месте удара… Переполнение темно-красной жидкой кровью без сгустков в полости сердца, острое об­щее венозное полнокровие, красный цвет легких на разрезе,… мышца сердца на разрезе красно-коричневого цвета, с участками неравномерного кровенаполнения, на задней стенке левого желудочка, по ходу огибающей ветви левой коронарной артерии, на участке 3х4см бледно-красного цвета с четким краевым (геморрагическим) «венчиком» …, выраженный отек мягких мозговых оболочек.

Гистологически: неравномерное полнокровие внутренних органов, сливные кровоизлияния в миокарде с лейкоцитарной инфильтрацией, глыбчатый распад миофибрилл; микроциркуляторные расстройства в легких, почке, мелкоочаговый внутриальвеолярный эритродиапедез. При судебно-химическом исследовании: этиловый алкоголь в крови 0,3‰, в моче 0,5‰.

Вопросы:

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

Задача № 2. (УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-5, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10)

Во дворе дома 09.03.с.г., обнаружен труп гр-ки З., 33лет. Трупное окоченение отсутствует во всех группах мышц; идиомускулярная опухоль определяется в виде валика высотой 2,0см. Трупные пятна при дозированном давлении исчезают и восстанавливаются через 10сек; температура печени 35˚. На передней поверхности правого плеча в верхней трети багрово-синюшный кровоподтек 4х3см… Масса сердца 550гр, дряблое на ощупь, полости расширены, мышца на разрезе красно-коричневого цвета, с участками неравномерного кровенаполнения в виде более бледных (светлых) участков; в средней трети передней коронарной артерии имеются тромботические наложения, диффузное разрастание плотной соединительной ткани в виде тяжей…, в просвете аорты жидкая кровь с рыхлыми сгустками… Мелкоточечные красные кровоизлияния под эпикардом. Гистологически: … неравномерное полнокровие внутренних органов, сливные кровоизлияния в миокарде с единичными лейкоцитами, контрактурные повреждения 2,3 порядка (при поляризационной микроскопии), ангиоспазм, стазы в капиллярах и диапедезные кровоизлияния в головном мозге; микроциркуляторные расстройства в легких, почке, мелкоочаговый внутриальвеолярный, эритродиапедез в легком. При судебно-химическом исследовании концентрация глюкозы в крови – 1,0ммоль/л, этиловый спирт в крови- 0,8‰, в моче- 0,5‰.

Вопросы:

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

Задача № 3. (УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-5, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10)

Обнаружен труп гр-на Х., 55 лет, в доме в положении лежа на кровати; известно, что чувствовал недомогание, в больницу не обращался. Трупное окоченение отсутствует во всех группах мышц, идиомускулярная опухоль определяется в виде валика высотой 1,5см. Трупные пятна при дозированном надавливании исчезают и восстанавливаются через 12сек Температура печени 35,0˚. Кожные покровы бледно-серые, холодные… В лобно-височной области слева кровоподтек 4х4,5см, овальной формы, синюшно-фиолетового цвета; на фоне которого ссадина 2х1,8см, поверхность подсохшая, буро-красного цвета, на уровне кожи. В полотях сердца и крупных сосудах жидкая кровь с вишневыми сгустками, неравномерное полнокровие внутренних органов, висцеральная плевра без наложений… легкие плотноватые на ощупь, пестрые, с поверхности и на разрезе красно-коричневые и бледно-желтые, при надавливании из сосудов стекает умеренное количество красной крови, из бронхов густые серо-желтые массы с зеленоватым оттенком, …почки на разрезе пестрые, корковый слой бледно-розовый, мозговой темно-красный. Гистологически: деструктивная гнойно-фибринозная пневмония (в просвете альвеол экссудат с лейкоцитарным инфильтратом и макрофагами), очаговый отек легкого; умеренное венозное полнокровие внутренних органов, острые микроциркуляторные расстройства в почках; белковая и зернистая дистрофия почки, сетчатый нефросклероз, артериосклероз почки…; отек легких и головного мозга. При судебно-химическом исследовании обнаружен этиловый спирт в крови - 1,2‰, в моче – 1,5‰. При судебно-биохимическом исследовании концентрация в крови мочевины – 40,33мМоль/л, креатинина – 0,45мМоль/л.

Вопросы:

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

Задача № 4. (УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-5, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10)

Труп гр-на П., 44 лет, обнаружен 15.11.с.г. на полу в частном доме. Известно, что жаловался на опоясывающие боли в животе. Трупные пятна багрово-синюшные, восстанавливаются при давлении через 10 сек, идиомускулярная опухоль в виде плотного тяжа высотой 2,0см; температура печени 37˚; трупное окоченение выражено в мышцах нижней челюсти. На передней поверхности правого плеча ссадина 2,5х3см, под плотной красно-коричневой корочкой без отслоения… Полнокровие внутренних органов, жидкая кровь в крупных сосудах и полостях сердца, почки на разрезе пестрые, поджелудочная железа дрябловатая, обильно обложена жиром, с поверхности бурого цвета, на разрезе дольчатость сохранена, с множеством темно-вишневого цвета кровоизлияниями. Гистологическом: неравномерное кровенаполнение миокарда со стазами и диапедезными кровоизлияниями, очаговая фрагментация и волнообразная деформация саркомеров, острые микроциркуляторные расстройства в почке, в легком, в печени, в поджелудочной железе очаговые участки кровоизлияний, некрозов. При судебно-химическом исследовании обнаружен этиловый спирт в крови 1,2 ‰ в моче 1,5‰.

1. Установить причину смерти?
2. Какова давность наступления смерти?
3. Определить наличие телесных повреждений, указать вид, характер и локализацию повреждений?
4. Установить тяжесть причиненного вреда здоровью?
5. Принимал ли потерпевший незадолго до смерти алкоголь?

Задача № 5. (УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-5, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10)

Обнаружен труп гр-на Ф., 55 лет, дома, в положении лежа на кровати 14.10.с.г. Трупное окоченение отсутствует во всех группах мышц, идиомускулярная опухоль определяется в виде валика высотой 1,5см, трупные пятна багрово-синюшные, на передней поверхности тела, при дозированном надавливании исчезают и восстанавливаются через 10сек, температура печени 35,8˚. Кожные покровы лица бледно-серые с синюшным оттенком, лицо слегка одутловатое... На задней поверхности левого плеча в нижней трети округлый багрово-синюшный кровоподтек 4х3см… Печень на разрезе красно-коричневого цвета, с выраженным желтым прокрашиванием, жидкое состояние крови в полостях сердца и крупных сосудов, резкое полнокровие внутренних органов, кровоизлияния по плевру и эпикард…, поджелудочная железа дрябловатая, слабо обложена жиром, с поверхности бурого цвета, на разрезе дольчатость сохранена, с множеством темно-вишневого цвета кровоизлияниями…, отек головного мозга. Гистологически: в поджелудочной железе очаговые участки кровоизлияний, некрозов, неравномерное кровенаполнение судов микроциркуляции в почках и в легких; венозное полнокровие внутренних органов. При судебно-химическом исследовании обнаружен этиловый спирт в крови- 1,4промилле, в моче- 3,5промилле.

Вопросы:

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

Эталон № 1.

1. Обнаруженная при экспертизе трупа гр-на Л., 45 лет, совокупность признаков: изменения со стороны мышцы сердца красно-коричневый цвета, с участками неравномерного кровенаполнения, на задней стенки левого желудочка, по ходу огибающей ветви левой коронарной артерии, на участке 3х4см бледно-красного цвета с четким краевым (геморрагическим) «венчиком», сливные кровоизлияния в миокарде с лейкоцитарной инфильтрацией, глыбчатый распад миофибрилл, выраженный отек мягких мозговых оболочек; а так же насыщенные, багрово-синюшные трупные пятна, переполнение полостей сердца жидкой кровью, без сгустков, острое об­щее венозное полнокровие, красный цвет легких на разрезе, дает основание считать, что смерть наступила в результате острого трансмурального инфаркта миокарда задней стенки левого желудочка в некротической стадии, осложнившегося развитием кардиогенного шока: шунтирование кровотока в почке, легком, мелкоочаговый внутри-альвеолярный, эритродиапедез в легком.

2. Исходя из трупных явлений на момент осмотра: трупные пятна при надавливании не бледнеют, трупное окоченение хорошо выражено во всех группах обычно исследуемых мышц, внутрипеченочная температура 20˚, идиомускулярная опухоль: вмятина на месте удара, смерть наступила в пределах 1 суток на момент осмотра трупа.

3. При медицинском исследовании трупа обнаружена ссадина в лобной области, буровато-красное дно ссадины указывает на прижизненность повреждения. Эти повреждения возникли от воздействия твердого тупого предмета (предметов), в период 1 суток часов к моменту наступления смерти.

4. Выявленное повреждение в связи с наступлением смерти не состоит и согласно пункту 9 раздела № 2 приказа МЗ и СР РФ 194н от 24.04.2008г. расценивается, как повреждение, не причинившие вред здоровью человека.

5. При судебно-химическом исследовании обнаружен этиловый алкоголь в крови 0,3‰, в моче 0,5‰, что по аналогии с живыми лицами расценивается как незначительное влияние этилового алкоголя на организм.

Эталон № 2.

1. Обнаруженная при экспертизе трупа гр-ки З.,33 лет, совокупность признаков: масса сердца 550гр, дряблая на ощупь с расширенными полостями, на разрезе мышца красно-коричневого цвета, с участками неравномерного кровенаполнения в виде более бледных (светлых) участков; сливных кровоизлияний в миокарде с единичными лейкоцитами, контрактурные повреждения 2,3 порядка, ангиоспазм, в средней трети передней коронарной артерии наличие тромботический наложений, а так же наличие в просвете крупных со­судов жидкой крови с рыхлыми сгустками…, мелкоточечных красных кровоизлияний под эпикардом; неравномерного полнокровия внутренних органов, есть основание считать, что смерть гр-ки З., 33лет, наступила в результате острого инфаркта миокарда передней стенки левого желудочка в донекротической стадии, осложнившегося развитием кардиогенного шока, о чем свидетельствует: шунтирование кровотока в почке, легком, мелкоочаговый внутриальвеолярный, эритродиапедез в легком, отек легких, мягкой оболочки и вещества головного мозга.

2. Исходя из трупных явлений на момент обнаружения: трупное окоченение отсутствует во всех группах мышц, идиомускулярная опухоль определяется в виде валика высотой 1,5см. Трупные пятна при дозированном надавливании исчезают и восстанавливаются через 10сек., температура печени 35˚, смерть наступила в пределах 3-6 часов на момент осмотра трупа.

3. При наружном исследовании трупа обнаружен кровоподтек, на передней поверхности правого плеча в верхней трети.

4. Учитывая, что цвет кровоподтека багрово-синюшный - повреждение является прижизненным, возникло от воздействия твердого тупого предмета или при ударе о таковой, незадолго до наступления смерти и к причине смерти отношения не имеет, согласно п. 9 раздела №2 приказа МЗиСР РФ 194н от 24.04.2008г. расценивается как повреждение, не причинившее вред здоровью человека.

5. При судебно-химическом исследовании обнаружен этиловый алкоголь в крови 0,8‰, в моче- 0,5‰. Такая концентрация алкоголя в крови у живых лиц соответствует легкой степени опьянения.

Эталон № 3.

1. Обнаруженная при экспертизе трупа гр-на Х., 55лет, совокупность признаков: легкие плотноватые на ощупь, увеличены, с поверхности и на разрезе легкие пестрые красно-коричневые и бледно-желтые, при надавливании из сосудов стекает умеренное количество красной крови, из бронхов густые массы серо-желтого цвета с зеленоватым оттенком, в просвете альвеол экссудат с лейкоцитарным инфильтратом и макрофагами, высокая концентрация в крови мочевины – 40,33мМоль/л, креатинина – 0,45мМоль/л.; морфологические признаки быстро наступившей смерти: умеренное венозное полнокровие внутренних органов, острые микроциркуляторные расстройства в почках, отек легких и головного мозга, дает основание считать, что смерть наступила в результате заболевания - тотальной двухсторонней деструктивной гнойно-фибринозной пневмонии, данное заболевание осложнилось инфекционным токсическим шоком.

2. Исходя из трупных явлений: трупное окоченение отсутствует во всех группах мышц, идиомускулярная опухоль определяется в виде валика высотой 1,3см. Трупные пятна при дозированном надавливании исчезают и восстанавливаются через 12сек., температура печени 35,0˚, что свидетельствует о давности наступления смерти в пределах 3-6часов на момент осмотра трупа.

3. При наружном исследовании трупа обнаружен кровоподтек и ссадина, в лобно-височной области слева.

4. Повреждение возникло от воздействия твердого тупого предмета или при ударе о таковой, незадолго до наступления смерти и к причине смерти отношения не имеет, согласно п. 9 раздела №2 приказа МЗиСР РФ 194н от 24.04.2008г. расценивается как повреждение, не причинившее вред здоровью человека.

5. При судебно-химическом исследовании обнаружен алкоголь в крови - 1,2‰, в моче – 1,5‰, что соответствует у живых лиц легкой степени опьянения, к причине смерти отношение не имеет.

Эталон № 5.

1. Обнаруженная при исследовании трупа у гр-на Ф., 55лет, совокупность признаков: поджелудочная железа дрябловатая, слабо обложена жиром, с поверхности бурого цвета, с наличием очаговых участков кровоизлияний, некрозов (гистологически), а так же резкое полнокровие внутренних органов, кровоизлияния по плевру и эпикард (пятна Тардье), жидкое состояние крови в полостях сердца и крупных сосудов, неравномерное кровенаполнение судов микроциркуляции в почках и в легких; венозное полнокровие внутренних органов, дает основание утверждать, смерть наступила вследствие острого геморрагического панкреатита (панкреонекроз), осложнившегося панкреатогенным шоком.

2. Особенности трупных явлений на момент обнаружения: трупное окоченение отсутствует во всех группах мышц идиомускулярная опухоль определяется в виде валика высотой 1,5см, трупные пятна при дозированном надавливании исчезают и восстанавливаются через 10сек, температура печени +35,8˚, смерть могла наступить в пределах 3-6 часов на момент осмотра трупа.

3. При наружном исследовании трупа обнаружен кровоподтек на задней поверхности левого плеча в нижней трети.

4. Кровоподтек является прижизненным, возник от воздействия твердого тупого предмета или при ударе о таковой, возник незадолго до наступления смерти и к причине смерти отношения не имеет, согласно п. 9 раздела №2 приказа МЗиСР РФ 194н от 24.04.2008г. расценивается как повреждение, не причинившее вред здоровью человека.

5. При судебно-химическом исследовании обнаружен этиловый спирт: в крови – 1,4‰, в моче – 3,5‰. Такая концентрация алкоголя в крови у живых лиц соответствует легкой степени опьянения.

**6. Перечень практических умений по изучаемой теме.**

(УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-5, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10)

- установить причину смерти;

- провести судебно-медицинское исследование трупа при различных видах насильственной смерти;

- определить степень тяжести телесных повреждений;

- установить причинно-следственную связь между повреждением и неблагоприятным исходом;

**7. Рекомендации по выполнению НИР**

Примерная тематика по НИР по теме - не предусмотрена.

**8. Рекомендованная литература по теме занятия (обязательная, дополнительная, электронные ресурсы, включая законодательные и нормативно-правовые документы)**

**Занятие № 11**

**1. Индекс: ОД.О.01.1.3.11** **Тема: «Исследование органов грудной и брюшной полости в зависимости от вида патологического процесса при судебно-медицинском исследовании трупа».**

**2. Форма организации занятия:** подготовка к практическому занятию.

**3. Перечень вопросов для самоподготовки по теме практического занятия**

1. Каковы возможности судебно-медицинской экспертизы при исследовании гнилостно измененного трупа? (УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-5, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10).

ОТВЕТ: Исследование трупов, посмертно измененных или под воздействием внешних факторов, расчлененных, скелетированных, неопознанных, требует нестандартного подхода, знания специфических вопросов.

Чаще всего труп подвергается гнилостным изменениям, но даже далеко зашедшее гниение не является основанием для .отказа от экспертизы из-за неприятного вида и зловонного запаха. В результате резкого вздутия и увеличения объема трупа возникают разрывы одежды, выпадение пуговиц, сам труп резко изменяется и по внешнему виду не может быть опознан даже близкими людьми. Многие повреждения становятся неразличимыми или измененными. Расплавлению подвергаются внутренние органы, особенно головной мозг, селезенка, печень и другие. Неразличимы при этом кровоизлияния, что следует учитывать при составлении выводов. Перед исследованием необходимо попытаться реставрировать лицо в эстетических целях и особенно в связи с опознанием. Восстановлению подлежат повреждения кожи. Просветление ее достигается раздельным введением подкожно в равных количествах 1%-ного раствора серной кислоты и 20%-ного гипосульфита. Побеление и расправление наступает через 12—18 часов. Повреждения кожи принимают первоначальную окраску в уксусно-спиртовом растворе (10 мл ледяной уксусной кислоты, 20 мл этилового спирта 70 мл дистиллированной воды). Кровоподтеки на гнилостно измененной коже или кровоизлияния в мышцах становятся различимыми, если поместить ткань в 15—20% раствор щелочи (едкий калий или натрий) на 10—15 минут. Эти способы можно применять также при исследовании мумифицированного трупа, а также трупа в состоянии жировоска. В обоих случаях повреждения сохраняются, хотя и подвергаются существенному изменению. Можно использовать и гистологическое исследование для выявления при-жизненности некоторых признаков повреждений.

2. Каковы особенности и возможности судебно-медицинского исследования расчлененного трупа? (УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-5, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10).

ОТВЕТ: Исследование расчлененных трупов, особенно по поводу расследования убийств с последующим расчленением, отличается большой сложностью. Трудность усугубляется, когда части обнаруживаются не одновременно, и имеют в разной степени выражение трупные явления.

Первая задача — установить, не прижизненным ли было расчленение и каков его способ. Расчленение может быть результатом переезда рельсовым транспортом или действия водного транспорта на подводных крыльях, при взрывах и некоторых других обстоятельствах. Посмертное расчленение производится и в криминальных целях — для облегчения выноса трупа и сокрытия места и следов преступления.

Однако в некоторых случаях первоначально еще следует определить — человеку или животному, одному или разным трупам принадлежат останки. Далее также решаются вопросы установления пола, возраста, роста, расовой принадлежности, индивидуальных особенностей и определения личности, устанавливается причина и давность смерти, наличие прижизненных и посмертных повреждений, использованное травмирующее и расчленившее орудие, высказывается предположение о профессии жертвы и преступника, определяется наличие и количество этанола.

Другие вопросы возникают в связи с той или иной версией. Этими задачами, а также состоянием трупа обусловлен объем исследования. Особое внимание уделяется составлению плана работы по проведению опознания. Важное значение для опознания имеют такие вещественные доказательства, как одежда или ее остатки, различные предметы упаковки частей тела. Каждая часть тела изучается, фотографируется, изымаются образцы и, в случае доставки отдельных частей, сохраняются в холодильнике или растворе формалина для захоронения после разрешения следственных органов. При исследовании применяются лабораторные методы исследования. Это медико-криминалистическое: рентгенография с целью выявления повреждений и заболеваний, возрастных изменений костей; гистологическое исследование для выявления патологических изменений, принадлежности и давности повреждений; судебно-биологическое исследование для определения групповых антигенов в тканях, в губчатом веществе кости, в волосах. Берутся мазки из естественных отверстий на сперму. Исследуются клетки тканей для определения полового хроматина. Проводятся также стоматологическая, дактилоскопическая экспертиза для установления личности.

3. Каковы особенности и возможности судебно-медицин-ского исследования скелетированного трупа? (УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-5, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10).

ОТВЕТ: Судебно-медицинская экспертиза скелети-рованных трупов —сложное исследование, требующее решения ряда вопросов и имеющее свои особенности. Костные останки могут быть обнаружены при земляных работах, а также в лесу и других местах случайно или при получении информации, целенаправленно, поэтому для экспертизы необходимы сведения о месте обнаружения, почве, влажности. Исследование начинается с перечисления доставленных костей с указанием анатомического наименования, состояния, наличия останков мягких тканей, деформации, повреждений или патологических изменений, индивидуальных признаков. Затем костные останки группируются и фотографируются.

Эта экспертиза требует особой подготовки и участия физико-техникадля проведения медико-криминалистического исследования. Большое значение придается предварительной подготовке, сортировке и маркировке костей, особенно при наличии нескольких скелетов перемешанных в одной могиле.

Итогом экспертизы должны быть выводы о видовой принадлежности костей, определение пола, возраста, расовой принадлежности, установление конкретной личности, выявление повреждений, давность пребывания костных останков в месте обнаружения. Классическим примером использования комплекса объектов и методов исследования для решения этих вопросов является судеб-но-медицинская экспертиза костных останков расстрелянной в 1918 году под Екатеринбургом семьи последнего русского царя НиколаяII, которая проводилась в 1992—1993 годах.

**4. Самоконтроль по тестовым заданиям данной темы**

* 1. ПРОБА НА ВОЗДУШНУЮ ЭМБОЛИЮ СЧИТАЕТСЯ ПОЛОЖИТЕЛЬНОЙ, ЕСЛИ ИЗ СЕРДЦА, ПРОКОЛОТОГО ПОД ВОДОЙ, ЗАЛИТОЙ В ОКОЛОСЕРДЕЧНУЮ СОРОЧКУ, ВЫДЕЛЯЮТСЯ ПУЗЫРЬКИ ГАЗА

1) из левых его отделов

2) из правых его отделов

3) из правых и левых отделов

4) из дуги аорты

5) из полых вен

Правильный ответ: 2 ПК-5

2. В КОМПЕТЕНЦИЮ СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКОГО ЭКСПЕРТА ВХОДИТ УСТАНОВЛЕНИЕ СОСТОЯНИЙ, ПРЕДШЕСТВОВАВШИХ СМЕРТИ

1) острота зрения

2) степень переваривания пищи

3) наличие сопутствующих заболеваний

4) выраженность производительной способности

5) половое сношение

Правильный ответ: 3 ПК-5

3. ОДЕЖДА, ОСТАВШАЯСЯ ПОСЛЕ ИССЛЕДОВАНИЯ (ЭКСПЕРТИЗЫ) ТРУПА, В СЛУЧАЯХ НАСИЛЬСТВЕННОЙ СМЕРТИ

1) уничтожается

2) выдается родственникам вместе с телом

3) передается следователю

4) сдается в камеру хранения

5) хранится в архиве морга

Правильный ответ: 3 ПК-5

4. ОБНАРУЖЕНИЕ ПРИ ИССЛЕДОВАНИИ ТРУПА В ПРОСВЕТАХ КРУПНЫХ СОСУДОВ И В ПОЛОСТЯХ СЕРДЦА РЫХЛЫХ КРАСНЫХ СВЕРТКОВ КРОВИ СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ О

1) коротком агональном периоде

2) смерти от инфаркта миокарда

3) длительной агонии

4) смерти от хронической ишемической болезни

5) смерти без агонального периода

Правильный ответ: 1 ПК-5

5. ПРОБА НА ВОЗДУШНУЮ ЭМБОЛИЮ ПРОВОДИТСЯ

1) во всех случаях скоропостижной смерти

2) при травматизации крупных артерий

3) подозрении на смерть от отравления

4) при подозрении на воздушную эмболию

(при внутривенных введениях)

5) в случаях наличия перелома кости

Правильный ответ: 4 ПК-5

6.ТЕРМИНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

1) критическим падением артериального давления

2) судорогами

3) нарушением сна

4) нарушением всасывания в кишечнике

5) дезориентацией в месте и времени

Правильный ответ: 1 ПК-5

7.ОБЪЕКТИВНЫМ ПРИЗНАКОМ БИОЛОГИЧЕСКОЙ СМЕРТИ ЯВЛЯЕТСЯ

1) головная боль

2) понижение температуры тела до 36 градусов

3) отсутствие реакции зрачков на свет

4) трупные пятна и трупное окоченение

5) гнилостные изменения

Правильный ответ: 3 ПК-5

8.КЛИНИЧЕСКИМИ КРИТЕРИЯМИ «СМЕРТИ МОЗГА» ПРИНЯТО СЧИТАТЬ

1) полную потерю речи

2) нарушение сна

3) исчезновение любых видов рефлексов и реакции на внешние раздражители

4) дезориентацию в месте и времени

5) полную потерю слуха

Правильный ответ: 3 ПК-5

9.РАЗЛИЧНЫЕ ПРИЧИНЫ СМЕРТИ МОГУТ

1) ускорять или замедлять развитие посмертных изменений

2) не оказывать влияния на посмертные изменения

3) связь усматривается только в случаях скоропостижной смерти

4) связь усматривается только при определенных обстоятельствах

5) связь усматривается только в случаях травмы

Правильный ответ: 1 ПК-5

10.СУПРАВИТАЛЬНЫЕ РЕАКЦИИ ОРГАНОВ И ТКАНЕЙ, ИМЕЮЩИЕ ЗНАЧЕНИЕ ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ДАВНОСТИ СМЕРТИ

1) механическая возбудимость мышц

2) пергаментные пятна на коже

3) трупные пятна

4) «пятна Лярше»

5) симптом кошачьего глаза (феномен Белоглазова)

Правильный ответ: 1 ПК-5

**5. Самоконтроль по ситуационным задачам**

Задача № 1. (УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-5, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10).

Труп гр-на Л. 45лет, обнаружен на полу в доме, где ранее проживал. В лобной области ссадина 1,5х0,8см с буровато-красным подсохшим дном. Трупные пятна разлитые, насыщенные, багрово-синюшные, на заднебоковых поверхностях тела, при дозированном надавливании не бледнеют. Трупное окоченение хорошо выражено во всех группах обычно исследуемых мышц; внутрипеченочная температура 20˚, идиомускулярная опухоль: вмятина на месте удара… Переполнение темно-красной жидкой кровью без сгустков в полости сердца, острое об­щее венозное полнокровие, красный цвет легких на разрезе,… мышца сердца на разрезе красно-коричневого цвета, с участками неравномерного кровенаполнения, на задней стенке левого желудочка, по ходу огибающей ветви левой коронарной артерии, на участке 3х4см бледно-красного цвета с четким краевым (геморрагическим) «венчиком» …, выраженный отек мягких мозговых оболочек.

Гистологически: неравномерное полнокровие внутренних органов, сливные кровоизлияния в миокарде с лейкоцитарной инфильтрацией, глыбчатый распад миофибрилл; микроциркуляторные расстройства в легких, почке, мелкоочаговый внутриальвеолярный эритродиапедез. При судебно-химическом исследовании: этиловый алкоголь в крови 0,3‰, в моче 0,5‰.

Вопросы:

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

Задача № 2. (УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-5, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10).

Во дворе дома 09.03.с.г., обнаружен труп гр-ки З., 33лет. Трупное окоченение отсутствует во всех группах мышц; идиомускулярная опухоль определяется в виде валика высотой 2,0см. Трупные пятна при дозированном давлении исчезают и восстанавливаются через 10сек; температура печени 35˚. На передней поверхности правого плеча в верхней трети багрово-синюшный кровоподтек 4х3см… Масса сердца 550гр, дряблое на ощупь, полости расширены, мышца на разрезе красно-коричневого цвета, с участками неравномерного кровенаполнения в виде более бледных (светлых) участков; в средней трети передней коронарной артерии имеются тромботические наложения, диффузное разрастание плотной соединительной ткани в виде тяжей…, в просвете аорты жидкая кровь с рыхлыми сгустками… Мелкоточечные красные кровоизлияния под эпикардом. Гистологически: … неравномерное полнокровие внутренних органов, сливные кровоизлияния в миокарде с единичными лейкоцитами, контрактурные повреждения 2,3 порядка (при поляризационной микроскопии), ангиоспазм, стазы в капиллярах и диапедезные кровоизлияния в головном мозге; микроциркуляторные расстройства в легких, почке, мелкоочаговый внутриальвеолярный, эритродиапедез в легком. При судебно-химическом исследовании концентрация глюкозы в крови – 1,0ммоль/л, этиловый спирт в крови- 0,8‰, в моче- 0,5‰.

Вопросы:

Определить причину смерти?

Определить давность наступления смерти?

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

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

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

Задача № 3. (УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-5, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10).

Обнаружен труп гр-на Х., 55 лет, в доме в положении лежа на кровати; известно, что чувствовал недомогание, в больницу не обращался. Трупное окоченение отсутствует во всех группах мышц, идиомускулярная опухоль определяется в виде валика высотой 1,5см. Трупные пятна при дозированном надавливании исчезают и восстанавливаются через 12сек Температура печени 35,0˚. Кожные покровы бледно-серые, холодные… В лобно-височной области слева кровоподтек 4х4,5см, овальной формы, синюшно-фиолетового цвета; на фоне которого ссадина 2х1,8см, поверхность подсохшая, буро-красного цвета, на уровне кожи. В полотях сердца и крупных сосудах жидкая кровь с вишневыми сгустками, неравномерное полнокровие внутренних органов, висцеральная плевра без наложений… легкие плотноватые на ощупь, пестрые, с поверхности и на разрезе красно-коричневые и бледно-желтые, при надавливании из сосудов стекает умеренное количество красной крови, из бронхов густые серо-желтые массы с зеленоватым оттенком, …почки на разрезе пестрые, корковый слой бледно-розовый, мозговой темно-красный. Гистологически: деструктивная гнойно-фибринозная пневмония (в просвете альвеол экссудат с лейкоцитарным инфильтратом и макрофагами), очаговый отек легкого; умеренное венозное полнокровие внутренних органов, острые микроциркуляторные расстройства в почках; белковая и зернистая дистрофия почки, сетчатый нефросклероз, артериосклероз почки…; отек легких и головного мозга. При судебно-химическом исследовании обнаружен этиловый спирт в крови - 1,2‰, в моче – 1,5‰. При судебно-биохимическом исследовании концентрация в крови мочевины – 40,33мМоль/л, креатинина – 0,45мМоль/л.

Вопросы:

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

Задача № 4. (УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-5, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10).

Труп гр-на П., 44 лет, обнаружен 15.11.с.г. на полу в частном доме. Известно, что жаловался на опоясывающие боли в животе. Трупные пятна багрово-синюшные, восстанавливаются при давлении через 10 сек, идиомускулярная опухоль в виде плотного тяжа высотой 2,0см; температура печени 37˚; трупное окоченение выражено в мышцах нижней челюсти. На передней поверхности правого плеча ссадина 2,5х3см, под плотной красно-коричневой корочкой без отслоения… Полнокровие внутренних органов, жидкая кровь в крупных сосудах и полостях сердца, почки на разрезе пестрые, поджелудочная железа дрябловатая, обильно обложена жиром, с поверхности бурого цвета, на разрезе дольчатость сохранена, с множеством темно-вишневого цвета кровоизлияниями. Гистологическом: неравномерное кровенаполнение миокарда со стазами и диапедезными кровоизлияниями, очаговая фрагментация и волнообразная деформация саркомеров, острые микроциркуляторные расстройства в почке, в легком, в печени, в поджелудочной железе очаговые участки кровоизлияний, некрозов. При судебно-химическом исследовании обнаружен этиловый спирт в крови 1,2 ‰ в моче 1,5‰.

1. Установить причину смерти?

2. Какова давность наступления смерти?

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

4. Установить тяжесть причиненного вреда здоровью?

5. Принимал ли потерпевший незадолго до смерти алкоголь?

Задача № 5. (УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-5, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10).

Обнаружен труп гр-на Ф., 55 лет, дома, в положении лежа на кровати 14.10.с.г. Трупное окоченение отсутствует во всех группах мышц, идиомускулярная опухоль определяется в виде валика высотой 1,5см, трупные пятна багрово-синюшные, на передней поверхности тела, при дозированном надавливании исчезают и восстанавливаются через 10сек, температура печени 35,8˚. Кожные покровы лица бледно-серые с синюшным оттенком, лицо слегка одутловатое... На задней поверхности левого плеча в нижней трети округлый багрово-синюшный кровоподтек 4х3см… Печень на разрезе красно-коричневого цвета, с выраженным желтым прокрашиванием, жидкое состояние крови в полостях сердца и крупных сосудов, резкое полнокровие внутренних органов, кровоизлияния по плевру и эпикард…, поджелудочная железа дрябловатая, слабо обложена жиром, с поверхности бурого цвета, на разрезе дольчатость сохранена, с множеством темно-вишневого цвета кровоизлияниями…, отек головного мозга. Гистологически: в поджелудочной железе очаговые участки кровоизлияний, некрозов, неравномерное кровенаполнение судов микроциркуляции в почках и в легких; венозное полнокровие внутренних органов. При судебно-химическом исследовании обнаружен этиловый спирт в крови- 1,4промилле, в моче- 3,5промилле.

Вопросы:

Определить причину смерти?

Определить давность наступления смерти?

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

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

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

Эталон № 1.

1. Обнаруженная при экспертизе трупа гр-на Л., 45 лет, совокупность признаков: изменения со стороны мышцы сердца красно-коричневый цвета, с участками неравномерного кровенаполнения, на задней стенки левого желудочка, по ходу огибающей ветви левой коронарной артерии, на участке 3х4см бледно-красного цвета с четким краевым (геморрагическим) «венчиком», сливные кровоизлияния в миокарде с лейкоцитарной инфильтрацией, глыбчатый распад миофибрилл, выраженный отек мягких мозговых оболочек; а так же насыщенные, багрово-синюшные трупные пятна, переполнение полостей сердца жидкой кровью, без сгустков, острое об­щее венозное полнокровие, красный цвет легких на разрезе, дает основание считать, что смерть наступила в результате острого трансмурального инфаркта миокарда задней стенки левого желудочка в некротической стадии, осложнившегося развитием кардиогенного шока: шунтирование кровотока в почке, легком, мелкоочаговый внутри-альвеолярный, эритродиапедез в легком.

2. Исходя из трупных явлений на момент осмотра: трупные пятна при надавливании не бледнеют, трупное окоченение хорошо выражено во всех группах обычно исследуемых мышц, внутрипеченочная температура 20˚, идиомускулярная опухоль: вмятина на месте удара, смерть наступила в пределах 1 суток на момент осмотра трупа.

3. При медицинском исследовании трупа обнаружена ссадина в лобной области, буровато-красное дно ссадины указывает на прижизненность повреждения. Эти повреждения возникли от воздействия твердого тупого предмета (предметов), в период 1 суток часов к моменту наступления смерти.

4. Выявленное повреждение в связи с наступлением смерти не состоит и согласно пункту 9 раздела № 2 приказа МЗ и СР РФ 194н от 24.04.2008г. расценивается, как повреждение, не причинившие вред здоровью человека.

5. При судебно-химическом исследовании обнаружен этиловый алкоголь в крови 0,3‰, в моче 0,5‰, что по аналогии с живыми лицами расценивается как незначительное влияние этилового алкоголя на организм.

Эталон № 2.

1. Обнаруженная при экспертизе трупа гр-ки З.,33 лет, совокупность признаков: масса сердца 550гр, дряблая на ощупь с расширенными полостями, на разрезе мышца красно-коричневого цвета, с участками неравномерного кровенаполнения в виде более бледных (светлых) участков; сливных кровоизлияний в миокарде с единичными лейкоцитами, контрактурные повреждения 2,3 порядка, ангиоспазм, в средней трети передней коронарной артерии наличие тромботический наложений, а так же наличие в просвете крупных со­судов жидкой крови с рыхлыми сгустками…, мелкоточечных красных кровоизлияний под эпикардом; неравномерного полнокровия внутренних органов, есть основание считать, что смерть гр-ки З., 33лет, наступила в результате острого инфаркта миокарда передней стенки левого желудочка в донекротической стадии, осложнившегося развитием кардиогенного шока, о чем свидетельствует: шунтирование кровотока в почке, легком, мелкоочаговый внутриальвеолярный, эритродиапедез в легком, отек легких, мягкой оболочки и вещества головного мозга.

2. Исходя из трупных явлений на момент обнаружения: трупное окоченение отсутствует во всех группах мышц, идиомускулярная опухоль определяется в виде валика высотой 1,5см. Трупные пятна при дозированном надавливании исчезают и восстанавливаются через 10сек., температура печени 35˚, смерть наступила в пределах 3-6 часов на момент осмотра трупа.

3. При наружном исследовании трупа обнаружен кровоподтек, на передней поверхности правого плеча в верхней трети.

4. Учитывая, что цвет кровоподтека багрово-синюшный - повреждение является прижизненным, возникло от воздействия твердого тупого предмета или при ударе о таковой, незадолго до наступления смерти и к причине смерти отношения не имеет, согласно п. 9 раздела №2 приказа МЗиСР РФ 194н от 24.04.2008г. расценивается как повреждение, не причинившее вред здоровью человека.

5. При судебно-химическом исследовании обнаружен этиловый алкоголь в крови 0,8‰, в моче- 0,5‰. Такая концентрация алкоголя в крови у живых лиц соответствует легкой степени опьянения.

Эталон № 3.

1. Обнаруженная при экспертизе трупа гр-на Х., 55лет, совокупность признаков: легкие плотноватые на ощупь, увеличены, с поверхности и на разрезе легкие пестрые красно-коричневые и бледно-желтые, при надавливании из сосудов стекает умеренное количество красной крови, из бронхов густые массы серо-желтого цвета с зеленоватым оттенком, в просвете альвеол экссудат с лейкоцитарным инфильтратом и макрофагами, высокая концентрация в крови мочевины – 40,33мМоль/л, креатинина – 0,45мМоль/л.; морфологические признаки быстро наступившей смерти: умеренное венозное полнокровие внутренних органов, острые микроциркуляторные расстройства в почках, отек легких и головного мозга, дает основание считать, что смерть наступила в результате заболевания - тотальной двухсторонней деструктивной гнойно-фибринозной пневмонии, данное заболевание осложнилось инфекционным токсическим шоком.

2. Исходя из трупных явлений: трупное окоченение отсутствует во всех группах мышц, идиомускулярная опухоль определяется в виде валика высотой 1,3см. Трупные пятна при дозированном надавливании исчезают и восстанавливаются через 12сек., температура печени 35,0˚, что свидетельствует о давности наступления смерти в пределах 3-6часов на момент осмотра трупа.

3. При наружном исследовании трупа обнаружен кровоподтек и ссадина, в лобно-височной области слева.

4. Повреждение возникло от воздействия твердого тупого предмета или при ударе о таковой, незадолго до наступления смерти и к причине смерти отношения не имеет, согласно п. 9 раздела №2 приказа МЗиСР РФ 194н от 24.04.2008г. расценивается как повреждение, не причинившее вред здоровью человека.

5. При судебно-химическом исследовании обнаружен алкоголь в крови - 1,2‰, в моче – 1,5‰, что соответствует у живых лиц легкой степени опьянения, к причине смерти отношение не имеет.

Эталон № 5.

1. Обнаруженная при исследовании трупа у гр-на Ф., 55лет, совокупность признаков: поджелудочная железа дрябловатая, слабо обложена жиром, с поверхности бурого цвета, с наличием очаговых участков кровоизлияний, некрозов (гистологически), а так же резкое полнокровие внутренних органов, кровоизлияния по плевру и эпикард (пятна Тардье), жидкое состояние крови в полостях сердца и крупных сосудов, неравномерное кровенаполнение судов микроциркуляции в почках и в легких; венозное полнокровие внутренних органов, дает основание утверждать, смерть наступила вследствие острого геморрагического панкреатита (панкреонекроз), осложнившегося панкреатогенным шоком.

2. Особенности трупных явлений на момент обнаружения: трупное окоченение отсутствует во всех группах мышц идиомускулярная опухоль определяется в виде валика высотой 1,5см, трупные пятна при дозированном надавливании исчезают и восстанавливаются через 10сек, температура печени +35,8˚, смерть могла наступить в пределах 3-6 часов на момент осмотра трупа.

3. При наружном исследовании трупа обнаружен кровоподтек на задней поверхности левого плеча в нижней трети.

4. Кровоподтек является прижизненным, возник от воздействия твердого тупого предмета или при ударе о таковой, возник незадолго до наступления смерти и к причине смерти отношения не имеет, согласно п. 9 раздела №2 приказа МЗиСР РФ 194н от 24.04.2008г. расценивается как повреждение, не причинившее вред здоровью человека.

5. При судебно-химическом исследовании обнаружен этиловый спирт: в крови – 1,4‰, в моче – 3,5‰. Такая концентрация алкоголя в крови у живых лиц соответствует легкой степени опьянения.

**6.** **Перечень практических умений по изучаемой теме**

(УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-5, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10)

- установить причину смерти;

- провести судебно-медицинское исследование трупа при различных видах насильственной смерти;

- определить степень тяжести телесных повреждений;

- установить причинно-следственную связь между повреждением и неблагоприятным исходом;

**7. Рекомендации по выполнению НИР**

Примерная тематика по НИР по теме - не предусмотрена.

**8. Рекомендованная литература по теме занятия (обязательная, дополнительная, электронные ресурсы, включая законодательные и нормативно-правовые документы)**

**Занятие № 12**

**1. Индекс: ОД.О.01.1.3.12 Тема: «Туалет трупа при судебно-медицинском исследовании».**

**2. Форма организации занятия:** подготовка к практическому занятию.

**3. Перечень вопросов для самоподготовки по теме практического занятия**

1. Что такое эксгумация трупа и в каких случаях она производиться? (УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-5, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10)

ОТВЕТ: Эксгумацией (от латинских слов «ex» — из и «gumus» — земля) называется извлечение трупа из земли. Эксгумация — следственное действие. Помимо судебно-медицинских целей существуют разные причины для эксгумации трупа, что наглядно видно из табл. 9 (по О. X. Поркшеяну).

2. Кто является организатором эксгумации трупа? (УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-5, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10)

ОТВЕТ: Всю организационную работу по эксгумации проводит следователь. Особенно важно установить точное захоронение и опознать труп. Этапы эксгумации фиксируются следователем в протоколе, который подписывают участники, в том числе судмедэксперт и понятые. Исследование трупа (первичное, дополнительное или повторное) проводится экспертом или комиссией экспертов в ближайшем морге. В отдельных случаях при невозможности доставки в морг, труп вскрывается в приспособленном помещении или на открытом воздухе рядом с местом эксгумации.

3. В каких случаях назначается судебно-медицинская экспертиза эксгумированного трупа? (УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-5, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10)

ОТВЕТ: Экспертиза эксгумированных трупов может производиться:

* При захоронении трупа с признаками насильственной смерти или неопознанного без судебно-медицинского исследования.
* Когда в ходе расследования или судебно-ме-дицинского разбирательства выяснились дефекты экспертных выводов.
* В случаях вновь выявленных важных обстоятельств, неизвестных при первичном исследовании трупа.
* При обнаружении захороненного трупа с целью сокрытия или случайно.

4. Каковы особенности, возможности и значение исследования эксгумированного трупа? (УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-5, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10)

ОТВЕТ: При исследовании трупа обращается внимание на одежду, индивидуальную принадлежность, особенно если это не погребальная, а та, которая была в момент нанесения повреждений. После высушивания такая одежда направляется в медико-криминалистическое отделение.

* При наружном осмотре прежде всего исследуются трупные изменения, чаще уже поздние, выявляются индивидуальные признаки, повреждения, которые при необходимости реставрируются, как было указано выше. При наличии разрезов от первичного вскрытия они подробно описываются. Также указываются вскрыты ли полости и органы, в каком состоянии, изучаются повреждения и изменения. Повреждения костей, инородные включения изымаются для лабораторных исследований. Если исследование трупа производится впервые или органы не были изъяты при первичном исследовании, то они забираются для лабораторного исследования по обычным правилам. Причем для судебно-хими-ческого исследования при подозрении на отравление следует дополнительно изъять образцы грунта, над и под трупом, обивку гроба, металлические изделия, чтобы исключить выведение или попадание яда извне, а также представителей фауны (как живых, так и мертвых) для установления сезонности и давности захоронения.
* Из трупа берутся образцы для сравнительных исследований (кровь, кусочки тканей, мазки-отпечатки, волосы и др.).
* Следует учесть, что гниение разрушает химические вещества, но некоторые из них, например окись углерода, алкалоиды, обнаруживаются и через несколько месяцев, а мышьяк, металлические яды и через годы. При гниении ослабевает, а со временем теряется или изменяется группоспецифическая характеристика тканей. Но описаны случаи выявления антигенных систем АВО при гниении через 2—3 месяца, в волосах —через годы, а на мумифицированных трупах — через тысячелетия.

5. Санитарные правила и нормы САНПИН 2.1.1279-03   
Инструкция (по организации работы и соблюдению противоэпидемического режима патолого-анатомическими отделениями и бюро судебно-медицинской экспертизы в случаях подозрения или обнаружения особо опасных инфекций (извлечения))? (УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-5, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10)

ОТВЕТ: Туалет трупа. По завершении вскрытия в грудную и брюшную полости необходимо вложить марлю, вату или ветошь, смоченную дезинфицирующим раствором, засыпать сухую хлорную известь или хлорамин. Труп тщательно зашивают обычным способом, обтирают дезинфицирующим раствором, одевают в соответствии с просьбами родственников, завертывают в простыню, смоченную дезраствором, и укладывают в гроб, на дно которого насыпают слой хлорной извести толщиной в 10 см. Гроб изнутри обивают медицинской клеенкой. Швы обивки должны находиться на боковых стенках гроба и накладываться сверху вниз во избежание затекания жидкости. Сверху на труп насыпают такое же количество хлорной извести. Крышку гроба забивают. При захоронении без гроба труп обмывают дезинфицирующим раствором и в соответствии с национальными обычаями заворачивают в ткань или кошму, которые должны быть пропитаны дезраствором.   
 Тактика при случайном обнаружении на вскрытии особо опасных инфекционных заболеваний, при совершении "аварии" во время вскрытия и при эксгумации трупа.

Если подозрение о том, что смерть больного последовала от особо опасного инфекционного заболевания, возникло во время вскрытия, принимают меры, направленные на предупреждение заражения персонала и возможного рассеивания инфекции в окружающую среду.   
Все вскрытия, проводимые в зале, временно прекращают. Подозрительный труп покрывают простыней, не смоченной дезинфицирующими веществами. Закрывают окна и форточки. Прекращают сток промывных вод в канализационную сеть, последние собирают в емкости с дезинфицирующими растворами, размещенные под секционным столом.   
Присутствовавших на вскрытии, за исключением лиц, проводивших вскрытие, удаляют в смежные комнаты без права выхода из морга. Запрещают вход в секционную без защитной одежды.

О возникшем подозрении оповещают заведующего отделением, главного врача лечебного учреждения или его заместителя и местные органы здравоохранения (по подчиненности), которые вызывают консультантов из противочумных учреждений или отделов особо опасных инфекций санэпидстанций.

6. Транспортировка и захоронение трупов? (УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-5, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10)

ОТВЕТ Специалист, вскрывающий труп, который вызвал подозрение на особо опасную инфекцию, устанавливает, не было ли попадания заразного материала на кожу открытых частей тела и слизистые оболочки. Если есть подозрение попадания заразного материала на слизистые оболочки, последние немедленно обрабатывают раствором антибиотиков, соответствующих данной инфекции.   
Общее руководство и ответственность за правильную транспортировку, захоронение трупов, последующую дезинфекцию возлагают на санитарно-эпидемиологическую службу области, района, города.   
В случаях, когда диагноз особо опасного инфекционного заболевания не вызывает сомнения, труп родственникам не выдают, хоронят с соблюдением требований противоэпидемического режима.   
Если же диагноз вызывает сомнение и требует бактериологического подтверждения, можно поступить двояко:   
1. Не дожидаясь результатов бактериологического исследования, захоронить труп в соответствии с требованиями противоэпидемического режима, не выдавая его родственникам.   
2. Задержать захоронение до получения результатов бактериологического исследования, обеспечив полную изоляцию трупа и его сохранность. При отрицательном результате бактериологического исследования – выдать труп для обычного захоронения, при положительном результате – захоронить труп в соответствии с требованиями противоэпидемического режима.   
Для рытья могил, перевозки, погребения трупа комплектуется группа захоронения, включающая не менее 3-5 человек с участием работников дезстанций, дезотделов, противочумных учреждений, отделов особо опасных инфекций санитарно-эпидемиологических станций. Группа тщательно инструктируется о порядке проведения работ, особенностях захоронения, правилах пользования защитным костюмом, о строгом соблюдении мер личной профилактики.   
Лица, транспортирующие труп к месту захоронения, при подозрении на чуму, сибирскую язву, легочную форму сапа надевают противочумный костюм I типа; при подозрении на холеру, натуральную оспу, мелиоидоз и другие формы сапа – противочумный костюм II типа.   
Транспортировка трупа к месту погребения производится, как правило, в гробу. В исключительных случаях, когда отсутствует гроб, транспортировать труп возможно завернутым в медицинскую клеенку (мешок из нее).   
Перевозка трупов к месту захоронения осуществляется на любом виде транспорта, легко поддающемся дезинфекции. Наиболее удобными являются санитарные автомашины типа УАЗ-452 «А».   
Захоронение производят в гробу на общих кладбищах. Захоронение без гроба допускается в исключительных случаях. При захоронении без гроба труп, одетый в соответствии с национальными обычаями, обязательно завертывают в простыню, обильно смоченную дезинфицирующим раствором. Присутствие родственников при захоронении возможно, при условии отсутствия контакта с трупом.   
Для захоронения роют могилу длиной 2?м, шириной 1?м, глубиной 2?м, на дно ее насыпают слой хлорной извести толщиной 10?см. На гроб, опущенный в могилу, насыпают хлорную известь слоем 10-15?см. Могилу засыпают землей.   
Если вскрытие трупа проводилось на краю могилы, первой сбрасывают землю, из которой была сделана насыпь для вскрытия, перемешанную с хлорной известью.   
Для проведения всех работ по захоронению, кроме защитной одежды, необходимо иметь лопаты, веревки, гидропульт, ведра (2?шт.), канистры или фляги с водой, сухую хлорную известь, лизол, хлорамин, клеенчатые мешки для перевозки замоченной в дезрастворах защитной одежды.   
По окончании погребения инструменты, защитную одежду, транспорт и проч. обеззараживают на месте в установленном порядке. Лица, принимавшие участие в захоронении, подвергаются.

7. Мероприятия по снижению риска инфицирования?(УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-5, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10)

ОТВЕТ: Секционные мероприятия должны быть спланированы таким образом, чтобы максимально снизить риск инфицирования работающего в них медицинского персонала. Обязательным является наличие адекватной системы вентиляции, проточной воды и хорошей канализации.   
Персонал должен мыть руки после каждой процедуры и перед едой (или перед курением).   
Помещение следует ежедневно обрабатывать фенолсодержащими дезинфектантами.   
Инструменты необходимо обрабатывать в моечно-дезинфекционной камере, автоклавировать или погружать в фенолсодержащий дезинфицирующий раствор на 20 мин. Существует несколько причин, по которым предпочтение отдается фенолсодержащим дезинфектантам, а не препаратам, содержащим гипохлориты.   
Гипохлорит обладает коррозионными свойствами и может приводить к повреждению металлических поверхностей и инструментов. При использовании гипохлорита выделяется газообразный хлор, поэтому при обработке больших площадей концентрация хлора в воздухе может превысить допустимые значения.   
В секционных и помещениях для бальзамирования трупов достаточно часто присутствует формальдегид. В ходе химической реакции между гипохлоритом и формальдегидом образуется сильный канцероген – бис (хлорметил)-эфир. Все инструменты, используемые для бальзамирования и подготовки тела к захоронению, следует мыть в горячей воде с моющим средством и подвергать дезинфекции, предпочтительно кипячением в течение короткого времени (5 мин.), или погружением в фенолосодержащий дезинфицирующий раствор на 20 мин. Для удаления пятен крови и брызг любых других биологических жидкостей следует использовать фенолосодержащие дезинфектанты. Для защиты рук от контакта с кровью или другими жидкостями организма необходимо пользоваться одноразовыми перчатками. При этом категорически не рекомендуются в танатопрактике перчатки из латекса, содержащие натуральный каучук, который способен обеспечить защиту лишь на короткий период - не более 15 минут. Самыми эффективными перчатками для танатопрактики являются нитриловые перчатки, повсеместно используемые в европейских танаториях.   
Всегда после окончания работы следует тщательно мыть руки.

**8.** Подготовка трупов к захоронению**?** (УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-5, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10)

ОТВЕТ: Во многих странах, особенно в странах с жарким климатом, захоронение или другие процедуры по уничтожению трупов проводят в течение 24 ч. после смерти (из практических или религиозных соображений). В таких ситуациях некоторые патогенные микроорганизмы могут сохранять жизнеспособность, поэтому чрезвычайно важным является ношение соответствующей защитной одежды и/или соблюдение правил личной гигиены лицами, контактирующими с трупами.   
Бальзамирование может быть одним из способов временного сохранения трупа за счет снижения активности микроорганизмов и замедления процессов разложения. Бальзамирование трупов после несчастных случаев или аутопсии является более сложной процедурой. Тела могут быть сильно поврежденными и представлять особенно большую опасность инфицирования из-за наличия поврежденных костей, костных осколков или случайно оставленных в теле острых предметов, например, игл. Косметические работы на поврежденном трупе также представляют опасность.   
В большинстве случаев бывает достаточно простой гигиенической подготовки трупа, которую, как правило, проводят родственники умершего или церковные деятели. Обычно эта процедура заключается в мытье лица и рук, одевании трупа, причесывании, и, возможно, обрезании ногтей и бритье. При отсутствии высокого риска инфицирования приемлемой и эффективной мерой безопасности является использование перчаток и обычной защитной одежды.   
В некоторых случаях, когда причиной смерти явилось высококонтагиозное заболевание, например, лихорадка Эбола или гепатит В, даже обычная гигиеническая подготовка трупа может оказаться небезопасной процедурой. Перечень таких инфекций приведен в таблице 42.2.   
**Персонал службы неотложной помощи** Основную инфекционную опасность для персонала службы неотложной помощи представляет кровь. Риск инфицирования может быть значительно снижен за счет предотвращения контакта с кровью путем использования перчаток, средств защиты лица и глаз, а при необходимости и защитной одежды.   
Трупы, подвергшиеся разложению, и особенно тела, находившиеся в воде в течение определенного времени, представляют меньшую инфекционную опасность. В таких случаях наиболее вероятным будет обнаружение микроорганизмов собственной флоры трупа и бактерий, живущих в воде или обитающих в окружающей среде. Для защиты персонала, работающего с таким трупным материалом, следует использовать соответствующую защитную одежду. Во всех случаях тела умерших должны доставляться в морг в водонепроницаемых пластиковых мешках или временных гробах из стекловолокна. Опасными для персонала являются все трупные жидкости - кровь, моча, любые истечения из трупа.

**Захоронение трупов.** В каждом обществе существуют свои традиции по захоронению трупов. Следует, насколько возможно, уважать эти традиции, хотя в некоторых ситуациях, например, в случае смерти от высококонтагиозных инфекций, таких как лихорадка Эбола, кремирование является единственной безопасной процедурой.   
Иногда, во время стихийных бедствий или антропогенных катастроф, соблюдение обычной процедуры захоронения оказывается невозможным. При этих обстоятельствах захоронение человеческих останков должно осуществляться таким образом, чтобы не подвергать дополнительному риску уже перенесшее стресс население. В идеале тела следует кремировать, однако при невозможности выполнения этой процедуры приемлемой альтернативой может быть захоронение трупов на глубине не менее одного метра (вне досягаемости сборщиков мусора и вредителей). По возможности, следует соблюдать религиозные и социальные обряды. Места захоронений должны выбираться таким образом, чтобы избежать риска контаминации водных источников.

**5. Самоконтроль по тестовым заданиям данной темы**

1. ПРОБА НА ВОЗДУШНУЮ ЭМБОЛИЮ СЧИТАЕТСЯ ПОЛОЖИТЕЛЬНОЙ, ЕСЛИ ИЗ СЕРДЦА, ПРОКОЛОТОГО ПОД ВОДОЙ, ЗАЛИТОЙ В ОКОЛОСЕРДЕЧНУЮ СОРОЧКУ, ВЫДЕЛЯЮТСЯ ПУЗЫРЬКИ ГАЗА

1) из левых его отделов

2) из правых его отделов

3) из правых и левых отделов

4) из дуги аорты

5) из полых вен

Правильный ответ: 2 ПК-5

2. В КОМПЕТЕНЦИЮ СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКОГО ЭКСПЕРТА ВХОДИТ УСТАНОВЛЕНИЕ СОСТОЯНИЙ, ПРЕДШЕСТВОВАВШИХ СМЕРТИ

1) острота зрения

2) степень переваривания пищи

3) наличие сопутствующих заболеваний

4) выраженность производительной способности

5) половое сношение

Правильный ответ: 3 ПК-5

3. ОДЕЖДА, ОСТАВШАЯСЯ ПОСЛЕ ИССЛЕДОВАНИЯ (ЭКСПЕРТИЗЫ) ТРУПА, В СЛУЧАЯХ НАСИЛЬСТВЕННОЙ СМЕРТИ

1) уничтожается

2) выдается родственникам вместе с телом

3) передается следователю

4) сдается в камеру хранения

5) хранится в архиве морга

Правильный ответ: 3 ПК-5

4. ОБНАРУЖЕНИЕ ПРИ ИССЛЕДОВАНИИ ТРУПА В ПРОСВЕТАХ КРУПНЫХ СОСУДОВ И В ПОЛОСТЯХ СЕРДЦА РЫХЛЫХ КРАСНЫХ СВЕРТКОВ КРОВИ СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ О

1) коротком агональном периоде

2) смерти от инфаркта миокарда

3) длительной агонии

4) смерти от хронической ишемической болезни

5) смерти без агонального периода

Правильный ответ: 1 ПК-5

5. ПРОБА НА ВОЗДУШНУЮ ЭМБОЛИЮ ПРОВОДИТСЯ

1) во всех случаях скоропостижной смерти

2) при травматизации крупных артерий

3) подозрении на смерть от отравления

4) при подозрении на воздушную эмболию

(при внутривенных введениях)

5) в случаях наличия перелома кости

Правильный ответ: 4 ПК-5

6.ТЕРМИНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

1) критическим падением артериального давления

2) судорогами

3) нарушением сна

4) нарушением всасывания в кишечнике

5) дезориентацией в месте и времени

Правильный ответ: 1 ПК-5

7.ОБЪЕКТИВНЫМ ПРИЗНАКОМ БИОЛОГИЧЕСКОЙ СМЕРТИ ЯВЛЯЕТСЯ

1) головная боль

2) понижение температуры тела до 36 градусов

3) отсутствие реакции зрачков на свет

4) трупные пятна и трупное окоченение

5) гнилостные изменения

Правильный ответ: 3 ПК-5

8.КЛИНИЧЕСКИМИ КРИТЕРИЯМИ «СМЕРТИ МОЗГА» ПРИНЯТО СЧИТАТЬ

1) полную потерю речи

2) нарушение сна

3) исчезновение любых видов рефлексов и реакции на внешние раздражители

4) дезориентацию в месте и времени

5) полную потерю слуха

Правильный ответ: 3 ПК-5

9.РАЗЛИЧНЫЕ ПРИЧИНЫ СМЕРТИ МОГУТ

1) ускорять или замедлять развитие посмертных изменений

2) не оказывать влияния на посмертные изменения

3) связь усматривается только в случаях скоропостижной смерти

4) связь усматривается только при определенных обстоятельствах

5) связь усматривается только в случаях травмы

Правильный ответ: 1 ПК-5

10.СУПРАВИТАЛЬНЫЕ РЕАКЦИИ ОРГАНОВ И ТКАНЕЙ, ИМЕЮЩИЕ ЗНАЧЕНИЕ ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ДАВНОСТИ СМЕРТИ

1) механическая возбудимость мышц

2) пергаментные пятна на коже

3) трупные пятна

4) «пятна Лярше»

5) симптом кошачьего глаза (феномен Белоглазова)

Правильный ответ: 1 ПК-5

**5. Самоконтроль по ситуационным задачам**

Задача № 1. (УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-5, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10)

Труп гр-на Л. 45лет, обнаружен на полу в доме, где ранее проживал. В лобной области ссадина 1,5х0,8см с буровато-красным подсохшим дном. Трупные пятна разлитые, насыщенные, багрово-синюшные, на заднебоковых поверхностях тела, при дозированном надавливании не бледнеют. Трупное окоченение хорошо выражено во всех группах обычно исследуемых мышц; внутрипеченочная температура 20˚, идиомускулярная опухоль: вмятина на месте удара… Переполнение темно-красной жидкой кровью без сгустков в полости сердца, острое об­щее венозное полнокровие, красный цвет легких на разрезе,… мышца сердца на разрезе красно-коричневого цвета, с участками неравномерного кровенаполнения, на задней стенке левого желудочка, по ходу огибающей ветви левой коронарной артерии, на участке 3х4см бледно-красного цвета с четким краевым (геморрагическим) «венчиком» …, выраженный отек мягких мозговых оболочек.

Гистологически: неравномерное полнокровие внутренних органов, сливные кровоизлияния в миокарде с лейкоцитарной инфильтрацией, глыбчатый распад миофибрилл; микроциркуляторные расстройства в легких, почке, мелкоочаговый внутриальвеолярный эритродиапедез. При судебно-химическом исследовании: этиловый алкоголь в крови 0,3‰, в моче 0,5‰.

Вопросы:

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

Задача № 2. (УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-5, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10)

Во дворе дома 09.03.с.г., обнаружен труп гр-ки З., 33лет. Трупное окоченение отсутствует во всех группах мышц; идиомускулярная опухоль определяется в виде валика высотой 2,0см. Трупные пятна при дозированном давлении исчезают и восстанавливаются через 10сек; температура печени 35˚. На передней поверхности правого плеча в верхней трети багрово-синюшный кровоподтек 4х3см… Масса сердца 550гр, дряблое на ощупь, полости расширены, мышца на разрезе красно-коричневого цвета, с участками неравномерного кровенаполнения в виде более бледных (светлых) участков; в средней трети передней коронарной артерии имеются тромботические наложения, диффузное разрастание плотной соединительной ткани в виде тяжей…, в просвете аорты жидкая кровь с рыхлыми сгустками… Мелкоточечные красные кровоизлияния под эпикардом. Гистологически: … неравномерное полнокровие внутренних органов, сливные кровоизлияния в миокарде с единичными лейкоцитами, контрактурные повреждения 2,3 порядка (при поляризационной микроскопии), ангиоспазм, стазы в капиллярах и диапедезные кровоизлияния в головном мозге; микроциркуляторные расстройства в легких, почке, мелкоочаговый внутриальвеолярный, эритродиапедез в легком. При судебно-химическом исследовании концентрация глюкозы в крови – 1,0ммоль/л, этиловый спирт в крови- 0,8‰, в моче- 0,5‰.

Вопросы:

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

Задача № 3. (УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-5, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10)

Обнаружен труп гр-на Х., 55 лет, в доме в положении лежа на кровати; известно, что чувствовал недомогание, в больницу не обращался. Трупное окоченение отсутствует во всех группах мышц, идиомускулярная опухоль определяется в виде валика высотой 1,5см. Трупные пятна при дозированном надавливании исчезают и восстанавливаются через 12сек Температура печени 35,0˚. Кожные покровы бледно-серые, холодные… В лобно-височной области слева кровоподтек 4х4,5см, овальной формы, синюшно-фиолетового цвета; на фоне которого ссадина 2х1,8см, поверхность подсохшая, буро-красного цвета, на уровне кожи. В полотях сердца и крупных сосудах жидкая кровь с вишневыми сгустками, неравномерное полнокровие внутренних органов, висцеральная плевра без наложений… легкие плотноватые на ощупь, пестрые, с поверхности и на разрезе красно-коричневые и бледно-желтые, при надавливании из сосудов стекает умеренное количество красной крови, из бронхов густые серо-желтые массы с зеленоватым оттенком, …почки на разрезе пестрые, корковый слой бледно-розовый, мозговой темно-красный. Гистологически: деструктивная гнойно-фибринозная пневмония (в просвете альвеол экссудат с лейкоцитарным инфильтратом и макрофагами), очаговый отек легкого; умеренное венозное полнокровие внутренних органов, острые микроциркуляторные расстройства в почках; белковая и зернистая дистрофия почки, сетчатый нефросклероз, артериосклероз почки…; отек легких и головного мозга. При судебно-химическом исследовании обнаружен этиловый спирт в крови - 1,2‰, в моче – 1,5‰. При судебно-биохимическом исследовании концентрация в крови мочевины – 40,33мМоль/л, креатинина – 0,45мМоль/л.

Вопросы:

* + - 1. Определить причину смерти?
      2. Определить давность наступления смерти?
      3. Имеются ли телесные повреждения, если да – их вид, характер,

локализация?

* + - 1. Какой механизм образования повреждений, давность возникновения, тяжесть причиненного вреда здоровью человека, отношение к причине смерти?
      2. Употреблял ли алкоголь незадолго до наступления смерти, если да, определить степень опьянения и отношение к причине смерти.?

Задача № 4. (УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-5, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10)

Труп гр-на П., 44 лет, обнаружен 15.11.с.г. на полу в частном доме. Известно, что жаловался на опоясывающие боли в животе. Трупные пятна багрово-синюшные, восстанавливаются при давлении через 10 сек, идиомускулярная опухоль в виде плотного тяжа высотой 2,0см; температура печени 37˚; трупное окоченение выражено в мышцах нижней челюсти. На передней поверхности правого плеча ссадина 2,5х3см, под плотной красно-коричневой корочкой без отслоения… Полнокровие внутренних органов, жидкая кровь в крупных сосудах и полостях сердца, почки на разрезе пестрые, поджелудочная железа дрябловатая, обильно обложена жиром, с поверхности бурого цвета, на разрезе дольчатость сохранена, с множеством темно-вишневого цвета кровоизлияниями. Гистологическом: неравномерное кровенаполнение миокарда со стазами и диапедезными кровоизлияниями, очаговая фрагментация и волнообразная деформация саркомеров, острые микроциркуляторные расстройства в почке, в легком, в печени, в поджелудочной железе очаговые участки кровоизлияний, некрозов. При судебно-химическом исследовании обнаружен этиловый спирт в крови 1,2 ‰ в моче 1,5‰.

1. Установить причину смерти?

2 .Какова давность наступления смерти?

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

4.Установить тяжесть причиненного вреда здоровью?

5. Принимал ли потерпевший незадолго до смерти алкоголь?

Задача № 5. (УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-5, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10)

Обнаружен труп гр-на Ф., 55 лет, дома, в положении лежа на кровати 14.10.с.г. Трупное окоченение отсутствует во всех группах мышц, идиомускулярная опухоль определяется в виде валика высотой 1,5см, трупные пятна багрово-синюшные, на передней поверхности тела, при дозированном надавливании исчезают и восстанавливаются через 10сек, температура печени 35,8˚. Кожные покровы лица бледно-серые с синюшным оттенком, лицо слегка одутловатое... На задней поверхности левого плеча в нижней трети округлый багрово-синюшный кровоподтек 4х3см… Печень на разрезе красно-коричневого цвета, с выраженным желтым прокрашиванием, жидкое состояние крови в полостях сердца и крупных сосудов, резкое полнокровие внутренних органов, кровоизлияния по плевру и эпикард…, поджелудочная железа дрябловатая, слабо обложена жиром, с поверхности бурого цвета, на разрезе дольчатость сохранена, с множеством темно-вишневого цвета кровоизлияниями…, отек головного мозга. Гистологически: в поджелудочной железе очаговые участки кровоизлияний, некрозов, неравномерное кровенаполнение судов микроциркуляции в почках и в легких; венозное полнокровие внутренних органов. При судебно-химическом исследовании обнаружен этиловый спирт в крови- 1,4промилле, в моче- 3,5промилле.

Вопросы:

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

Эталон № 1.

1. Обнаруженная при экспертизе трупа гр-на Л., 45 лет, совокупность признаков: изменения со стороны мышцы сердца красно-коричневый цвета, с участками неравномерного кровенаполнения, на задней стенки левого желудочка, по ходу огибающей ветви левой коронарной артерии, на участке 3х4см бледно-красного цвета с четким краевым (геморрагическим) «венчиком», сливные кровоизлияния в миокарде с лейкоцитарной инфильтрацией, глыбчатый распад миофибрилл, выраженный отек мягких мозговых оболочек; а так же насыщенные, багрово-синюшные трупные пятна, переполнение полостей сердца жидкой кровью, без сгустков, острое об­щее венозное полнокровие, красный цвет легких на разрезе, дает основание считать, что смерть наступила в результате острого трансмурального инфаркта миокарда задней стенки левого желудочка в некротической стадии, осложнившегося развитием кардиогенного шока: шунтирование кровотока в почке, легком, мелкоочаговый внутри-альвеолярный, эритродиапедез в легком.

2. Исходя из трупных явлений на момент осмотра: трупные пятна при надавливании не бледнеют, трупное окоченение хорошо выражено во всех группах обычно исследуемых мышц, внутрипеченочная температура 20˚, идиомускулярная опухоль: вмятина на месте удара, смерть наступила в пределах 1 суток на момент осмотра трупа.

3. При медицинском исследовании трупа обнаружена ссадина в лобной области, буровато-красное дно ссадины указывает на прижизненность повреждения. Эти повреждения возникли от воздействия твердого тупого предмета (предметов), в период 1 суток часов к моменту наступления смерти.

4. Выявленное повреждение в связи с наступлением смерти не состоит и согласно пункту 9 раздела № 2 приказа МЗ и СР РФ 194н от 24.04.2008г. расценивается, как повреждение, не причинившие вред здоровью человека.

5. При судебно-химическом исследовании обнаружен этиловый алкоголь в крови 0,3‰, в моче 0,5‰, что по аналогии с живыми лицами расценивается как незначительное влияние этилового алкоголя на организм.

Эталон № 2.

1. Обнаруженная при экспертизе трупа гр-ки З.,33 лет, совокупность признаков: масса сердца 550гр, дряблая на ощупь с расширенными полостями, на разрезе мышца красно-коричневого цвета, с участками неравномерного кровенаполнения в виде более бледных (светлых) участков; сливных кровоизлияний в миокарде с единичными лейкоцитами, контрактурные повреждения 2,3 порядка, ангиоспазм, в средней трети передней коронарной артерии наличие тромботический наложений, а так же наличие в просвете крупных со­судов жидкой крови с рыхлыми сгустками…, мелкоточечных красных кровоизлияний под эпикардом; неравномерного полнокровия внутренних органов, есть основание считать, что смерть гр-ки З., 33лет, наступила в результате острого инфаркта миокарда передней стенки левого желудочка в донекротической стадии, осложнившегося развитием кардиогенного шока, о чем свидетельствует: шунтирование кровотока в почке, легком, мелкоочаговый внутриальвеолярный, эритродиапедез в легком, отек легких, мягкой оболочки и вещества головного мозга.

2. Исходя из трупных явлений на момент обнаружения: трупное окоченение отсутствует во всех группах мышц, идиомускулярная опухоль определяется в виде валика высотой 1,5см. Трупные пятна при дозированном надавливании исчезают и восстанавливаются через 10сек., температура печени 35˚, смерть наступила в пределах 3-6 часов на момент осмотра трупа.

3. При наружном исследовании трупа обнаружен кровоподтек, на передней поверхности правого плеча в верхней трети.

4. Учитывая, что цвет кровоподтека багрово-синюшный - повреждение является прижизненным, возникло от воздействия твердого тупого предмета или при ударе о таковой, незадолго до наступления смерти и к причине смерти отношения не имеет, согласно п. 9 раздела №2 приказа МЗиСР РФ 194н от 24.04.2008г. расценивается как повреждение, не причинившее вред здоровью человека.

5. При судебно-химическом исследовании обнаружен этиловый алкоголь в крови 0,8‰, в моче- 0,5‰. Такая концентрация алкоголя в крови у живых лиц соответствует легкой степени опьянения.

Эталон № 3.

1. Обнаруженная при экспертизе трупа гр-на Х., 55лет, совокупность признаков: легкие плотноватые на ощупь, увеличены, с поверхности и на разрезе легкие пестрые красно-коричневые и бледно-желтые, при надавливании из сосудов стекает умеренное количество красной крови, из бронхов густые массы серо-желтого цвета с зеленоватым оттенком, в просвете альвеол экссудат с лейкоцитарным инфильтратом и макрофагами, высокая концентрация в крови мочевины – 40,33мМоль/л, креатинина – 0,45мМоль/л.; морфологические признаки быстро наступившей смерти: умеренное венозное полнокровие внутренних органов, острые микроциркуляторные расстройства в почках, отек легких и головного мозга, дает основание считать, что смерть наступила в результате заболевания - тотальной двухсторонней деструктивной гнойно-фибринозной пневмонии, данное заболевание осложнилось инфекционным токсическим шоком.

2. Исходя из трупных явлений: трупное окоченение отсутствует во всех группах мышц, идиомускулярная опухоль определяется в виде валика высотой 1,3см. Трупные пятна при дозированном надавливании исчезают и восстанавливаются через 12сек., температура печени 35,0˚, что свидетельствует о давности наступления смерти в пределах 3-6часов на момент осмотра трупа.

3. При наружном исследовании трупа обнаружен кровоподтек и ссадина, в лобно-височной области слева.

4. Повреждение возникло от воздействия твердого тупого предмета или при ударе о таковой, незадолго до наступления смерти и к причине смерти отношения не имеет, согласно п. 9 раздела №2 приказа МЗиСР РФ 194н от 24.04.2008г. расценивается как повреждение, не причинившее вред здоровью человека.

5. При судебно-химическом исследовании обнаружен алкоголь в крови - 1,2‰, в моче – 1,5‰, что соответствует у живых лиц легкой степени опьянения, к причине смерти отношение не имеет.

Эталон № 5.

1. Обнаруженная при исследовании трупа у гр-на Ф., 55лет, совокупность признаков: поджелудочная железа дрябловатая, слабо обложена жиром, с поверхности бурого цвета, с наличием очаговых участков кровоизлияний, некрозов (гистологически), а так же резкое полнокровие внутренних органов, кровоизлияния по плевру и эпикард (пятна Тардье), жидкое состояние крови в полостях сердца и крупных сосудов, неравномерное кровенаполнение судов микроциркуляции в почках и в легких; венозное полнокровие внутренних органов, дает основание утверждать, смерть наступила вследствие острого геморрагического панкреатита (панкреонекроз), осложнившегося панкреатогенным шоком.

2. Особенности трупных явлений на момент обнаружения: трупное окоченение отсутствует во всех группах мышц идиомускулярная опухоль определяется в виде валика высотой 1,5см, трупные пятна при дозированном надавливании исчезают и восстанавливаются через 10сек, температура печени +35,8˚, смерть могла наступить в пределах 3-6 часов на момент осмотра трупа.

3. При наружном исследовании трупа обнаружен кровоподтек на задней поверхности левого плеча в нижней трети.

4. Кровоподтек является прижизненным, возник от воздействия твердого тупого предмета или при ударе о таковой, возник незадолго до наступления смерти и к причине смерти отношения не имеет, согласно п. 9 раздела №2 приказа МЗиСР РФ 194н от 24.04.2008г. расценивается как повреждение, не причинившее вред здоровью человека.

5. При судебно-химическом исследовании обнаружен этиловый спирт: в крови – 1,4‰, в моче – 3,5‰. Такая концентрация алкоголя в крови у живых лиц соответствует легкой степени опьянения.

**6. Перечень практических умений по изучаемой теме**

(УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-5, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10)

- установить причину смерти;

- провести судебно-медицинское исследование трупа при различных видах насильственной смерти;

- определить степень тяжести телесных повреждений;

- установить причинно-следственную связь между повреждением и неблагоприятным исходом;

**7. Рекомендации по выполнению НИР**

Примерная тематика по НИР по теме - не предусмотрена.

**8. Рекомендованная литература по теме занятия (обязательная, дополнительная, электронные ресурсы, включая законодательные и нормативно-правовые документы)**

**Занятие № 13**

**1.Индекс: ОД.О.01.1.4.13 Тема: «Травматизм и его виды. Общее положение и учение о повреждениях. Судебно-медицинская экспертиза повреждений от воздействия предметов, обладающих свойствами тупого твердого. Повреждающий фактор, частные виды повреждений, ссадины, кровоподтеки, раны».**

**2. Форма организации занятия:** подготовка к практическому занятию.

**3. Перечень вопросов для самоподготовки по теме практического занятия**

1. Что называют телесным повреждением?

ОТВЕТ: Телесным повреждением или травмой (эти понятия являются синонимами) называется нарушение анатомической целости органа или тканей (от ссадины до полного разрушения тела), причиненное каким-либо фактором внешней среды и вызвавшие расстройство здоровья или смерть человека.

2. Какие внешние факторы могут вызвать повреждения?

ОТВЕТ: Повреждения возникают при действии различных факторов внешней среды: физических, химических, биологических и психических. Однако чаще всего травма является следствием физических факторов и, прежде всего механических, реже температурных и электрических, а также барометрических факторов и лучевой энергии. Химические факторы вызывают повреждения в виде ожогов и отравления с деструкцией органов, нередко функциональные расстройства. Повреждения биологическими факторами (действие микробов и вирусов при искусственном заражении, а также расстройство здоровья вследствие голодания и жажды), психическими факторами (психотравма), в судебно-медицинской практике встречаются редко. Наконец, бывают комбинирован-ные повреждения, причиняемые одновременно разными внешними факторами.

3. Что такое травматизм и какие его виды различают?

ОТВЕТ: Под травматизмом понимают повторение однородных травм, полученных в сходных условиях труда и быта у определенной группы населения. Различают производственный травматизм (промышленный и сельскохозяйственный), непроизводственный (транспортный, пешеходный или уличньш, бытовой, спортивный, и военный — боевой и небоевой, — экспертизой которого занимаются военные судебные медики). В судебно-медицинской практике чаще всего встречается бытовой, уличный и транспортный травматизм, причиной которого обычно являются недисциплинированность, невнимательность, неосторожность, нарушение установленных правил, неисправность технических средств, алкогольное опьянение.

4. Что такое механическое повреждение?

ОТВЕТ: Всякое повреждение, которое возникает вследствие кинетической энергии предмета, то есть, когда травмирующий предмет или тело, либо одновременно то и другое находятся в движении. При этом может возникать как анатомическое, так и только функциональное повреждение.

**10. Тестовые задания по теме с эталонами ответов.**

1. ВИД ТРАВМАТИЗМА

1) транспортный

2) охотничий

3) железнодорожный

4) рыболовный

5) скейт-бортный

Правильный ответ: 1 ПК-5

1. ВИД ДОРОЖНО-ТРАНСПОРТНОГО ТРАВМАТИЗМА

1) автомобильный

2) детский

3) медицинский

4) промышленный

5) взрослый

Правильный ответ: 1 ПК-5

1. ВИД ТРАНСПОРТНОГО ТРАВМАТИЗМА

1) детский

2) медицинский

3) авиационный

4) промышленный

5) взрослый

Правильный ответ: 3 ПК-5

1. ВИД ПРОИЗВОДСТВЕННОГО ТРАВМАТИЗМА

1) медицинский

2) промышленный

3) детский

4) взрослый

5) автомобильный

Правильный ответ: 2 ПК-5

1. УШИБЛЕННАЯ РАНА ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ ОБЫЧНО СЛЕДУЮЩИМ ПРИЗНАКОМ

1) ровными не осадненными краями

2) тканевыми перемычками («мостиками» в дне раны)

3) остроугольными концами

4) гладкими стенками

5) один конец закруглен, противоположный – заострен

Правильный ответ: 2 ПК-5

1. НЕПОСРЕДСТВЕННОЙ ПРИЧИНОЙ СМЕРТИ ОТ ПОВРЕЖДЕНИЙ ЯВЛЯЕТСЯ

1) судорожный синдром

2) похмельный синдром

3) травматический шок 1 степени

4) аспирация околоплодными водами

5) воздушная, газовая, жировая эмболии

Правильный ответ: 5 ПК-5

1. УСЛОВИЕ, ПРЕДОПРЕДЕЛЯЮЩЕЕ ФОРМУ КРОВОПОДТЕКА НА КОЖЕ

1) сила воздействия

2) материал твердого предмета

3) влажность соударяющихся поверхностей

4) настроение нападавшего

5) форма контактирующей поверхности предмета

Правильный ответ: 5 ПК-5

1. РАЗНОВИДНОСТЬЮ РАНЫ ОТ ВОЗДЕЙСТВИЯ ТВЕРДОГО ТУПОГО ПРЕДМЕТА ЯВЛЯЕТСЯ

1) колото-резаная

2) ушибленная

3) рубленая

4) пиленая

5) колотая

Правильный ответ: 2 ПК-5

1. ЛОКАЛИЗАЦИЯ ПРОТИВОУДАРНЫХ ПОВРЕЖДЕНИЙ ГОЛОВНОГО МОЗГА ПРИ СОУДАРЕНИИ ГОЛОВЫ С ПОВЕРХНОСТЬЮ ПРЕДМЕТА ЗАТЫЛОЧНОЙ ОБЛАСТЬЮ

1) в лобной доле

2) в теменной доле

3) в лобно-височной области

4) в лобно-теменной доле справа

5) в лобно-теменной доле слева

Правильный ответ: 1 ПК-5

1. ЛОКАЛИЗАЦИЯ КОНСТРУКЦИОННОГО ПЕРЕЛОМА НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ПРИ СДАВЛЕНИИ ЕЕ В БОКОВОМ НАПРАВЛЕНИИ

1) в боковом отделе тела

2) в центральном отделе тела

3) в области углов

4) в области ветвей нижней челюсти справа

5) в области ветвей нижней челюсти слева

Правильный ответ: 2 ПК-5

**11. Ситуационные задачи по теме с эталонами ответов**.

Задача №1. (УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-5, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10)

ОБСТОЯТЕЛЬСТВА ДЕЛА. В постановлении о назначении судебно-медицинской экспертизы указано, что «24.02.2008г. в ГКБ от подъезда дома №0 по ул. 0 Мира г.К…… был доставлен С., 1956 г.р., который скончался в 23 часа 30 минут 24.03.2008г. в ГКБ г.К…..»

ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКАЯ ЧАСТЬ.

Представлен акт судебно-медицинского исследования от 05.03.2008, согласно которой: «Представлен акт о смерти С., 51 год, поступил в крайне тяжелом состоянии в 23-00 24.02.08г. по скорой помощи. Жалобы собрать не представляется возможным из-за тяжести состояния. Документов при себе не было. Был найден возле подъезда в сугробе по адресу: Мира, 0. Состояние крайней тяжести. АД, пульс не определяются на периферических сосудах. Зрачки расширены. Фотореакция вялая. Дыхание спонтанное, ослаблено. Кожа и видимые слизистые бледные, прохладные на ощупь. Живот мягкий, на пальпацию не реагирует. Реанимационные мероприятия в течение 30 минут – без эффекта. В 23-30 24.02.08г. констатирована смерть больного. НАРУЖНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ. Труп мужчины, доставлен без одежды, среднего телосложения, пониженного питания, длиной тела 175см. Кожа бледно-серая, холодная на ощупь во всех отделах, в отлогих местах тела сливные, фиолетовые, не исчезающие и не меняющие цвет при надавливании трупные пятна. Трупное окоченение достаточно выражено во всех обычно исследуемых группах мышц. Склеры глаз мутные, тусклые, суховаты, кровоизлияний в соединительные оболочки глаз не отмечается, зрачки равновелики по 0,4 см диаметром. Голова правильной формы, кости черепа и лицевого скелета на ощупь целы. Грудная клетка цилиндрическая, эластичная, упругая, ребра на ощупь целы. Живот на одном уровне с грудной клеткой. Естественные отверстия тела и полости рта и носоглотки свободны, чистые. Слизистая оболочка губ синюшная, подсохшая. Анальное отверстие сомкнуто. Половые органы развиты правильно. Кости конечностей целы. Отсутствуют зубы верхней челюсти. В нижней челюсти оба первых, все после 4-ого слева, и после 4-ого справа. ПОВРЕЖДЕНИЯ. Вокруг глаз багрово-синюшные кровоподтеки в виде синдрома очков, диаметром по 8 см, распространяющиеся на переносицу. Синюшный кровоподтек диаметром 12 см в центре лобно-теменной области, аналогичные кровоподтеки – передняя поверхность верхней трети левого предплечья 12х6 см, задняя поверхность левого локтя диаметром 6 см, и по тыльной поверхности обеих кистей. На левом предплечье 5 ссадин, 3 на локтевом суставе, 1 в средней трети предплечья диаметром по 1 см, и по задней поверхности лучезапястного сустава диаметром 3 см. На фоне кровоподтека левой кисти множественные ссадины диаметром 0,5-0,7 см и, в основании фаланг указательного и среднего пальцев округлые поверхностные раны диаметром по 1 см. Справа - по локтевой поверхности 6 ссадин диаметром от 0,5 см до 1 см. Кровоподтек диаметром 6 см по задней поверхности средней трети предплечья. На фоне кровоподтека правой кисти в проекции безымянного и указательного пальцев овальные вертикальные ссадины диаметром по 2х1 см каждая. На переносице ссадина 4х1 см, в левой скуловой области 2 ссадины диаметром по 1 см, ссадина диаметром 0,5 см по внутренней поверхности левого верхнего века и 3х0,5 см по ходу внутренней части левой брови, множественные кровоизлияния в левое глазное яблоко. Справа множественные кровоизлияния в глазное яблоко. В лобной области и в теменной области на фоне кровоподтека - 11 ссадин размерами от 1до 4 см диаметром. В теменно-затылочной области на участке диаметром 18 см - 16 ссадин диаметром от 1 до 2 см. Все ссадины однотипны, покрыты бурой коркой с западающим дном. По органам – полнокровие, картина острой смерти. Каких-либо повреждений, кроме следов медицинских манипуляций, при исследовании не обнаружено. При проведении воздушной пробы – воздух из плевральных полостей и полостей сердца не получен. При проведении судебно-медицинского исследования трупа использовались: кожные разрезы по методу Шора. ВНУТРЕННЕЕ ИССЛЕДОВАНИЕ: Извлечение органокомплекса произведено по методу Шора, с распилом ребер спереди. Череп вскрывался угловым распилом. Доступ к спинному мозгу осуществлялся сзади по методу Медведева. Масса органов.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Масса | № 38 | норма |
| Мозг | 1590 | До 1400 |
| Легкое правое | 600 | 450 |
| левое | 450 | 375 |
| Сердце | 300 | 200-400 |
| Печень | 1600 | 1200-2000 |
| Селезенка | 90 | 80-180 |
| Почки обе | 300 | 275-310 |
| Правая/Левая | 150/150 |  |

ПОЛОСТЬ ЧЕРЕПА. Головной мозг исследовался методом Вирхова. В кожно-мышечной лоскуте головы в лобно-теменной области в коже, в проекции кровоподтеков и ссадин 9 кровоизлияний от 1до 4 см диаметром. В теменно-затылочной области 4 кровоизлияния диаметром по 2 см. Все кровоизлияния темно-красные с четкими контурами. Толщина лобной кости 0,5 см, височных по 0,3 см, теменных по 0,4 см. Коричневое прокрашивание мягких мозговых и твердой мозговых оболочек по всем отделам. Слева в теменной и чешуе височной костей перелом. Линия перелома №1 расположена - от середины левой части лямбдовидного шва, ориентирована горизонтально и справа налево до заднего края теменного бугра, далее по типу «конец в бок» упирается в вертикальную линию перелома № 2 пересекающую теменной бугор через центр. Верхний конец перелома № 2 на 1 см левее от средней линии, второй конец перелома в проекции основания пирамиды выше ее на 6 см. Верхний конец перелома по внутренней костной пластинке поворачивает кзади под почти прямым углом, заканчиваясь через 2 см, и не проявляется по наружной костной пластинке. При ревизии линии перелома №2 сколы компактной наружной пластинки на протяжении 2 см условного центра, длина перелома № 2 - 7 см. Длина перелома №1 - 5 см и сколы компактной наружной пластинки по всей его длине. Пятнистые множественные кровоизлияния, без повреждения целостности оболочек, справа - по полюсной и базальной поверхности лобной доли на участке диаметром 3 см полюсной и базальной поверхности височной доли на участке диаметром 4 см. Аналогичные кровоизлияния в тех же отделах левого большого полушария - в лобной доле диаметром 5 см, в височной 4 см. Слева по наружной поверхности теменной доли на участке диаметром 6 см кровоизлияния в мягких мозговых оболочек в глубине борозд по типу ограничено диффузного. Данный участок соответствует линии перелома. Твердая мозговая оболочка напряжена, серо-перламутрового цвета, блестящая, в синусах ее темная жидкая кровь в большом количестве. Субдуральное пространство свободно. Мягкие мозговые оболочки вне повреждений тонкие, прозрачные с полнокровными сосудами, походу которых рассеянные точечные субарахноидальные кровоизлияния в глубине борозд. Головной мозг выполняет все резервные пространства, борозды мозга сглажены, извилины уплощены. На миндаликах мозжечка кольцевидная полоса вдавления от краев большого затылочного отверстия, шириной 0,3 см, с наличием губовидного выпячивания вещества мозга внутри кольца и кровоизлияниями по его ходу. Головной мозг дряблый, на разрезах с четкой границей серого и белого вещества и мраморным рисунком подкорковых ядер. Поверхности разрезов тускловаты, липнут к лезвию ножа. Желудочки мозга симметричны, обычного объема, эпендима их бледно-серая, блестящая, влажная, в полостях желудочков следы прозрачной соломенного цвета жидкости. Сосудистые сплетения обычного вида, полнокровны. ОРГАНЫ ШЕИ, ГРУДНОЙ И БРЮШНОЙ ПОЛОСТЕЙ: язык синюшный, влажный, обложен серовато-желтым, не снимающимся налетом. Слизистые оболочки носоглотки синюшные, влажные, блестящие. В мягких тканях шеи повреждений и кровоизлияний не обнаружено. В плевральных полостях следы прозрачной жидкости, легкие выполняют 2/3 полостей, с блестящей, гладкой и влажной плеврой. Органы брюшной полости расположены анатомически правильно, в полости следы прозрачной жидкости соломенного цвета. Листки брюшины гладкие, влажные, блестящие. Просвет пищевода свободен, слизистая его бледно-серая, продольно складчатая. Вход и просвет гортани свободен, слизистая оболочка ее бледно-серая. Подъязычная кость и хрящи гортани целы, в мягких тканях ее повреждений не обнаружено. Просвет трахеи и главных бронхов свободен, хрящи трахеи целы. Щитовидная железа обычных размеров, с равновеликими долями, плотно-эластичная, темно-коричневая, на разрезе полнокровна, дольчатого строения. Аорта эластична, со следами жидкой крови в просвете и рассеянными липидными пятнами в интиме. Легкие синюшные в передних и темно-синюшные в задних отделах, тестоватой консистенции, на разрезах темно-красные с обычным рисунком, полнокровны. Слизистые оболочки воздухо-проводящих путей светло-розовые, набухшие. Бифуркационные лимфоузлы эластичные, не спаянные между собой и с окружающими тканями, темно-синюшные, на разрезах сочные, с обычным рисунком. В полости перикарда следы прозрачной жидкости, листки его гладкие, влажные, блестящие. Сердце дрябло-эластичное, 11х10х9 см, с избыточным отложением жира под эпикардом. В полостях сердца немного жидкой темной крови с мелкими единичными темно-вишневыми свертками. Миокард розовато-синюшный, эластичный, с сетчатым разрастанием соединительной ткани, неравномерного кровенаполнения. Толщина стенки правого желудочка 0,3 см, левого 1,2 см. Клапанный и пристеночный эндокард тонкий, прозрачный, клапаны сформированы правильно. Коронарные артерии с неравномерно утолщенными стенками за счет полулунных и кольцевидных атеросклеротических бляшек с кальцинозом, с облитерацией просвета не более чем на 1/3. Желудок пустой, содержимое кишечника отделам соответствует, слизистые оболочки желудочно-кишечного тракта бледно-серые. Мезентериальные лимфоузлы располагаются раздельно, диаметр их не более 1 см, эластичны. Печень 24х18х16х13 см, плотно-эластичная, крупнобугристая, желто-коричневая с поверхности и на разрезах, полнокровная, со смазанным рисунком долек. Просвет внепеченочных желчевыводящих путей свободно проходим. Поджелудочная железа обычных размеров, плотно-эластичная, бледно-серая, на разрезах – дольчатого строения. Селезенка 6х4х3 см, эластичная, синюшная с гипоплазией белой пульпы, на разрезах без соскоба. Надпочечники листовидной формы, обычных размеров, на разрезах граница слоев четкая. Почки равновелики, 10х6х5 см, дрябло-эластичные. Капсула сползает при надрезе, обнажая ровную поверхность. По краю разреза паренхима наползает на капсулу. На разрезах корковый слой - синюшный, с темно-красным крапом и подчеркнутым рисунком, мозговой слой также с подчеркнутым рисунком, граница слоев отчетливо выражена. Слизистые оболочки лоханок и чашечек бледно-синюшные, гладкие, блестящие, просвет их свободен. Мочеточники проходимы на всем протяжении, с бледно-серой слизистой. Мочевой пузырь пуст, слизистая оболочка его складчатая, бледно-серая, уретра свободно проходима. ПОЗВОНОЧНИК И СПИННОЙ МОЗГ: при ревизии позвоночного столба повреждений не обнаружено. Эпи- и субдуральные пространства свободны, твердая мозговая оболочка напряжена, бледно-серая, блестящая, мягкие мозговые оболочки тонкие, прозрачные, спинной мозг дряблый, на разрезах обычного рисунка. Из трупа для судебно-гистологического исследования взяты кусочки внутренних органов на патоморфологические изменения. Для судебно-химического исследования на наличие алкоголя взята кровь и моча. В качестве вещественного доказательства взята кровь и моча. Свидетельство о смерти: А) Б) В) закрытая черепно-мозговая травма – S 02.0 Г) контакт с тупым предметом намерения неопределенные – Y29. ДАННЫЕ ДОПОЛНИТЕЛЬНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ. Представлен акт судебно-химического исследования от 13.03.08г. При судебно-химическом исследовании вещественных доказательств, изъятых при вскрытии трупа, этиловый спирт не обнаружен. А К Т Судебно-гистологического исследования Судебно-медицинским экспертом, произведено исследование кусочков внутренних органов от трупа С., 1956 г.р. ЗАКЛЮЧЕНИЕ Головной мозг – в 2-х кусочках головного мозга и 1 кусочке мягких мозговых оболочек диффузные субарахноидальные и внутримозговые кровоизлияния из неизмененных эритроцитов, в окружающих кровоизлияния оболочках – лейкоцитарный инфильтрат, наличие гемосидерофагов, очаги склероза и умеренная пролиферация фибробластов; в мозговой ткани вокруг кровоизлияний пролиферация микро и макроглии, умеренная пролиферация фибробластов, лейкоцитарный инфильтрат, единичные гемосидерофаги, большое количество молодых сосудов с плазматизацией стенки. В 1 кусочке головного мозга без кровоизлияний в коре массивное выпадение нейронов с очаговой пролиферацией микроглии, в мягких мозговых оболочках умеренный склероз. В полушариях мозжечка стаз крови в сосудах с диапедезными кровоизлияниями и внутримозговыми кровоизлияниями сосудистого генеза. Во всех отделах мозга выраженный периваскуляроный и перицеллюлярный отек. Легкие – стаз крови в сосудах, выраженный перибронхиальный и перивазальный пневмосклероз, умеренный межуточный отек. Миокард – межуточный отек, умеренный перивазальный склероз, очаги простого ожирения, неравномерная гипертрофия кардиоцитов. Почки – стаз крови в сосудах, зернистая дистрофия эпителия канальцев.

Вопросы:

1. Какие телесные повреждения были обнаружены при экспертизе трупа?
2. Причина смерти?
3. Каково количество ударов, воздействий, которыми причинены повреждения, характер предмета которым были нанесены повреждения?
4. Давность повреждения?
5. Состояние опьянения?

Задача №2. (УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-5, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10)

ОБСТОЯТЕЛЬСТВА ДЕЛА. В направлении на судебно-медицинское исследование трупа не указаны.

Представлена медицинская карта стационарного больного из ГКБ на имя Х., 1966 г.р., который 15.02.09г. в 14-50 бригадой скорой помощи был доставлен в НХО-1 в крайне тяжелом состоянии. Со слов врача скорой помощи травма получена на стройке. Упала на голову деревянная балка 15.02.09г. около 14-00 в п.Горный. строителями перенесен на подстанцию скорой помощи. При поступлении состояние крайне тяжелое. Кожные покровы бледноватые, обычной влажности. Дыхание проводится по всем полям, через интубационную трубку, поверхностное, ЧД 40\мин, хрипов нет. АД 90\60 мм.рт.ст. Пульс 100\мин. Живот участвует в акте дыхания, мягкий, на пальпацию не реагирует. Печень по краю реберной дуги, селезенка не пальпируется. Сознание кома 2. Зрачки равны, на свет реагируют плохо. Взор фиксирован прямо. На осмотр слабая двигательная активность в конечностях, парезы четко выяснить не удалось. Сухожильные рефлексы равны, на грани выпадения. Симптом Кернига 150°. Ригидность мышц затылка намечена. Патологических стопных знаков нет. Ушибленная рана теменной области слева парасаггитального направления 10х5 см, умеренно загрязнена, обильно кровоточит. В ране визуализируются отломки кости. При рентгенологическом исследовании № 3051 от 15.02.09г.: на краниограммах определяется костный дефект в области теменно-затылочной области больших размеров с неровными контурами; травматических повреждений шейного отдела позвоночника не найдено. Больной госпитализирован в отделение реанимации. 15.02.09 ОПЕРАЦИЯ: Первичная хирургическая обработка открытого вдавленного оскольчатого проникающего перелома теменной кости слева. Кожные покровы обработаны дез р-ром дважды. Наркоз. Произведен разрез мягких тканей до кости от углов ушибленной раны по направлению к основанию черепа, общая длина разреза около 20 см. Сформирован кожно-апоневротический лоскут, отведен к уху. Визуализируется оскольчатый вдавленный перелом костей свода черепа с глубиной вдавления до 1 см. Наложено фрезевое отверстие вне проекции перелома. Из фрезевого отверстия удалены отломки кости. Образовался костный дефект неправильной формы 10х5см. Визуализируется ТМО, бледно-серого цвета, плохо передает пульсацию головного мозга, повреждена на участках 3х2см и 5х2см. Головной мозг пролабирует в повреждения ТМО (выраженный отек). Гемостаз коагуляцией, костным воском, фибриновой губкой, сержицелем. Эпидурально установлен дренаж из перчаточной резины. Швы на рану. Ас повязка. Послеоперационный диагноз: Открытая черепно-мозговая травма, ушиб головного мозга тяжелой степени со сдавлением открытым вдавленным оскольчатым проникающим переломом теменной кости слева с переходом на основание черепа через ПЧЯ, СЧЯ и ЗЧЯ. Массивный контузионный очаг левой гемисферы. Отек головного мозга. Ушибленная рана теменной области слева. Геморрагический шок III степени. 17.02 состояние больного крайне тяжелое, кома 2. Произведена компьютерная томография головного мозга № 14151 от 17.02.09г.: грубой дислокации срединных структур нет; дифференцировка на серое и белое вещество умеренно снижена, субарахноидальные пространства обеднены (отек); в затылочной области, больше справа, определяется зона контузионного поражения с геморрагическим компонентом 68х47 мм; субарахноидальные кровоизлияния по межполушарной щели, вероятно, в лобно-височной области слева; костный дефект в теменно-затылочной области справа, переходит в расхождение затылочно-височного шва справа; слева расхождение лобно-височного шва. 19-23.02 состояние больного крайней степени тяжести. Сознание нарушено по типу кома 1-2. Зрачки равны, реакция на свет сохранена, взор фиксирован прямо. Температура тела 37,7С. Продолжается ИВЛ. АД 125\95 мм.рт.ст. Пульс 125\мин. 24.02 с целью длительной ИВЛ больному произведена операция нижняя трахеостомия. 26.02 состояние больного крайне тяжелое, оглушение 3 – сопор. Открывает глаза. Мышечный тонус низкий. АД 120\60 мм.рт.ст. 28.02 состояние больного тяжелое, сознание сопор-кома 1. АД 120\70 мм.рт.ст. Пульс 90\мин. 02.03 общее состояние очень тяжелое. Сопор. Дыхание спонтанное, через трахеостому, адекватное, Аускультативно проводится с обеих сторон, ЧДД 18\мин. АД 120\75 мм.рт.ст. Пульс 84\мин. Больной для дальнейшего лечения переведен в ПИТ НХО-1. 04.03 проведена ФЭГДС, заключение: диффузный атрофический гастрит с … острыми эрозиями в кардиальном и антральном отделах желудка, остановившееся кровотечние. 5-7.03г. состояние больного тяжелое, стабильное. Неврологический статус прежний. Несмотря на проводимое лечение, на фоне нарастания сердечно-сосудистой и дыхательной недостаточности 08.03.09г. в 12-20 констатирована смерть больного.

ПОСМЕРТНЫЙ ДИАГНОЗ. Открытая черепно-мозговая травма. Ушиб головного мозга 3 ст со сдавлением … Оскольчатый прелом теменной кости слева с переходом на основание черепа. Отек и набухание вещества головного мозга, дислокационный синдром. Госпитальная пневмония? Острая дыхательная и сердечно-сосудистая недостаточность.

Алкоголь – в крови не обнаружен.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Данные анализов | | | | |
| Параметры  дата | 15.02 | 24.02 | 1.03 | 05.03 |
| эритроциты | 3,8 | 3,53 | 3,38 | 3,17 |
| Цветной п. | 1,05 | 0,86 | 0,84 | 0,80 |
| гемоглобин | 134 | 101 | 95 | 85 |
| тромбоциты |  | 344 | 713 | 503 |
| гематокрит |  | 29,5 | 28,2 | 27,1 |
| лейкоциты | 11,5 | 17,2 | 19,9 | 13,2 |
| базофилы | 1 |  |  |  |
| эозинофилы |  | 3 | 2 | 2 |
| миелоциты |  |  | 1 |  |
| Юные |  |  | 1 |  |
| палочкоядерные |  | 9 | 1 |  |
| сегментоядерные | 71 | 78 | 84 | 89 |
| лимфоциты | 24 | 6 | 4 | 7 |
| моноциты | 4 | 4 | 7 | 2 |
| Дегенеративные изменения нейтрофилов |  | ++ | + | + |
| Анизоцитоз |  | + | + | ++ |
| Пойкилоцитоз |  | + | + |  |
| Полихромазия |  | + | + | + |
| РОЭ | 4 |  | 62 | 37 |
| Амилаза | 153 |  |  |  |
| мочевина | 3,9 | 4,2 |  |  |
| Билирубин общ. | 19,2 | 13,3 | 10,4 |  |
| Прямой | 4,4 | 4,4 | 3,9 |  |
| непрямой | 14,8 | 8,9 | 6,5 |  |
| Белок крови | 57,6 | 50,4 | 59,6 |  |
| Калий | 3,4 | 4,3 | 4,3 |  |
| Натрий | 137 | 135 | 145 |  |
| Уд. вес мочи |  | 1002 | 1016 |  |
| Белок мочи |  | 62 | 45 |  |
| Лейкоциты мочи |  | 5-7 | 6-12 |  |
| Эритроциты мочи |  | 7-12 | 10-15 |  |

НАРУЖНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ. Труп мужчины, доставлен без одежды, среднего телосложения, правильного удовлетворительного питания, длиной тела 180 см. Кожа бледно-серая, холодная на ощупь во всех отделах, в отлогих местах тела сливные, фиолетовые, не исчезающие и не меняющие цвет при надавливании трупные пятна. Трупное окоченение достаточно выражено во всех обычно исследуемых группах мышц. Склеры глаз мутные, тусклые, суховаты, кровоизлияний в соединительные оболочки глаз не отмечается, зрачки равновелики по 0,4 см диаметром. Голова правильной формы. Грудная клетка цилиндрическая, эластичная, упругая, ребра на ощупь целы. Живот на одном уровне с грудной клеткой. Естественные отверстия тела и полости рта и носоглотки свободны, чистые. Слизистая оболочка губ синюшная, подсохшая. Анальное отверстие сомкнуто, кожа вокруг него слегка обпачкана каловыми массами. Половые органы развиты правильно. Кости конечностей целы.

ПОВРЕЖДЕНИЯ. В лобно-теменно-височной области слева дугообразный, выпуклостью вверх, со следами швов, рубец длиной 12 см. Слева Г-образный рубец, открытым углом вправо, расположенный в центре теменного бугра с длиной ребер по 4 см, багрово-синюшного цвета. Каких-либо видимых повреждений, кроме операционных рубцов на голове и подключичного катетера справа, при исследовании не обнаружено. При проведении воздушной пробы – воздух из плевральных полостей и полостей сердца не получен. При проведении судебно-медицинского исследования трупа использовались: кожные разрезы по методу Шора.

ВНУТРЕННЕЕ ИССЛЕДОВАНИЕ

Извлечение органокомплекса произведено по методу Шора, с распилом ребер спереди. Череп вскрывался угловым распилом. Доступ к спинному мозгу осуществлялся сзади по методу Медведева.

Масса органов.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Масса | № 39 | норма |
| Мозг | 1650 | До 1400 |
| Легкое правое | 590 | 450 |
| левое | 480 | 375 |
| Сердце | 300 | 200-400 |
| Печень | 1400 | 1200-2000 |
| Селезенка | 90 | 80-180 |
| Почки Правая/Левая | 150/150 | 275-310 (обе) |

ПОЛОСТЬ ЧЕРЕПА. В кожно-мышечном лоскуте головы в зоне операции и вышеописанной раны красно-коричневые кровоизлияния. Соответственно рубцу в левой теменной кости веретенообразное, с острыми концами, отверстие в костях черепа 11х7 см, ориентированное на 6 и 10 часов условного циферблата по оси между острыми концами, правый конец на вершине лямбдовидного шва, левый конец – по венечному шву в проекции переднего края основания пирамиды височной кости и выше ее на 2 см. По снятию твердой мозговой оболочки от правого края отверстия до пирамиды височной кости справа расхождение лямбдовидного шва, эпидуральное кровоизлияние в зоне перелома. В зоне отверстия ушитый дефект твердой мозговой оболочки с подпаянным, выбухающим веществом головного мозга. Твердая мозговая оболочка напряжена, серо-перламутрового цвета, блестящая, в синусах ее темная жидкая кровь в большом количестве. Субдуральное пространство свободно. Геморрагический некроз вещества мозга в проекции отверстия в теменной и затылочных долях на глубину до 3 см. Субарахноидальные пятнистые кровоизлияния по базальной поверхности правой височной доли на участке диаметром 5 см, распространяющиеся на вещество мозга на глубину коры. Мягкие мозговые оболочки вне повреждений тонкие, прозрачные с полнокровными сосудами, походу которых рассеянные точечные субарахноидальные кровоизлияния в глубине борозд. Борозды мозга сглажены, извилины уплощены, на миндаликах мозжечка кольцевидная с диффузными субарахноидальными кровоизлияниями полоса вдавления от краев большого затылочного отверстия. Головной мозг дряблый, на разрезах с четкой границей серого и белого вещества и мраморным рисунком подкорковых ядер. Поверхности разрезов тускловаты, липнут к лезвию ножа. Желудочки мозга симметричны, обычного объема, эпендима их бледно-серая, блестящая, влажная, в полостях желудочков следы прозрачной соломенного цвета жидкости. Сосудистые сплетения обычного вида, полнокровны.

ОРГАНЫ ШЕИ, ГРУДНОЙ И БРЮШНОЙ ПОЛОСТЕЙ: язык синюшный, влажный, обложен серовато-желтым, не снимающимся налетом. Слизистые оболочки носоглотки синюшные, влажные, блестящие. В мягких тканях шеи повреждений и кровоизлияний не обнаружено. В плевральных полостях следы прозрачной жидкости, легкие выполняют 2\3 полостей, с блестящей, гладкой и влажной плеврой. Органы брюшной полости расположены анатомически правильно, в полости следы прозрачной жидкости соломенного цвета. Листки брюшины гладкие, влажные, блестящие. Просвет пищевода свободен, слизистая его бледно-серая, продольно складчатая. Вход и просвет гортани свободен, слизистая оболочка ее бледно-серая. Подъязычная кость и хрящи гортани целы, в мягких тканях ее повреждений не обнаружено. Просвет трахеи и главных бронхов свободен, хрящи трахеи целы. Щитовидная железа обычных размеров, с равновеликими долями, плотно-эластичная, темно-коричневая, на разрезе полнокровна, дольчатого строения. Аорта эластична, со следами жидкой крови в просвете и рассеянными липидными пятнами в интиме. Легкие синюшные в передних и темно-синюшные в задних отделах, тестоватой консистенции, на разрезах темно-красные с обычным рисунком, полнокровны. Слизистые оболочки воздухо-проводящих путей светло-розовые, набухшие. Бифуркационные лимфоузлы располагаются в виде пакетов диаметром от 1 до 2 см, эластичные, не спаянные между собой и с окружающими тканями, темно-синюшные, на разрезах сочные, с обычным рисунком. В полости перикарда следы прозрачной жидкости, листки его гладкие, влажные, блестящие. Сердце дрябло-эластичное, 11х10х9 см, с избыточным отложением жира под эпикардом. В полостях сердца немного жидкой темной крови с мелкими единичными темно-вишневыми свертками. Миокард розовато-синюшный, эластичный, с сетчатым разрастанием соединительной ткани, неравномерного кровенаполнения. Толщина стенки правого желудочка 0,3 см, левого 1,2 см. Клапанный и пристеночный эндокард тонкий, прозрачный, клапаны сформированы правильно. Коронарные артерии с неравномерно утолщенными стенками за счет полулунных и кольцевидных атеросклеротических бляшек с кальцинозом, с облитерацией просвета не более чем на 1/3. Желудок пустой, содержимое кишечника отделам соответствует, слизистые оболочки желудочно-кишечного тракта бледно-серые. Мезентериальные лимфоузлы располагаются раздельно, диаметр их не более 1 см, эластичны. Печень 25х18х15х13 см, плотно-эластичная, крупнобугристая, желто-коричневая с поверхности и на разрезах, полнокровная, со смазанным рисунком долек. Просвет внепеченочных желчевыводящих путей свободно проходим. Поджелудочная железа обычных размеров, плотно-эластичная, бледно-серая, на разрезах – дольчатого строения. Селезенка 7х4х3 см, эластичная, синюшная с гипоплазией белой пульпы, на разрезах без соскоба. Надпочечники листовидной формы, обычных размеров, на разрезах граница слоев четкая. Почки равновелики, 11х6х5 см, дрябло-эластичные. Капсула сползает при надрезе, обнажая ровную поверхность. По краю разреза паренхима наползает на капсулу. На разрезах корковый слой - синюшный, с темно-красным крапом и подчеркнутым рисунком, мозговой слой также с подчеркнутым рисунком, граница слоев отчетливо выражена с полнокровием мозгового слоя. Слизистые оболочки лоханок и чашечек бледно-синюшные, гладкие, блестящие, просвет их свободен. Мочеточники проходимы на всем протяжении, с бледно-серой слизистой. Мочевой пузырь пуст, слизистая оболочка его складчатая, бледно-серая, уретра свободно проходима.

Из трупа для судебно-гистологического исследования взяты кусочки внутренних органов на патоморфологические изменения.

А К Т

Судебно-гистологического исследования

Судебно-медицинским экспертом, произведено исследование кусочков внутренних органов от трупа Х., 1966 г.р.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

* Головной мозг – в мягких мозговых оболочках, распространяясь на вещество мозга, склеротические изменения. В мягких мозговых оболочках разрастание соединительной ткани, в веществе мозга массивный глиальный рубец, очаговые некрозы, свежие очаговые кровоизлияния, по периферии некрозов выражена лейкоцитарная инфильтрация. В сосудах мозга стаз крови, тромбоз отдельных вен, диапедезные кровоизлияния.
* Почки – стаз крови в сосудах с наибольшим кровенаполнением сосудов юкстамедуллярной зоны.
* Твердая мозговая оболочка – организующаяся суб- и эпидуральная гематома без свежих кровоизлияний.
* Миокард – межуточный отек, стаз крови в сосудах.
* Легкие – стаз крови в сосудах, в части сосудов агрегация эритроцитов. Межуточный отек. Очаговые интерстициальные кровоизлияния. Выраженный перибронхиальный пневмосклероз, в просвете бронхов среднего калибра скопление слизи и десквамированого бронхотелия.
* Печень – полнокровие синусоидов, воспалительных изменений не выявлено.

Вопросы:

1. Судебно-медицинский диагноз?
2. Осложнения?
3. Степень вреда причиненного здоровью человека?
4. Соответствуют ли данные повреждения обстоятельствам указанным в деле?
5. Состояние опьянения?

Задача № 3. (УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-5, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10)

ОБСТОЯТЕЛЬСТВА ДЕЛА. В постановлении о назначении судебно-медицинской экспертизы указано, что «05.02.03г около 17 часов в ком. 000 по ул. Калинина, гр. С. нанес удар по голове гр. Ю., в результате чего Ю. от полученной травмы скончался 18.02.03г».

ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКАЯ ЧАСТЬ.

Представлена история болезни, заполненная на гр. Ю., 1964 г.р., который 05.02.03 в 17-40 бригадой скорой помощи был доставлен в 1 нейрохирургическое отделение ГБСМП в крайне тяжелом состоянии. Сознание нарушено по типу кома 1-2. обстоятельства травмы неизвестны. Взят по адресу: Калинина, 000, комната 000. ЧДД 18 в минуту Живот напряжен. Слабая реакция на болевые раздражители – движения в руках и ногах. Явных парезов нет. слева зрачок средний, на свет реагирует. Справа глазное яблоко отсутствует (протез). Асимметрии лица нет. сухожильные рефлексы угнетены. Симптом Кернига 130°. Намечены патологические стопные знаки. Рваная рана левой ушной раковины. Из правого носового хода следы крови. Ушибы мягких тканей височной части головы. При ЭХО-ЭС смещение срединных структур головного мозга справа налево 1,5 мм. Диагноз при поступлении: зчмт, ушиб головного мозга; рвано-ушибленная рана левой ушной раковины; ушибы мягких тканей головы. Больной госпитализирован в отделение реанимации, где был осмотрен нейрохирургом, хирургом, стоматологом. Операции: 1) 05.02.03 Лапароцентез. Патологического отделяемого не получено. 2) 05.02.03 ПХО раны левой ушной раковины. 3) 10.02.03 Верхняя трахеостомия. Течение травматической болезни осложнилось абсцедирующей пневмонией, гипоксическим отеком головного мозга. несмотря на проводимое лечение, состояние больного прогрессивно ухудшалось. 18.02.03 наступила остановка дыхания, сердечной деятельности в 17-15.

ПОСМЕРТНЫЙ ДИАГНОЗ. Сочетанная травма тяжелой степени. Повторная черепно-мозговая травма, закрытая черепно-мозговая травма, ушиб головного мозга тяжелой степени. Краниоспинальная травма? Ушиб верхне-шейного отдела спинного мозга. Рваная рана левой ушной раковины. Ушибы мягких тканей головы. Алкогольное опьянение. Осложнения. Двусторонняя абсцедирующая пневмония, отек – набухание головного мозга с дислокацией ствола. Фоновое заболевание. Диссеминированный туберкулез легких в стадии инфильтрации, ---?

Операции: 1) 05.02.03 Лапароцентез. 2) 05.02.03 ПХО раны левой ушной раковины. 3) 10.02.03 Верхняя трахеостомия.

Алкоголь – в крови – 3,02 промилле, в моче – 4,46 промилле.

НАРУЖНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ. Труп мужчины, доставлен без одежды, среднего телосложения, удовлетворительного питания, длиной тела 175 см. Кожа бледно-серая, холодная на ощупь во всех отделах, в отлогих местах тела сливные, фиолетовые, не исчезающие и не меняющие цвет при надавливании трупные пятна. Трупное окоченение достаточно выражено во всех обычно исследуемых группах мышц. Склеры левого глаза мутные, тусклые, суховаты, кровоизлияний в соединительные оболочки глаза не отмечается, левый зрачок 0,4 см диаметром. Вместо правого глаза стеклянный протез. Голова правильной формы. Грудная клетка цилиндрическая, эластичная, упругая, ребра на ощупь целы. Живот на одном уровне с грудной клеткой. Естественные отверстия тела и полости рта и носоглотки свободны, чистые. Слизистая оболочка губ синюшная, подсохшая. Анальное отверстие сомкнуто, кожа вокруг него слегка обпачкана каловыми массами. Половые органы развиты правильно по мужскому типу. Кости конечностей целы.

ПОВРЕЖДЕНИЯ. Слева по центру ушной раковины рваная рана с полным разрывом на глубину 1,5 см, обработанная бриллиантовой зеленью. Других повреждений, кроме следов медицинских манипуляций, при наружном исследовании не обнаружено.

ВНУТРЕННЕЕ ИССЛЕДОВАНИЕ: Полость черепа: в кожно-мышечном лоскуте головы слева в височной области кровоизлияние диаметром 7 см с пропитыванием височных мышц кровью. Справа в лобно-височной области аналогичное кровоизлияние диаметром 12 см. В теменно-затылочной области с центром в проекции лямбдовидного шва кровоизлияние диаметром 6 см. Кожно-мышечный лоскут головы в остальных отделах гладкий, влажный, блестящий. В височной кости справа на границе с лобной, на 3 см выше края орбиты, ориентированная справа налево линия перелома, заканчивающаяся по наружному правому краю турецкого седла. Эпидурально в зоне перелома пластинчатое кровоизлияние. Твердая мозговая оболочка серо-перламутрового цвета, цела, блестящая, гладкая, влажная, просвет ее синусов выполнен жидкой темной кровью с темно-вишневыми свертками. Субарахноидально справа по наружной поверхности лобной доли кровоизлияние диаметром 3 см, кровоизлияние по наружной поверхности височной доли диаметром 3 см и в верхнем отделе постцентральной извилины диаметром 4 см; слева кровоизлияние по наружной поверхности височной доли 5 см диаметром. В черве мозжечка кровоизлияние диаметром 2 см. По базальной поверхности правой височной и лобной долей ржавые кровоизлияния с полостями в височных долях с прозрачным содержимым диаметром по 2 см с каждой стороны. Сосуды Вилизиева круга с тонкими стенками, пустым просветом. Борозды мозга сглажены, извилины уплощены, на миндаликах мозжечка полоса вдавления от краев большого затылочного отверстия шириной 1 см, с пятнистыми кровоизлияниями в глубине полосы. Головной мозг дрябло-эластичный, на разрезах с четкой границей серого и белого вещества и мраморным рисунком подкорковых ядер. Поверхности разрезов тускловаты, липнут к лезвию ножа. Желудочки мозга симметричны, обычного объема, эпендима их бледно-серая, блестящая, влажная, в полостях желудочков следы прозрачной соломенного цвета жидкости. Сосудистые сплетения обычного вида, полнокровны.

При ревизии шейного отдела позвоночного столба в связках атланто-затылочного и атланто-аксиального сочленений множественные вертикально ориентированные темно-красные кровоизлияния полосовидной формы.

ОРГАНЫ ГОЛОВЫ И ШЕИ. Язык синюшный, влажный, обложен серовато-желтым, не снимающимся налетом. Слизистые оболочки носоглотки синюшные, влажные, блестящие. Небные миндалины округлые, диаметром по 1,5 см, с бугристой поверхностью, без наложений, синюшные. В мягких тканях шеи повреждений и кровоизлияний не обнаружено. Вход и просвет гортани свободен, слизистая оболочка ее бледно-серая. Подъязычная кость и хрящи гортани целы, в мягких тканях ее повреждений не обнаружено. Просвет трахеи и главных бронхов свободен, хрящи трахеи целы. Щитовидная железа обычных размеров, с равновеликими долями, плотно-эластичная, темно-коричневая, на разрезе полнокровна, дольчатого строения. Просвет пищевода свободен, слизистая его бледно-серая – продольно-складчатая.

ГРУДНАЯ ПОЛОСТЬ. В верхней полой вене до ее середины через подключичную вставлен пластиковый катетер, вокруг него кольцевидный спаянный со стенкой вены смешанный тромб. В нижней доле левого легкого и в верхней доле правого легкого множественные мелкие треугольные темно-красные основанием к плевре с диаметром основания не более 1 см очаги с некрозом легочной ткани. В плевральных полостях следы прозрачной жидкости. Легкие выполняют 2\3 полостей, с блестящей, гладкой и влажной плеврой. Под висцеральной плеврой, особенно, в прикорневых отделах легких и по базальным поверхностям, множественные точечные кровоизлияния. Легкие синюшные в передних и темно-синюшные в задних отделах. При ощупывании легкие тестоватой консистенции. На разрезах легкие темно-красные с обычным рисунком. С поверхности разреза из сосудов стекает темная жидкая кровь в повышенном количестве, с разреза легочной ткани – пенистая желто-красная, прозрачная жидкость в повышенном количестве. Просвет воздухопроводящих путей свободен. Слизистые оболочки воздухопроводящих путей светло-розовые, набухшие. Бифуркационные лимфоузлы располагаются в виде пакетов диаметром от 1 до 2 см, эластичные, не спаянные между собой и с окружающими тканями, темно-синюшные, на разрезах сочные, с обычным рисунком. В полости перикарда следы прозрачной жидкости, листки его гладкие, влажные, блестящие. Под эпикардом единичные точечные рассеянные темно-красные кровоизлияния. Сердце дрябло-эластичное, 11х9х8 см, с избыточным отложением жира под эпикардом. В полостях сердца немного жидкой темной крови с мелкими единичными темно-вишневыми свертками. Миокард розовато-синюшный, эластичный, неравномерного кровенаполнения. Толщина стенки правого желудочка 0,3 см, левого 1,2 см. Клапаны и пристеночный эндокард тонкий, полупрозрачный, клапаны сформированы правильно, под эндокардом левого желудочка сердца рассеянные мелкопятнистые кровоизлияния в небольшом количестве. Аорта эластична, со следами жидкой крови в просвете и рассеянными липидными пятнами в интиме. Коронарные артерии с тонкими стенками, пустым просветом.

БРЮШНАЯ ПОЛОСТЬ. Органы расположены анатомически правильно. В полости следы прозрачной жидкости соломенного цвета. Листки брюшины гладкие, влажные, блестящие. В просвете желудка и кишечника содержимое соответствует отделам, слизистые оболочки их бледно-серые. Мезентериальные лимфоузлы располагаются раздельно, диаметр их не более 1 см, эластичны. Печень 26х20х18х13 см, эластичная, желто-коричневая с поверхности и на разрезах, полнокровная, со смазанным рисунком долек. В желчном пузыре 15 мл жидкой темно-зеленой желчи, слизистая оболочка его темно-зеленая, бархатистая. Просвет внепеченочных желчевыводящих путей свободно проходим. Поджелудочная железа обычных размеров, плотно-эластичная, бледно-серая, на разрезах - дольчатого строения. Надпочечники листовидной формы, обычных размеров, на разрезах граница слоев отчетливо выражена. Почки равновелики, 11х6х5 см, дрябло-эластичные. Капсула сползает при надрезе, обнажая ровную поверхность. По краю разреза паренхима наползает на капсулу. На разрезах корковый слой - синюшный, с темно-красным крапом и подчеркнутым рисунком, мозговой слой также с подчеркнутым рисунком, граница слоев отчетливо выражена. Слизистые оболочки лоханок и чашечек бледно-синюшные, гладкие, блестящие, просвет последних свободен. Мочеточники проходимы на всем протяжении, с бледно-серой слизистой. Мочевой пузырь пуст, слизистая оболочка его складчатая, бледно-серая, уретра свободно проходима.

Из трупа для судебно-гистологического исследования взяты кусочки внутренних органов на патоморфологические изменения.

В качестве вещественного доказательства взята кровь на марле.

Вопросы:

1. Какие повреждения были обнаружены на трупе?
2. Причина смерти?
3. Мок ли потерпевший совершать активные действия?
4. Время наступления смерти?
5. Состояние опьянения?

Задача №4. (УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-5, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10)

ОБСТОЯТЕЛЬСТВА ДЕЛА. В постановлении о назначении судебно-медицинской экспертизы указано, что «27 марта 2009 года около 23 часов 00 минут в комнате секции дома № 00 г. К……, гр. Т. в ходе ссоры со своей сожительницейК., на почве внезапно-возникших личных неприязненных отношений с ней, нанёс несколько ударов кулаком руки в область головы последней, чем причинил ей множественные телесные повреждения, от которых та скончалась о4 апреля 2009 года в 23 часа 15 минут в Городской клинической больнице № 6 г. К….».

ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКАЯ ЧАСТЬ.

Представлен Акт судебно-медицинского исследований в котором представлена медицинская карта стационарного больного из ГКБ № 6 на имя К., 1968 г.р., которая 02.04.09г. в 5-30 бригадой "скорой помощи" была доставлена в НХО-2 в крайне тяжёлом состоянии, с нарушением сознания по типу кома, сразу же госпитализирована в отделение реанимации. Обстоятельства травмы достоверно неизвестны, со слов врача "скорой помощи" травма в быту, 7 дней назад до поступления, упала, за мед помощью не обращалась. 04.04.09 в 02.00 развился судорожный приступ с потерей сознания, доставлена в ГБ. Объективно при поступлении: Состояние больной при поступлении крайне тяжёлое. Неврологически: сознание нарушено по типу — кома II, на фоне мед седации, изо рта запаха, алкоголя нет. Зрачки: зрачки без разницы сторон, фотореакции угнетены, взор фиксирован. Мышечная гипотония, сух рефлексы равны, угнетены, грубая менингеальная симптоматика. Локально: В левой скуловой области кровоподтёк светло жёлтого цвета. 02.04.09 больной с диагностической целью произведён лапароцентез, данных за гемоперитонеум нет. 02.04.09 проведена компьютерная томография головного мозга № 14544: субдуральная гематома правой гемисферы, массивное субарахноидальное кровоизлияние с прорывом крови в желудочковую систему. Дислокация срединных структур головного мозга справа налево. 02.04.09 произведена операция: Резекционная трепанация черепа в правой теменно-височной области. Удаление подострой субдуралъной гематомы 120 мл. Дренирование субдурального пространства. Дренирование правого бокового желудочка. Произведен разрез мягких тканей справа, в кости наложено фрезевое отверстие, резекция … 5х5 см. Твердая мозговая оболочка напряжена, вскрыта крестообразно. Выделилось около 80 мл вишневого цвета жидкости с точечными сгустками. Из субдурального пространства … около 40 мл сгустков черного цвета. После удаления мозговое вещество пролабирует в дефект … В точке … справа наложено фрезевое отверстие. На глубине 5 см по средней линии произведена пункция правого бокового желудочка. Ликвор резко эритрохромный, удалено … около 20 мл ликвора с кровью. В желудочке установлен дренаж. На операции отмечался выраженный отёк мозга. В послеоперационном периоде больная находилась в отделении реанимации, где больной проводилась интенсивная терапия с целью стабилизации витальных показателей (респираторная поддержка ИВЛ, сосудистая, дезинтоксикационная, дегидратационная, антибактериальная терапия, перевязки, профилактика стрессовых язв, санация ТБД). Несмотря на проводимую терапию, состояние больной оставалось крайне тяжёлым, нарастали явления травматической энцефалопатии, церебральной недостаточностью тяжёлой степени, острой дыхательной недостаточности смешанного генеза и острой сердечной недостаточностью центрального генеза, СПОН в стадии субкомпенсации, эндотоксикоза тяжёлой степени. 04.04.09 в 23.15 на фоне высоких доз инотропной стимуляции наступила остановка сердечной и дыхательной деятельности, констатирована смерть. ПОСМЕРТНЫЙ ДИАГНОЗ: закрытая черепно-мозговая травма. Ушиб головного мозга тяжелой степени со сдавлением подострой субдуральной гематомой правой гемисферы. Массивное субарахноидальное кровоизлияние с прорывом крови в желудочковую систему. Дислокационный синдром. Отёк, вклинение головного мозга. Ушибы мягких тканей головы.

Алкоголь – в крови и моче не обнаружен.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Данные анализов | | | | |
| Параметры  дата | 02.04 | 03.04 | 04.04 |  |
| эритроциты | 4,0 | 4,09 | 3,95 |  |
| Цветной п. | 0,6 | 0,59 | 0,6 |  |
| гемоглобин | 80 | 80 | 79 |  |
| тромбоциты | 364 | 404 | 303 |  |
| гематокрит | 26 | 27,4 | 26,7 |  |
| лейкоциты | 11,7 | 15,8 | 12,5 |  |
| базофилы | 1 |  |  |  |
| палочкоядерные | 1 |  |  |  |
| сегментоядерные | 77 |  |  |  |
| лимфоциты | 11 |  |  |  |
| моноциты | 10 |  |  |  |
| Анизоцитоз | + |  |  |  |
| Пойкилоцитоз | + |  |  |  |
| Полихромазия | + |  |  |  |
| РОЭ |  | 40 | 54 |  |
| Амилаза | 61 |  |  |  |
| мочевина | 6,4 | 8,0 | 7,2 |  |
| Билирубин общ. | 10,6 | 12,4 | 12,7 |  |
| Прямой | 4,9 | 4,9 | 3,8 |  |
| непрямой | 5,7 | 7,5 | 8,9 |  |
| Белок крови | 79,9 | 83,1 | 73,6 |  |
| Калий | 4,8 | 4,1 | 3,9 |  |
| Натрий | 181 | 180 | 179 |  |
| сахар | 12,3 | 5,6 | 4,5 |  |
| Уд. вес мочи | 1000 | 1006 | м/м |  |
| Белок мочи | 45 | 25 | 290 |  |
| Лейкоциты мочи | 2-3 | 2-3 | 10-13 |  |
| Эритроциты мочи | 1-2 | 0-1 | 13-16 |  |

НАРУЖНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ. Труп женщины, доставлен без одежды, среднего телосложения, правильного питания, длиной тела 143 см. Кожа бледно-серая, холодная на ощупь во всех отделах, в отлогих местах тела сливные, фиолетовые, не исчезающие и не меняющие цвет при надавливании трупные пятна. Трупное окоченение достаточно выражено во всех обычно исследуемых группах мышц. Склеры глаз мутные, тусклые, суховаты, кровоизлияний в соединительные оболочки глаз не отмечается, зрачки равновелики по 0,4 см диаметром. Голова правильной формы, кости черепа и лицевого скелета на ощупь целы. Грудная клетка цилиндрическая, эластичная, упругая, ребра на ощупь целы. Живот на одном уровне с грудной клеткой. Естественные отверстия тела и полости рта и носоглотки свободны, чистые. Слизистая оболочка губ синюшная, подсохшая. Анальное отверстие сомкнуто, кожа вокруг него слегка обпачкана каловыми массами. Половые органы развиты правильно. Кости конечностей целы. ПОВРЕЖДЕНИЯ. На левой щеке желтовато-синюшный кровоподтек 5 см в диаметре, на границе со скуловой областью. Аналогичный кровоподтек с багрово-синюшного цвета участками вокруг левого глаза диаметром 3,5 см. Кровоподтеки не смыкаются между собой. В центре лобной области на границе волосистой части головы ушитая рана 3,5 см длиной с 5 швами и осадненными краями. Справа в височной области вертикальная ушитая рана с обработанными краями длиной 9,5 см. Ниже пупка на 2 см лапаротомный ушитый разрез длиной 5 см. Справа - 3 точечных раны в подключичной области от подключичной катетеризации. Каких-либо иных повреждений при исследовании не обнаружено. При проведении воздушной пробы – воздух из плевральных полостей и полостей сердца не получен. При проведении судебно-медицинского исследования трупа использовались: кожные разрезы по методу Шора. ВНУТРЕННЕЕ ИССЛЕДОВАНИЕ Извлечение органокомплекса произведено по методу Шора, с распилом ребер спереди. Череп вскрывался угловым распилом.

Масса органов.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Масса | № 54 | норма |
| Мозг | 1590 | До 1400 |
| Легкое правое | 600 | 450 |
| левое | 510 | 375 |
| Сердце | 340 | 200-400 |
| Печень | 1300 | 1200-2000 |
| Селезенка | 90 | 80-180 |
| Почки обе. Правая/Левая | 150/155 | 275-310 |

ПОЛОСТЬ ЧЕРЕПА. Справа в зоне операции в апоневрозе и височных мышцах кровоизлияние в зоне операционного разреза. В зоне раны в центре лобной области кровоизлияние в апоневроз к краях разреза. Справа в чешуе височной кости трепанационное отверстие диаметром 3,5 см с фестончатыми краями. В лобной кости 2х1,5 см трепанационное отверстие, соответственно ему операционные разрезы твердой оболочки, откуда выбухает некротизированный мозг. Кости свода и основания черепа целы. Твердая мозговая оболочка напряжена, серо-перламутрового цвета, блестящая, в синусах ее смешанные свертки крови в большом количестве. Субдурально по конвекситальной поверхности правых теменной и височной долей наложения эластичных темно-вишневых свертков крови с темно-вишневым прокрашиванием мягких мозговых оболочек. Аналогичные свертки крови справа в передней черепной ямке. Общий объем свертков не превышает 20 мл. При отмывании крови Справа в вене твердой мозговой оболочки, впадающей в сагиттальный синус - разрыв с тотальным пропитыванием стенки красно-коричневой кровью в зоне разрыва. Красно-коричневое прокрашивание твердой мозговой оболочки справа в средней черепной ямке. Головной мозг расползается под пальцами, распластывается на поверхности стола, на разрезах со смазанной границей серого и белого вещества. Слева по передней и базальной поверхностям лобной доли на участке 9х6 см отграничено-диффузное темно-красное кровоизлияние в глубине борозд, на фоне которого по базальной поверхности разрыв мягкой мозговой оболочки длиной 4 см, ориентированный спереди назад. В подлежащем к разрыву веществе мозга темно-вишневое кровоизлияние на глубину коры. Поверхности разрезов тускловаты, липнут к лезвию ножа. Сосудистые сплетения обычного вида, полнокровны. Геморрагический некроз субэпендимарной зоны обеих боковых желудочков и белого вещества больших полушарий на ширину до 1,0 см от желудочков, зоны подкорковых ядер, среднего мозга, продолговатого мозга, мозжечка из-за выраженного дислокационного синдрома. ОРГАНЫ ШЕИ, ГРУДНОЙ И БРЮШНОЙ ПОЛОСТЕЙ: язык синюшный, влажный, обложен серовато-желтым, не снимающимся налетом. Слизистые оболочки носоглотки синюшные, влажные, блестящие. В мягких тканях шеи повреждений и кровоизлияний не обнаружено. В плевральных полостях следы прозрачной жидкости, легкие выполняют 2\3 полостей, с блестящей, гладкой и влажной плеврой. Органы брюшной полости расположены анатомически правильно, в полости следы прозрачной жидкости соломенного цвета. Листки брюшины гладкие, влажные, блестящие. Просвет пищевода свободен, слизистая его бледно-серая, продольно складчатая. Вход и просвет гортани свободен, слизистая оболочка ее темно-розовая, набухшая. Подъязычная кость и хрящи гортани целы, в мягких тканях ее повреждений не обнаружено. Просвет трахеи и главных бронхов свободен с наложениями фибрина, смешанного с гноем, хрящи трахеи целы. Щитовидная железа обычных размеров, с равновеликими долями, плотно-эластичная, темно-коричневая, на разрезе полнокровна, дольчатого строения. Аорта эластична, со смешанными свертками крови в просвете и рассеянными липидными пятнами в интиме. Легкие синюшные в передних и темно-синюшные в задних отделах, тестоватой консистенции, на разрезах темно-красные с обычным рисунком, полнокровны. Слизистые оболочки воздухо-проводящих путей светло-розовые, набухшие. Бифуркационные лимфоузлы диаметром от 1 до 2 см, эластичные, не спаянные между собой и с окружающими тканями, темно-синюшные, на разрезах сочные, с обычным рисунком. В полости перикарда следы прозрачной жидкости, листки его гладкие, влажные, блестящие. Сердце дрябло-эластичное, 11х10х9 см, с избыточным отложением жира под эпикардом. В полостях сердца смешанные свертки крови. Миокард розовато-синюшный, эластичный, неравномерного кровенаполнения. Толщина стенки правого желудочка 0,3 см, левого 1,2 см. Клапанный и пристеночный эндокард тонкий, прозрачный, клапаны сформированы правильно. Коронарные артерии с неравномерно утолщенными стенками за счет полулунных атеросклеротических бляшек с кальцинозом, с облитерацией просвета на не более чем на 1/3. Желудок пустой, содержимое кишечника отделам соответствует, слизистые оболочки желудочно-кишечного тракта бледно-серые. Мезентериальные лимфоузлы располагаются раздельно, диаметр их не более 1 см, эластичны. Печень 24х18х16х13 см, плотно-эластичная, коричневая с поверхности и на разрезах, полнокровная, со смазанным рисунком долек. Просвет внепеченочных желчевыводящих путей свободно проходим. Поджелудочная железа обычных размеров, плотно-эластичная, бледно-серая, на разрезах – дольчатого строения. Селезенка 7х4х3 см, эластичная, синюшная с гипоплазией белой пульпы, на разрезах без соскоба. Надпочечники листовидной формы, обычных размеров, на разрезах граница слоев четкая. Почки равновелики, 10,5х6х5 см, дрябло-эластичные. Капсула сползает при надрезе, обнажая мелкозернистую поверхность. По краю разреза паренхима наползает на капсулу. На разрезах корковый слой - синюшный, с темно-красным крапом и подчеркнутым рисунком, мозговой слой также с подчеркнутым рисунком, граница слоев отчетливо выражена с полнокровием юкстамедуллярной зоны. Слизистые оболочки лоханок и чашечек бледно-синюшные, гладкие, блестящие, просвет их свободен. Мочеточники проходимы на всем протяжении, с бледно-серой слизистой. Мочевой пузырь пуст, слизистая оболочка его складчатая, бледно-серая, уретра свободно проходима.

А К Т Судебно-гистологического исследования

Судебно-медицинским экспертом, произведено исследование кусочков внутренних органов от трупа К., 1968 г.р. ЗАКЛЮЧЕНИЕ. Легкие – выражен внутриальвеолярный и межуточный отек, очаговое скопление лейкоцитов в просвете альвеол, гнойный эндобронхит, межальвеолярные перегородки с межуточным отеком лимфолейкоцитарным инфильтратом. Стаз крови в сосудах микроциркуляции всех групп. Миокард – межуточный отек, неравномерное кровенаполнение сосудов от малокровия до стаза, слабовыраженный перивазальный склероз. Почки – стаз крови венах, малокровие капилляров клубочков, воспалительных и некротических изменений не выявлено. Твердая мозговая оболочка – 2 кусочка, в обоих субдурально наложение фибрина смешанного с фибробластами с наличием гемосидерофагов. В просвете синуса красный сверток крови. В одном из кусочков интрадурально единичные гемосидерофаги на фоне частично гемолизированных эритроцитов с внеклеточным выпадением гемосидерина. В части полей зрения этого кусочка очаговая интрадуральная пролиферация фибробластов. Головной мозг – в мягких мозговых оболочках распространяющиеся на кору мозга диффузные кровоизлияния с гемосидерозом, лейкоцитарной инфильтрацией, пролиферацией фибробластов и глиальных элементов с наличием единичных вновь образованных сосудов. В стволовых отделах головного мозга множественные сосудистые кровоизлияния и очаги некрозов.

Вопросы:

1. Повреждения обнаруженные на трупе?
2. Степень тяжести вреда причиненного здоровью?
3. Время наступления смерти, причина смерти?
4. Могли ли данные повреждения образоваться от падения с «высоты собственного роста»?
5. Состояние опьянения?

Задача №5. (УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-5, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10)

ОБСТОЯТЕЛЬСТВА ДЕЛА. В постановлении о назначении судебно-медицинской экспертизы указано, что «09.04.2009 по адресу: г.К….., ул. Мира, д.00 был обнаружен гр. Ю., 1974г.р. в бессознательном состоянии и доставлен скорой медицинской помощью в МУЗ «ГКБ». 14.04.2009 гр. Ю. умер в МУЗ ГКБ не приходя в сознание».

ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКАЯ ЧАСТЬ.

Представлен Акт судебно-медицинского исследований от 15.05.09г. представлена медицинская карта стационарного больного из ГКБ на имя Ю., 1974 г.р., который 09.04.09г. в 1-05 бригадой скорой помощи был доставлен в токсикологическое отделение с нарушением сознания. Подобран в бессознательном состоянии на ул. Юшкова, 00. При поступлении кома 1-2. Кожные покровы умеренно гиперемированы. В области лба и волосистой части головы имеется ссадина. Зрачки равны, фотореакция слабая. Рефлексы снижены. Мышечный тонус снижен симметрично. Дыхание спонтанное, ЧДД 18\мин, дыхание везикулярное, хрипов нет. АД 120\80 мм.рт.ст. Пульс 82\мин. Изо рта определяется запах алкоголя. Живот при пальпации мягкий. Печень по краю реберной дуги. Проведена компьютерная томография головного мозга № 14597 от 09.04.09г.: КТ-картина обширного травматического повреждения головного мозга: массивное субарахноидальное кровоизлияние по всем полям; в лобно-височно-теменной области слева определяется субдуральная гематома до 16 мм в глубину и до 129 мм по протяженности; срединные структуры смещены слева направо до 10 мм; в охватывающей цистерне и сильвиевых щелях кровь, которой пропитано и мозговое вещество лобных долей; желудочковая система компримирована слева. Больной осмотрен нейрохирургом, переведен в НХО-1. 09.04.09г. произведена операция: КПТ черепа в лобно-теменной области слева, удаление острой субдуральной гематомы. Под интубационным наркозом в положении больного лежа на спине. Кожа рассечена дугообразным разрезом в левой лобно-теменной области, основанием к виску. Теменная, височная и лобная кости скелетированы в пределах раны. Визуализируется линейный перелом теменной кости. Из 5 фрезевых отверстий через линию перелома сформирован и удалён костный лоскут. Твердая мозговая оболочка напряжена, пульсация отсутствует, вскрыта. Аспирировано и отмыто около 80 мл крови в виде сгустков. Обширное контузионное поражение лобной, височной и теменной долей, массивное субарахноидальное кровоизлияние. Вещество мозга выбухает в дефект, при пункции крови не получено. Появилась слабая пульсация вещества мозга. Гемостаз. Твердая мозговая оболочка ушита наводящими швами до активного дренажа, установленного субдурально. Пластика костным лоскутом не выполнена из за выраженного отёка мозга. Послойные швы на рану до активного дренажа. Ас. повязка. В послеоперационном периоде больной переведен в отделение реанимации. 11.04 состояние больного крайне тяжелое, кома 2-3. ИВЛ. АД 75\45 мм.рт.ст. Пульс 94\мин. 12.04 состояние больного терминальное, кома 2-3. Зрачки равны, умеренно расширены, без реакции на свет, взор фиксирован прямо. АД 65\30 мм.рт.ст. Пульс 117\мин. Несмотря на проводимую терапию состояние больного оставалось крайне тяжелым, прогрессировала мозговая недостаточность, на фоне неуправляемой артериальной гипотонии в 1-45 14.04.09г. произошла остановка сердечной деятельности, констатирована смерть больного. ПОСМЕРТНЫЙ ДИАГНОЗ. Закрытая черепно-мозговая травма (09.04.09г.), ушиб головного мозга тяжелой степени. Острая субдуральная гематома в левой теменно-височной области (80 мл). Ушибы и ссадины волосистой части головы. Осложнения. Постдислокационные ишемические поражения ствола на мезэнцефальном уровне. Двусторонняя нижнедолевая пневмония. Сопутствующее заболевание: хронический алкоголизм.

Алкоголь – в крови 2,56 промилле, в моче 0,6 промилле.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Данные анализов | | | | |
| Параметры  дата | 9.04 | 10.04 | 12.04 | 13.04 |
| эритроциты | 4,68 | 4,18 | 4,43 | 3,63 |
| Цветной п. | 0,93 | 0,93 | 0,95 | 0,92 |
| гемоглобин | 146 | 130 | 141 | 111 |
| тромбоциты | 157 | 142 | 218 | 90 |
| гематокрит | 39,3 | 36,3 | 38,6 | 33,2 |
| лейкоциты | 18,3 | 14,3 | 27,9 | 5,2 |
| базофилы |  |  | 1 |  |
| эозинофилы |  |  | 1 |  |
| палочкоядерные | 9 |  | 41 |  |
| сегментоядерные | 71 |  | 33 |  |
| лимфоциты | 8 |  | 14 |  |
| моноциты | 12 |  | 10 |  |
| Дегенеративные изменения нейтрофилов |  |  | + |  |
| Анизоцитоз |  |  | + |  |
| Пойкилоцитоз |  |  | + |  |
| Полихромазия |  |  | + |  |
| Нормобласты |  |  | 2\100 |  |
| РОЭ | 8 | 21 | 47 | 53 |
| Амилаза | 11,0 |  |  |  |
| мочевина | 3,6 | 2,9 | 9,5 | 15,3 |
| Билирубин общ. | 13,7 | 12,6 | 7,0 | 7,5 |
| Прямой | 6,5 | 5,4 | 2,4 | 2,5 |
| непрямой | 7,2 | 7,2 | 4,6 | 5,0 |
| Белок крови | 69,7 | 72,4 | 63,9 | 52,2 |
| Калий | 3,5 | 4,7 | 6,2 | 7,4 |
| Натрий | 151 | 156 | выс | 171 |
| Уд. вес мочи | 1004 | 1000 | м\м | м\м |
| Белок мочи |  |  | 155 | 490 |
| Лейкоциты мочи | 0-0-1 | 0-1 | 0-1-2 | 2-4 |
| Эритроциты мочи | знач |  | 6-7 | 2-4 |

НАРУЖНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ. Труп мужчины, доставлен без одежды, среднего телосложения, правильного удовлетворительного питания, длиной тела 185 см. Кожа бледно-серая, холодная на ощупь во всех отделах, в отлогих местах тела сливные, фиолетовые, не исчезающие и не меняющие цвет при надавливании трупные пятна. Трупное окоченение достаточно выражено во всех обычно исследуемых группах мышц. Склеры глаз мутные, тусклые, суховаты, кровоизлияний в соединительные оболочки глаз не отмечается, зрачки равновелики по 0,5 см диаметром. Голова правильной формы, кости черепа и лицевого скелета на ощупь целы. Грудная клетка цилиндрическая, эластичная, упругая, ребра на ощупь целы. Живот на одном уровне с грудной клеткой. Естественные отверстия тела и полости рта и носоглотки свободны, чистые. Слизистая оболочка губ синюшная, подсохшая. Анальное отверстие сомкнуто, кожа вокруг него чистая. Половые органы развиты правильно. Кости конечностей целы. ПОВРЕЖДЕНИЯ. Синюшные кровоподтеки в местах инъекций: на предплечьях, правой кисти и правом локтевом сгибе. В центре лобной области на 7 см выше надбровных дуг Г-образная с осадненными краями рана, открытым прямым углом влево с длиной ребер по 1 см, со слегка подрытым левым краем, глубиной до кости с тканевыми перемычками в глубине. В зоне раны кровоизлияние в коже диаметром 1,5 см. Слева в лобно-теменной области с переходом на височную область дугообразный операционный разрез длиной 15 см, ушитый. Желтовато-синюшный кровоподтек в левой скуловой области с переходом на нижнее веко диаметром 7 см. Каких-либо иных повреждений при исследовании не обнаружено. При проведении воздушной пробы – воздух из плевральных полостей и полостей сердца не получен. При проведении судебно-медицинского исследования трупа использовались: кожные разрезы по методу Шора.

ВНУТРЕННЕЕ ИССЛЕДОВАНИЕ

Извлечение органокомплекса произведено по методу Шора, с распилом ребер спереди. Череп вскрывался угловым распилом. Доступ к спинному мозгу осуществлялся сзади по методу Медведева.

Масса органов.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Масса |  | норма |
| Мозг | 1590 | До 1400 |
| Легкое правое | 710 | 450 |
| левое | 690 | 375 |
| Сердце | 290 | 200-400 |
| Печень | 1600 | 1200-2000 |
| Селезенка | 90 | 80-180 |
| Почки обе. Правая/Левая | 145/145 | 275-310 |

ПОЛОСТЬ ЧЕРЕПА В кожно-мышечном лоскуте головы кровоизлияние по ходу операции и кровоизлияние в левой теменной области с центром в 5 см от средней линии и кзади на 3 см от венечного шва диаметром 5 см. Слева в теменной и височной костях трепанационное отверстие 5х7 см, ориентированное горизонтально. От верхнезаднего угла отверстия, расположенного в 8 см от стреловидного шва и в 5 см от середины лямбдовидного шва, вправо и кзади идет линия перелома, заканчивающаяся на вершине лямбдовидного шва. Края линии перелом четко сопоставимы. Справа множественные трещины по крыше орбиты, распространяющиеся на дырчатую пластинку решетчатой кости. Субдурально в передних черепных ямках гематома из темно-вишневых свертков объемом 50 мл. По полюсным и базальным поверхностям лобных долей: слева смыкающиеся между собой темно-красные кровоизлияния диаметром 9 см диффузного характера, на фоне которого слева на участке диаметром 3 см более темные пятнистые кровоизлияния с 5-ю эрозиями мягких мозговых оболочек в центре участка, справа на участке 4 см диаметром аналогичные по характеристикам кровоизлияния с эрозиями. По полюсной поверхности правой височной доли аналогичные по характеристикам кровоизлияния с 3 эрозиями в центре полюса на участке диаметром 3 см. Указанные кровоизлияния распространяются на вещество мозга на глубину коры. Борозды мозга сглажены, извилины уплощены, на миндаликах мозжечка кольцевидная с диффузными субарахноидальными кровоизлияниями полоса вдавления от краев большого затылочного отверстия шириной 0,5 см, внутри борозды мозжечок и продолговатый мозг кашицеобразные темно-красного цвета. Головной мозг дряблый, на разрезах с четкой границей серого и белого вещества и мраморным рисунком подкорковых ядер. Поверхности разрезов тускловаты, липнут к лезвию ножа. Желудочки мозга симметричны, обычного объема, эпендима их бледно-серая, блестящая, влажная, в полостях желудочков следы прозрачной соломенного цвета жидкости. Сосудистые сплетения обычного вида, полнокровны. ОРГАНЫ ШЕИ, ГРУДНОЙ И БРЮШНОЙ ПОЛОСТЕЙ: язык синюшный, влажный, обложен серовато-желтым, не снимающимся налетом. Слизистые оболочки носоглотки синюшные, влажные, блестящие. В мягких тканях шеи повреждений и кровоизлияний не обнаружено. В плевральных полостях следы прозрачной жидкости, легкие выполняют 2\3 полостей, с блестящей, гладкой и влажной плеврой. Органы брюшной полости расположены анатомически правильно, в полости следы прозрачной жидкости соломенного цвета. Листки брюшины гладкие, влажные, блестящие. Просвет пищевода свободен, слизистая его бледно-серая, продольно складчатая. Вход и просвет гортани свободен, слизистая оболочка ее бледно-серая. Подъязычная кость и хрящи гортани целы, в мягких тканях ее повреждений не обнаружено. Просвет трахеи и главных бронхов свободен, хрящи трахеи целы. Щитовидная железа обычных размеров, с равновеликими долями, плотно-эластичная, темно-коричневая, на разрезе полнокровна, дольчатого строения. Аорта эластична, со следами жидкой крови в просвете и гладкой интимой. Легкие синюшные в передних и темно-синюшные в задних отделах, тестоватой консистенции, на разрезах темно-красные с обычным рисунком, полнокровны. Слизистые оболочки воздухо-проводящих путей светло-розовые, набухшие. Бифуркационные лимфоузлы диаметром от 1 до 2 см, эластичные, не спаянные между собой и с окружающими тканями, темно-синюшные, на разрезах сочные, с обычным рисунком. В полости перикарда следы прозрачной жидкости, листки его гладкие, влажные, блестящие. Сердце дрябло-эластичное, 11х10х9 см. В полостях сердца смешанные свертки крови с мелкими единичными темно-вишневыми свертками. Миокард розовато-синюшный, эластичный, неравномерного кровенаполнения. Толщина стенки правого желудочка 0,3 см, левого 1,2 см. Клапанный и пристеночный эндокард тонкий, прозрачный, клапаны сформированы правильно. Коронарные артерии с тонкими стенками, пустым просветом. Желудок пустой, содержимое кишечника отделам соответствует, слизистые оболочки желудочно-кишечного тракта грязно-серые из-за аутолиза. Мезентериальные лимфоузлы располагаются раздельно, диаметр их не более 1 см, эластичны. Печень 26х18х15х13 см, плотно-эластичная, коричневая с поверхности и на разрезах, полнокровная, со смазанным рисунком долек. Просвет внепеченочных желчевыводящих путей свободно проходим. Поджелудочная железа обычных размеров, плотно-эластичная, бледно-серая, на разрезах – дольчатого строения. Селезенка 6х4х3 см, эластичная, синюшная, на разрезах без соскоба. Надпочечники листовидной формы, обычных размеров, на разрезах граница слоев четкая. Почки равновелики, 11х6х5 см, дрябло-эластичные. Капсула сползает при надрезе, обнажая ровную поверхность. По краю разреза паренхима слегка наползает на капсулу. На разрезах корковый слой - синюшный, с подчеркнутым рисунком, мозговой слой также с подчеркнутым рисунком, граница слоев отчетливо выражена с полнокровием юкстамедуллярной зоны. Слизистые оболочки лоханок и чашечек бледно-синюшные, гладкие, блестящие, просвет их свободен. Мочеточники проходимы на всем протяжении, с бледно-серой слизистой. Мочевой пузырь пуст, слизистая оболочка его складчатая, бледно-серая, уретра свободно проходима. ПОЗВОНОЧНИК И СПИННОЙ МОЗГ: при ревизии позвоночного столба повреждений не обнаружено, кроме вертикально ориентированных полосчатых темно-красных кровоизлияний в задней атлантозатылочной мембране. Эпи- и субдуральные пространства свободны, твердая мозговая оболочка напряжена, бледно-серая, блестящая, мягкие мозговые оболочки тонкие, прозрачные, спинной мозг дряблый, на разрезах обычного рисунка.

А К Т Судебно-гистологического исследования. Судебно-медицинским экспертом, произведено исследование кусочков внутренних органов от трупа гр. Ю., 1974 г.р. ЗАКЛЮЧЕНИЕ. Головной мозг – диффузные и очаговые субарахноидальные, распространяющиеся на головной мозг до белого вещества кровоизлияния с очаговой лейкоцитарной инфильтрацией и гемолизом эритроцитов, с выпадением нейронов в зоне повреждений, с внеклеточным выпадением гемосидерина. В стволовых отделах мозга выраженная внеклеточная гипергидратация с перивазальными кровоизлияниями с очагами выпадения нейронов, стазом крови в сосудах. Печень – дискомплексация печеночных балок, жировым гепатозом 1-2 степени, стаз крови в сосудах. Воспаления не выявлено. Легкие – неравномерно выраженный внутриальвеолярный отек с геморрагическим компонентом, межуточный отек, очаговые внутриальвеолярные скопления гемосидерофагов, гнойный эндобронхит, очаговая гнойная бронхопневмония. Миокард – стаз крови в сосудах, межуточный отек, очаги неравномерной гипертрофии кардиоцитов. Апоневроз – очаговые кровоизлияния с гемолизом эритроцитов, неравномерно выраженной лейкоцитарной инфильтрацией, внеклеточным выпадением гемосидерина.

Вопросы:

1. Повреждения обнаруженные при исследовании?
2. Степень тяжести вреда причиненного здоровью человека?
3. Время наступления смерти, причина смерти?
4. Могли ли данные повреждения образоваться от падения с «высоты собственного роста»?
5. Состояние опьянения?

Эталон №1

1. При судебно-медицинской экспертизе трупа обнаружены следующие телесные повреждения: а) закрытая черепно-мозговая травма - кровоподтеки и ссадины в лобно-теменной и теменно-затылочной областях, в кожно-мышечном лоскуте головы 9 кровоизлияний в лобно-теменной области и 4 кровоизлияния в теменно-затылочной области; переломы левых теменной височной костей, пятнистые субарахноидальные кровоизлияния по полюсной и базальной поверхности обеих лобных долей и полюсной и базальной поверхности обеих височных долей; ограничено диффузное кровоизлияние слева по наружной поверхности теменной доли; б) множественные кровоподтеки и ссадины лица и верхних конечностей, кровоизлияния в обоих глазных яблоках.
2. Смерть наступила в результате закрытой черепно-мозговой травмы с переломом костей черепа и ушибами головного мозга, осложнившейся отеком и набуханием головного мозга с дислокацией. Заключение подтверждается обнаружением переломов костей свода черепа и очагов ушиба в головном мозге.
3. Локализация и совокупность повреждений головы (кровоподтеки и ссадины в лобно-теменной и теменно-затылочной областях, субарахноидальные кровоизлияния по полюсной и базальной поверхности обеих лобных долей и полюсной и базальной поверхности обеих височных долей; ограничено диффузное кровоизлияние слева по наружной поверхности теменной доли), локализация и механизм образования переломов (линейные, слева в теменной и чешуе височной костей, перелом №1 упирается в перелом №2 по типу конец в бок)) позволяет говорить, что закрытая черепно-мозговая травма имеет импрессионный характер и возникла от неоднократных разнонаправленных травматических ударных воздействий на голову твердого тупого предмета, предметов без четких идентифицирующих признаков, но с массой меньше массы головы. Общее количество воздействий на голову, могущих привести к возникновению черепно-мозговой травмы не менее 13. Кровоподтеки и ссадины лица возникли от неоднократных воздействий твердого тупого предмета без четких идентифицирующих признаков, количество воздействий не менее 3-х. Кровоподтеки и ссадины на конечностях возникли от неоднократных воздействий твердого тупого предмета (предметов) без четких идентифицирующих признаков, подсчитать количество воздействий не представляется возможным из-за наслаивания их друг на друга.
4. Морфологическая давность всех повреждений не превышает 2-х недель, и не может быть ранее 3-х суток к моменту смерти (головной мозг - в окружающих кровоизлияния оболочках – лейкоцитарный инфильтрат, наличие гемосидерофагов, очаги склероза и умеренная пролиферация фибробластов; в мозговой ткани вокруг кровоизлияний пролиферация микро и макроглии, умеренная пролиферация фибробластов, лейкоцитарный инфильтрат, единичные гемосидерофаги, большое количество молодых сосудов с плазматизацией стенки. В 1 кусочке головного мозга без кровоизлияний в коре массивное выпадение нейронов с очаговой пролиферацией микроглии).
5. При поступлении пострадавшего в стационар в крови не обнаружен этиловый спирт.

Эталон №2

1. Открытая черепно-мозговая травма - зарубцевавшаяся рана в области левого теменного бугра, оскольчатый перелом левой теменной кости - веретенообразный дефект левой теменной кости, расхождение лямбдовидного шва справа, ушиб головного мозга в зоне перелома в стадии организации - разрастание соединительной ткани в мягких мозговых оболочках, массивный глиальный рубец в веществе мозга, организующиеся пятнистые кровоизлияния по базальной поверхности правой височной доли

2. Осложнения: очаговые некрозы и кровоизлияния в поврежденных отделах головного мозга, отек и набухание головного мозга с дислокацией; отек легких; венозное полнокровие внутренних органов.

3. Обнаруженная при настоящей экспертизе, ЧЕРЕПНО-МОЗГОВАЯ ТРАВМА причинила вред, опасный для жизни человека и согласно пункту 4.а Правил определения степени тяжести вреда, причиненного здоровью человека (Постановление Правительства РФ от 17 августа 2007 г. N 522) и пункта 6.1. приказа МЗиСР РФ 194н от 24.04.2008.г., квалифицируется, как обусловившая тяжкий вред здоровью. Черепно-мозговая травма имеет прямую причинную связь со смертью.

4. Локализация и совокупность повреждений головы, а также характер перелома свода черепа позволяют говорить, что черепно-мозговая травма имеет импрессионно-инерционный механизм и возникла от однократного воздействия твердого тупого предмета значительной массы на левую теменную область с действием травмирующей силы сверху вниз и несколько слева направо. Заключение подтверждается локальным характером перелома левой теменной кости с ушибом головного мозга в зоне перелома и наличием противоударных кровоизлияний в правой височной доле. Указанная травма могла быть получена при условии, указанном в карте стационарного больного (упала на голову деревянная балка 15.02.09г. около 14-00).

5. При поступлении пострадавшего в стационар в крови не обнаружен этиловый спирт.

Эталон №3

* 1. При судебно-медицинской экспертизе трупа обнаружены телесные повреждения в виде: а) Закрытая черепно-мозговая травма – рваная рана левой ушной раковины, кровоизлияния в коже головы слева в височной, справа в лобно-височных, в теменно-затылочной областях, линейный перелом правой височной кости, распространяющийся на основание черепа, субарахноидальные кровоизлияния в правых лобной, височной и теменной долях, в левой височной доле, в черве мозжечка; б) закрытая спинальная травма – кровоизлияния в связки 1-2 шейных позвонков. Все повреждения причинены в короткий промежуток времени. Повреждения являются опасными для жизни в момент причинения, обусловили тяжкий вред здоровью и имеют прямую причинную связь со смертью.
  2. Смерть наступила в результате сочетанной травмы тела (см. п.1), сопровождавшейся переломом костей черепа и очагами ушиба головного мозга, осложнившейся отеком и набуханием головного мозга с дислокацией. Вывод подтверждается картиной, найденной на вскрытии, и данными медицинской документации.
  3. Учитывая литературные данные, после получения вышеуказанных телесных повреждений, потерпевший мог совершать целенаправленные действия, в том числе передвигаться от нескольких минут до нескольких часов, однако, наличие повреждения червя мозжечка вероятность самостоятельных действий потерпевшего после травмы очень низка.
  4. Смерть пострадавшего наступила 18.02.03 в 17 часов 15 минут.
  5. При поступлении пострадавшего в стационар в крови обнаружен этиловый спирт, концентрация которого соответствует тяжелой степени алкогольного опьянения по аналогии с живыми лицами.

Эталон №4

1. При судебно-медицинской экспертизе трупа обнаружены следующие телесные повреждения: закрытая черепно-мозговая травма – кровоподтеки на левой щеке и вокруг левого глаза, справа разрыв вены, впадающей в сагиттальный синус, субдуральная плащевидная гематома по конвекситальной поверхности правых теменной и височной долей, справа в передней черепной ямке, субарахноидальные и внутримозговые корковые кровоизлияния слева по передней и базальной поверхностям лобной доли с разрывом мягкой мозговой оболочки.
2. Обнаруженная при настоящей экспертизе, ЧЕРЕПНО-МОЗГОВАЯ ТРАВМА причинила вред, опасный для жизни человека и согласно пункту 4.а Правил определения степени тяжести вреда, причиненного здоровью человека (Постановление Правительства РФ от 17 августа 2007 г. N 522) и пункта 6.1. приказа МЗиСР РФ 194н от 24.04.2008.г., квалифицируется, как обусловившая тяжкий вред здоровью. Черепно-мозговая травма имеет прямую причинную связь со смертью.
3. Смерть наступила 04.04.09 в 23.15 в результате закрытой черепно-мозговой травмы с разрывом вены, впадающей с сагиттальный синус справа, субдуральной гематомой со сдавлением головного мозга, ушибом головного мозга, осложнившейся отеком и дислокацией головного мозга с геморрагическим некрозом стволовых отделов и мозжечка. Заключение подтверждается клинической картиной, в том числе и во время операции (мышечная гипотония, сухожильные рефлексы угнетены, грубая менингеальная симптоматика, удаление подострой субдуральной гематомы 120 мл) и морфологической картиной - справа разрыв вены, впадающей в сагиттальный синус, субдуральная плащевидная гематома по конвекситальной поверхности правых теменной и височной долей, справа в передней черепной ямке, субарахноидальные и внутримозговые корковые кровоизлияния слева по передней и базальной поверхностям лобной доли с разрывом мягкой мозговой оболочки. Морфологические изменения в поврежденных органах и тканях – желтоватое прокрашивание кровоподтеков на лице, признаков организации (гемосидероз, пролиферация фибробластов, пролиферация глии в веществе мозга) признаков подострой гематомы во время операции, за 2-е суток до смерти, желтоватый цвет кровоподтеков при поступлении в стационар, позволяют говорить, что давность черепно-мозговой травмы не менее 3-х суток, но не более 2-х недель к моменту смерти, и не менее 3-х суток к моменту поступления пострадавшей в стационар.
4. Заболеваний головного мозга у пострадавшей не обнаружено. Маловероятно, что пострадавшая могла получить описанную черепно-мозговую травму при падении с высоты собственного роста.
5. При поступлении пострадавшей в стационар в крови не обнаружен этиловый спирт.

Эталон №5

1. При судебно-медицинской экспертизе обнаружены следующие телесные повреждения: открытая черепно-мозговая травма – Г-образная рвано-ушибленная рана в центре лобной области, кровоизлияние в коже левой теменной области, линейный перелом левой теменной кости, множественные трещины крыши правой орбиты, распространяющиеся на дырчатую пластинку решетчатой кости, субдуральная плащевидная гематома в передних черепных ямках объемом 50 мл, субарахноидальные и внутримозговые кровоизлияния по полюсным и базальным поверхностям обеих лобных долей головного мозга и по полюсной поверхности правой височной.
2. Обнаруженная при настоящей экспертизе, ЧЕРЕПНО-МОЗГОВАЯ ТРАВМА причинила вред, опасный для жизни человека и согласно пункту 4.а Правил определения степени тяжести вреда, причиненного здоровью человека (Постановление Правительства РФ от 17 августа 2007 г. N 522) и пункта 6.1. приказа МЗиСР РФ 194н от 24.04.2008.г., квалифицируется, как обусловившая тяжкий вред здоровью. Черепно-мозговая травма имеет прямую причинную связь со смертью.
3. Смерть наступила в 1-45 14.04.09. в результате черепно-мозговой травмы, с переломом костей свода и основания черепа, ушибом головного мозга, осложнившейся отеком и дислокацией последнего с некрозом стволовых отделов мозга и мозжечка. Вывод подтверждается клинико-морфологической картиной - при поступлении кома 1-2, на операции и при исследовании трупа обнаружены перелом левой теменной кости, субдуральная гематома и ушибы головного мозга
4. Маловероятно, что повреждения могли быть получены пострадавшим при падении с высоты собственного роста из положения стоя.
5. При поступлении пострадавшего в стационар в крови обнаружен этиловый спирт, концентрация которого соответствует тяжелой степени алкогольного опьянения по аналогии с живыми лицами.

**6.Перечень практических умений по изучаемой теме**

(УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-5, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10);

- установить причину смерти;

- провести судебно-медицинское исследование трупа при различных видах насильственной смерти;

- определить степень тяжести телесных повреждений;

- установить причинно-следственную связь между повреждением и неблагоприятным исходом;

**7. Рекомендации по выполнению НИР**

Примерная тематика по НИР по теме - не предусмотрена.

**8. Рекомендованная литература по теме занятия (обязательная, дополнительная, электронные ресурсы, включая законодательные и нормативно-правовые документы)**

**Занятие № 14**

**1. Индекс: ОД.О.01.1.4.14 Тема: «Судебно-медицинская экспертиза повреждений от воздействия предметов, обладающих свойствами тупого твердого. Переломы длинных трубчатых костей. Переломы плоских костей. Переломы ребер. Переломы позвоночника».**

**2. Форма организации занятия:** подготовка к практическому занятию.

**3. Перечень вопросов для самоподготовки по теме практического занятия**

1. Классификациях переломов по причине возникновения? (УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-5, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10)

ОТВЕТ: Травматические — вызванные внешним воздействием.

* Патологические — возникающие при минимальном внешнем воздействии вследствие разрушения кости каким-нибудь [патологическим](http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9F%D0%B0%D1%82%D0%BE%D0%BB%D0%BE%D0%B3%D0%B8%D1%8F) процессом (например, [туберкулёзным](http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%A2%D1%83%D0%B1%D0%B5%D1%80%D0%BA%D1%83%D0%BB%D1%91%D0%B7), [опухолевым](http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9E%D0%BF%D1%83%D1%85%D0%BE%D0%BB%D1%8C) или другим).

2. Классификациях переломов по тяжести поражения? (УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-5, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10)

ОТВЕТ:

* Полные.
* Без смещения (например, под [надкостницей](http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9D%D0%B0%D0%B4%D0%BA%D0%BE%D1%81%D1%82%D0%BD%D0%B8%D1%86%D0%B0)).
* Со смещением отломков.
* Неполные — трещины и надломы.

3. Классификациях переломов по форме и направлению перелома? (УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-5, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10)

ОТВЕТ:

* Поперечные — линия перелома условно [перпендикулярна](http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9F%D0%B5%D1%80%D0%BF%D0%B5%D0%BD%D0%B4%D0%B8%D0%BA%D1%83%D0%BB%D1%8F%D1%80) оси трубчатой кости.
* Продольные — линия перелома условно параллельна оси трубчатой кости.
* Косые — линия перелома проходит под [острым углом](http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9E%D1%81%D1%82%D1%80%D1%8B%D0%B9_%D1%83%D0%B3%D0%BE%D0%BB) к оси трубчатой кости.
* Винтообразные — происходит вращение костных отломков, костные отломки «повёрнуты» относительно своего нормального положения.
* Оскольчатые — нет единой линии перелома, кость в месте повреждения раздроблена на отдельные отломки.
* Клиновидные — как правило возникает при переломах [позвоночника](http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9F%D0%BE%D0%B7%D0%B2%D0%BE%D0%BD%D0%BE%D1%87%D0%BD%D0%B8%D0%BA), когда одна кость вдавливается в другую, образуя клиновидную деформацию.
* Вколоченные — костные отломки смещаются проксимальней по оси трубчатой кости или располагаются вне основной плоскости [губчатой кости](http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%93%D1%83%D0%B1%D1%87%D0%B0%D1%82%D0%B0%D1%8F_%D0%BA%D0%BE%D1%81%D1%82%D1%8C).
* Компрессионные — костные отломки мелкие, чёткой, единой линии перелома нет.

4. Классификациях переломов по целостности кожных покровов(УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-5, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10)

ОТВЕТ: Закрытые — не сопровождаются ранениями тканей, проникающих к месту перелома, и не сообщаются с внешней средой. Единичные — если один перелом одного сегмента опорно-двигательного аппарата. Множественные — если перелом в пределах одного сегмента или различных сегментов опорно-двигательного аппарата.

* Открытые — (огнестрельные и неогнестрельные), переломы костей сопровождающиеся ранениями мягких тканей и сообщающиеся с внешней средой. Сочетанные — если перелом сочетается с травмой внутренних органов, черепа. Комбинированные — если поражение в одной анатомической области или в разных анатомических областях.

5. Классификациях переломов по локализации перелома, по осложнениям? (УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-5, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10)

ОТВЕТ: По локализации перелома. В пределах трубчатой кости выделяют: диафиза, эпифиза, метафиза

По осложнениям: 1.Осложнённые:[травматическим шоком](http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%A2%D1%80%D0%B0%D0%B2%D0%BC%D0%B0%D1%82%D0%B8%D1%87%D0%B5%D1%81%D0%BA%D0%B8%D0%B9_%D1%88%D0%BE%D0%BA), [повреждением внутренних органов](http://ru.wikipedia.org/w/index.php?title=%D0%9F%D0%BE%D0%B2%D1%80%D0%B5%D0%B6%D0%B4%D0%B5%D0%BD%D0%B8%D0%B5_%D0%B2%D0%BD%D1%83%D1%82%D1%80%D0%B5%D0%BD%D0%BD%D0%B8%D1%85_%D0%BE%D1%80%D0%B3%D0%B0%D0%BD%D0%BE%D0%B2&action=edit&redlink=1), [кровотечением](http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9A%D1%80%D0%BE%D0%B2%D0%BE%D1%82%D0%B5%D1%87%D0%B5%D0%BD%D0%B8%D0%B5), [жировой эмболией](http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%96%D0%B8%D1%80%D0%BE%D0%B2%D0%B0%D1%8F_%D1%8D%D0%BC%D0%B1%D0%BE%D0%BB%D0%B8%D1%8F), [раневой инфекцией](http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%A0%D0%B0%D0%BD%D0%B5%D0%B2%D0%B0%D1%8F_%D0%B8%D0%BD%D1%84%D0%B5%D0%BA%D1%86%D0%B8%D1%8F), [остеомиелитом](http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9E%D1%81%D1%82%D0%B5%D0%BE%D0%BC%D0%B8%D0%B5%D0%BB%D0%B8%D1%82), [сепсисом](http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%A1%D0%B5%D0%BF%D1%81%D0%B8%D1%81).2.Неосложнённые.

6. Что называют анатомическим и функциональным повреждением? (УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-5, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10)

ОТВЕТ: Повреждения с видимыми визуально или выявляемыми с помощью рентгенографии, микроскопии и других дополнительных методов исследования нарушения целости ткани или органа называются анатомическими. В зависимости от характера изменений различают ссадины, кровоподтеки, переломы костей, вывихи, растяжения, повреждения внутренних органов, размятая тела и отделения его на части. Функциональными называют такие повреждения, при которых анатомические нарушения отсутствуют либо настолько минимальны, что обнаруживаются лишь с помощью специальных исследований, но функция органа является на-рушеняой. Сюда можно отнести расстройство здоровья и смерть при ударах в рефлексогенные зоны, сотрясение головного мозга, физическая боль.

7. Каким образом устанавливается повреждение функционального характера? (УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-5, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10)

ОТВЕТ: Функциональное повреждение может быть обнаружено только при обследовании человека. При этом иногда требуется применение специальных методов исследования с участием соответствующих специалистов. Например, при отсутствии каких-либо повреждений определяется слепота, глухота, паралич конечностей. В таких случаях важно доказать прямую связь утраты функции с предполагаемой травмой. Доказать функциональное повреждение при исследовании трупа можно лишь по истории болезни, то есть с учетом прижизненного обследования потерпевшего.

8. Как следует описывать повреждение при выявлении его на месте обнаружения трупа? (УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-5, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10)

ОТВЕТ: Описание повреждений, в том числе при первичном осмотре трупа на месте его обнаружения, должно быть полным и точным, но без каких-либо выводов, которые будут сделаны после окончания исследования. Чтобы не пропустить важных деталей, нужно придерживаться следующего плана. Вначале указать характер повреждения, то есть что обнаружено (ссадина, рана, перелом и т. д.), затем локализацию. При этом, указав область тела, отметить две перпендикулярных линии до ближайших анатомических точек в сантиметрах. В некоторых случаях необходимо также привести расстояние от подошвы стоп до нижнего края повреждения. Например: «В правой теменной области волосистой части головы на 3 см выше сращения ушной раковины и на 2 см кпереди от затылочного бугра расположена округлая рана, нижний край которой на 168 см отстоит от подошвы стоп». Форма повреждения описывается с указанием геометрической фигуры либо приближенной к ней (например, неправильно треугольная). Допускается сравнение с общеизвестными предметами (полулунная, звездчатая, «П»-образная). Размеры приводятся в сантиметрах. При измерении площади указываются два взаимно-перпендикулярных наибольших размера, отдельно — глубина проникновения, либо отмечается только длина. При наличии множества однотипных повреждений допускается привести меньший и больший их размер. Направление расположения повреждения отмечается относительно продольной оси тела: горизонтальное, вертикальное, косо, иногда с указанием угла в градусах. При нескольких повреждениях важно привести их взаиморасположение. Цветповрежденного участка тканей указывается с его оттенками на разных участках. Описывается рельефповерхности травмированной зоны (гладкий, бугристый и пр.), особенность краев повреждения (ровные, неровные, мелкозубчатые, фестончатые, осадненные, размозженные и пр.), при описании раны — ее стороны (скошенная, обрывистая), особенность концов, что более важно при описании ран: они могут быть острыми, закругленными, «М» или «П»-образными, с насечками или раздвоением. Если описывается рана — важно указать на детали, обнаруживаемые в просвете (перемычки, луковицы волос, кровоизлияния, гнойное содержимое и пр.) и ее дне (раз-моженная мышечная ткань, поврежденная или неповрежденная кость). Важно заметить и описать инородные включения в зоне травмы (частицы древесины, кирпича, осколки стекла, зерна пороха, копоть и пр.) При невозможности точно установить природу необходимо дать описание выявленной микрочастицы. Наконец стоит описать ткань вокруг повреждения (припухлость, кровоизлияние, загрязнение и пр.). Подробности необходимы, так как каждый из этих признаков может оказаться важным при решении вопросов, связанных с установлением особенностей травмировавшего орудия.

**4. Самоконтроль по тестовым заданиям данной темы**

1. НЕПОСРЕДСТВЕННОЙ ПРИЧИНОЙ СМЕРТИ ОТ ПОВРЕЖДЕНИЙ ЯВЛЯЕТСЯ
   1. судорожный синдром
   2. похмельный синдром
   3. травматический шок 1 степени
   4. аспирация околоплодными водами
   5. воздушная, газовая, жировая эмболии

Правильный ответ: 5 ПК-5

1. УСЛОВИЕ, ПРЕДОПРЕДЕЛЯЮЩЕЕ ФОРМУ КРОВОПОДТЕКА НА КОЖЕ
   1. сила воздействия
   2. материал твердого предмета
   3. влажность соударяющихся поверхностей
   4. настроение нападавшего
   5. форма контактирующей поверхности предмета

Правильный ответ: 5 ПК-5

1. ЛОКАЛИЗАЦИЯ ПРОТИВОУДАРНЫХ ПОВРЕЖДЕНИЙ ГОЛОВНОГО МОЗГА ПРИ СОУДАРЕНИИ ГОЛОВЫ С ПОВЕРХНОСТЬЮ ПРЕДМЕТА ЗАТЫЛОЧНОЙ ОБЛАСТЬЮ
   1. в лобной доле
   2. в теменной доле
   3. в лобно-височной области
   4. в лобно-теменной доле справа
   5. в лобно-теменной доле слева

Правильный ответ: 1 ПК-5

1. ТЕРМИНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ
   1. критическим падением артериального давления
   2. судорогами
   3. нарушением сна
   4. нарушением всасывания в кишечнике
   5. дезориентацией в месте и времени

Правильный ответ: 1 ПК-5

1. ОБЪЕКТИВНЫМ ПРИЗНАКОМ БИОЛОГИЧЕСКОЙ СМЕРТИ ЯВЛЯЕТСЯ
   1. головная боль
   2. понижение температуры тела до 36 градусов
   3. отсутствие реакции зрачков на свет
   4. трупные пятна и трупное окоченение
   5. гнилостные изменения

Правильный ответ: 3 ПК-5

1. КЛИНИЧЕСКИМИ КРИТЕРИЯМИ «СМЕРТИ МОЗГА» ПРИНЯТО СЧИТАТЬ
   1. полную потерю речи
   2. нарушение сна
   3. исчезновение любых видов рефлексов и реакции на внешние раздражители
   4. дезориентацию в месте и времени
   5. полную потерю слуха

Правильный ответ: 3 ПК-5

1. РАЗЛИЧНЫЕ ПРИЧИНЫ СМЕРТИ МОГУТ
   1. ускорять или замедлять развитие посмертных изменений
   2. не оказывать влияния на посмертные изменения
   3. связь усматривается только в случаях скоропостижной смерти
   4. связь усматривается только при определенных обстоятельствах
   5. связь усматривается только в случаях травмы

Правильный ответ: 1 ПК-5

1. ПРОБА НА ВОЗДУШНУЮ ЭМБОЛИЮ СЧИТАЕТСЯ ПОЛОЖИТЕЛЬНОЙ, ЕСЛИ ИЗ СЕРДЦА, ПРОКОЛОТОГО ПОД ВОДОЙ, ЗАЛИТОЙ В ОКОЛОСЕРДЕЧНУЮ СОРОЧКУ, ВЫДЕЛЯЮТСЯ ПУЗЫРЬКИ ГАЗА
   1. из левых его отделов
   2. из правых его отделов
   3. из правых и левых отделов
   4. из дуги аорты
   5. из полых вен

Правильный ответ: 2 ПК-5

1. В КОМПЕТЕНЦИЮ СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКОГО ЭКСПЕРТА ВХОДИТ УСТАНОВЛЕНИЕ СОСТОЯНИЙ, ПРЕДШЕСТВОВАВШИХ СМЕРТИ
   1. острота зрения
   2. степень переваривания пищи
   3. наличие сопутствующих заболеваний
   4. выраженность производительной способности
   5. половое сношение

Правильный ответ: 3 ПК-5

1. ПРОБА НА ВОЗДУШНУЮ ЭМБОЛИЮ ПРОВОДИТСЯ
   1. во всех случаях скоропостижной смерти
   2. при травматизации крупных артерий
   3. подозрении на смерть от отравления
   4. при подозрении на воздушную эмболию (при внутривенных введениях)
   5. в случаях наличия перелома кости

Правильный ответ: 4 ПК-5

**11. Ситуационные задачи по теме с эталонами ответов**.

Задача №1. (УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-5, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10)

ОБСТОЯТЕЛЬСТВА ДЕЛА. В постановлении о назначении судебно-медицинской экспертизы указано, что «30.05.2010г. в ГМБ от подъезда дома №0 по ул. 0 Мира г.М…… был доставлен М., 1958 г.р., который скончался в 23 часа 30 минут 30.05.2010г. в ГМБ г.М…..»

ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКАЯ ЧАСТЬ.

Представлен акт судебно-медицинского исследования от 05.03.2008, согласно которой: «Представлен акт о смерти М., 49 год, поступил в крайне тяжелом состоянии в 23-00 30.05.10г. по скорой помощи. Жалобы собрать не представляется возможным из-за тяжести состояния. Документов при себе не было. Был найден возле подъезда в сугробе по адресу: Мира, 0. Состояние крайней тяжести. АД, пульс не определяются на периферических сосудах. Зрачки расширены. Фотореакция вялая. Дыхание спонтанное, ослаблено. Кожа и видимые слизистые бледные, прохладные на ощупь. Живот мягкий, на пальпацию не реагирует. Реанимационные мероприятия в течение 30 минут – без эффекта. В 23-30 30.05.10г. констатирована смерть больного. НАРУЖНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ. Труп мужчины, доставлен без одежды, среднего телосложения, пониженного питания, длиной тела 175см. Кожа бледно-серая, холодная на ощупь во всех отделах, в отлогих местах тела сливные, фиолетовые, не исчезающие и не меняющие цвет при надавливании трупные пятна. Трупное окоченение достаточно выражено во всех обычно исследуемых группах мышц. Склеры глаз мутные, тусклые, суховаты, кровоизлияний в соединительные оболочки глаз не отмечается, зрачки равновелики по 0,4 см диаметром. Голова правильной формы, кости черепа и лицевого скелета на ощупь целы. Грудная клетка цилиндрическая, эластичная, упругая, ребра на ощупь целы. Живот на одном уровне с грудной клеткой. Естественные отверстия тела и полости рта и носоглотки свободны, чистые. Слизистая оболочка губ синюшная, подсохшая. Анальное отверстие сомкнуто. Половые органы развиты правильно. Кости конечностей целы. Отсутствуют зубы верхней челюсти. В нижней челюсти оба первых, все после 4-ого слева, и после 4-ого справа. ПОВРЕЖДЕНИЯ. Вокруг глаз багрово-синюшные кровоподтеки в виде синдрома очков, диаметром по 8 см, распространяющиеся на переносицу. Синюшный кровоподтек диаметром 12 см в центре лобно-теменной области, аналогичные кровоподтеки – передняя поверхность верхней трети левого предплечья 12х6 см, задняя поверхность левого локтя диаметром 6 см, и по тыльной поверхности обеих кистей. На левом предплечье 5 ссадин, 3 на локтевом суставе, 1 в средней трети предплечья диаметром по 1 см, и по задней поверхности лучезапястного сустава диаметром 3 см. На фоне кровоподтека левой кисти множественные ссадины диаметром 0,5-0,7 см и, в основании фаланг указательного и среднего пальцев округлые поверхностные раны диаметром по 1 см. Справа - по локтевой поверхности 6 ссадин диаметром от 0,5 см до 1 см. Кровоподтек диаметром 6 см по задней поверхности средней трети предплечья. На фоне кровоподтека правой кисти в проекции безымянного и указательного пальцев овальные вертикальные ссадины диаметром по 2х1 см каждая. На переносице ссадина 4х1 см, в левой скуловой области 2 ссадины диаметром по 1 см, ссадина диаметром 0,5 см по внутренней поверхности левого верхнего века и 3х0,5 см по ходу внутренней части левой брови, множественные кровоизлияния в левое глазное яблоко. Справа множественные кровоизлияния в глазное яблоко. В лобной области и в теменной области на фоне кровоподтека - 11 ссадин размерами от 1до 4 см диаметром. В теменно-затылочной области на участке диаметром 18 см - 16 ссадин диаметром от 1 до 2 см. Все ссадины однотипны, покрыты бурой коркой с западающим дном. По органам – полнокровие, картина острой смерти. Каких-либо повреждений, кроме следов медицинских манипуляций, при исследовании не обнаружено. При проведении воздушной пробы – воздух из плевральных полостей и полостей сердца не получен. При проведении судебно-медицинского исследования трупа использовались: кожные разрезы по методу Шора. ВНУТРЕННЕЕ ИССЛЕДОВАНИЕ: Извлечение органокомплекса произведено по методу Шора, с распилом ребер спереди. Череп вскрывался угловым распилом. Доступ к спинному мозгу осуществлялся сзади по методу Медведева. Масса органов.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Масса | № 38 | норма |
| Мозг | 1590 | До 1400 |
| Легкое правое | 600 | 450 |
| левое | 450 | 375 |
| Сердце | 300 | 200-400 |
| Печень | 1600 | 1200-2000 |
| Селезенка | 90 | 80-180 |
| Почки обе | 300 | 275-310 |
| Правая/Левая | 150/150 |  |

ПОЛОСТЬ ЧЕРЕПА. Головной мозг исследовался методом Вирхова. В кожно-мышечной лоскуте головы в лобно-теменной области в коже, в проекции кровоподтеков и ссадин 9 кровоизлияний от 1до 4 см диаметром. В теменно-затылочной области 4 кровоизлияния диаметром по 2 см. Все кровоизлияния темно-красные с четкими контурами. Толщина лобной кости 0,5 см, височных по 0,3 см, теменных по 0,4 см. Коричневое прокрашивание мягких мозговых и твердой мозговых оболочек по всем отделам. Слева в теменной и чешуе височной костей перелом. Линия перелома №1 расположена - от середины левой части лямбдовидного шва, ориентирована горизонтально и справа налево до заднего края теменного бугра, далее по типу «конец в бок» упирается в вертикальную линию перелома № 2 пересекающую теменной бугор через центр. Верхний конец перелома № 2 на 1 см левее от средней линии, второй конец перелома в проекции основания пирамиды выше ее на 6 см. Верхний конец перелома по внутренней костной пластинке поворачивает кзади под почти прямым углом, заканчиваясь через 2 см, и не проявляется по наружной костной пластинке. При ревизии линии перелома №2 сколы компактной наружной пластинки на протяжении 2 см условного центра, длина перелома № 2 - 7 см. Длина перелома №1 - 5 см и сколы компактной наружной пластинки по всей его длине. Пятнистые множественные кровоизлияния, без повреждения целостности оболочек, справа - по полюсной и базальной поверхности лобной доли на участке диаметром 3 см полюсной и базальной поверхности височной доли на участке диаметром 4 см. Аналогичные кровоизлияния в тех же отделах левого большого полушария - в лобной доле диаметром 5 см, в височной 4 см. Слева по наружной поверхности теменной доли на участке диаметром 6 см кровоизлияния в мягких мозговых оболочек в глубине борозд по типу ограничено диффузного. Данный участок соответствует линии перелома. Твердая мозговая оболочка напряжена, серо-перламутрового цвета, блестящая, в синусах ее темная жидкая кровь в большом количестве. Субдуральное пространство свободно. Мягкие мозговые оболочки вне повреждений тонкие, прозрачные с полнокровными сосудами, походу которых рассеянные точечные субарахноидальные кровоизлияния в глубине борозд. Головной мозг выполняет все резервные пространства, борозды мозга сглажены, извилины уплощены. На миндаликах мозжечка кольцевидная полоса вдавления от краев большого затылочного отверстия, шириной 0,3 см, с наличием губовидного выпячивания вещества мозга внутри кольца и кровоизлияниями по его ходу. Головной мозг дряблый, на разрезах с четкой границей серого и белого вещества и мраморным рисунком подкорковых ядер. Поверхности разрезов тускловаты, липнут к лезвию ножа. Желудочки мозга симметричны, обычного объема, эпендима их бледно-серая, блестящая, влажная, в полостях желудочков следы прозрачной соломенного цвета жидкости. Сосудистые сплетения обычного вида, полнокровны. ОРГАНЫ ШЕИ, ГРУДНОЙ И БРЮШНОЙ ПОЛОСТЕЙ: язык синюшный, влажный, обложен серовато-желтым, не снимающимся налетом. Слизистые оболочки носоглотки синюшные, влажные, блестящие. В мягких тканях шеи повреждений и кровоизлияний не обнаружено. В плевральных полостях следы прозрачной жидкости, легкие выполняют 2/3 полостей, с блестящей, гладкой и влажной плеврой. Органы брюшной полости расположены анатомически правильно, в полости следы прозрачной жидкости соломенного цвета. Листки брюшины гладкие, влажные, блестящие. Просвет пищевода свободен, слизистая его бледно-серая, продольно складчатая. Вход и просвет гортани свободен, слизистая оболочка ее бледно-серая. Подъязычная кость и хрящи гортани целы, в мягких тканях ее повреждений не обнаружено. Просвет трахеи и главных бронхов свободен, хрящи трахеи целы. Щитовидная железа обычных размеров, с равновеликими долями, плотно-эластичная, темно-коричневая, на разрезе полнокровна, дольчатого строения. Аорта эластична, со следами жидкой крови в просвете и рассеянными липидными пятнами в интиме. Легкие синюшные в передних и темно-синюшные в задних отделах, тестоватой консистенции, на разрезах темно-красные с обычным рисунком, полнокровны. Слизистые оболочки воздухо-проводящих путей светло-розовые, набухшие. Бифуркационные лимфоузлы эластичные, не спаянные между собой и с окружающими тканями, темно-синюшные, на разрезах сочные, с обычным рисунком. В полости перикарда следы прозрачной жидкости, листки его гладкие, влажные, блестящие. Сердце дрябло-эластичное, 11х10х9 см, с избыточным отложением жира под эпикардом. В полостях сердца немного жидкой темной крови с мелкими единичными темно-вишневыми свертками. Миокард розовато-синюшный, эластичный, с сетчатым разрастанием соединительной ткани, неравномерного кровенаполнения. Толщина стенки правого желудочка 0,3 см, левого 1,2 см. Клапанный и пристеночный эндокард тонкий, прозрачный, клапаны сформированы правильно. Коронарные артерии с неравномерно утолщенными стенками за счет полулунных и кольцевидных атеросклеротических бляшек с кальцинозом, с облитерацией просвета не более чем на 1/3. Желудок пустой, содержимое кишечника отделам соответствует, слизистые оболочки желудочно-кишечного тракта бледно-серые. Мезентериальные лимфоузлы располагаются раздельно, диаметр их не более 1 см, эластичны. Печень 24х18х16х13 см, плотно-эластичная, крупнобугристая, желто-коричневая с поверхности и на разрезах, полнокровная, со смазанным рисунком долек. Просвет внепеченочных желчевыводящих путей свободно проходим. Поджелудочная железа обычных размеров, плотно-эластичная, бледно-серая, на разрезах – дольчатого строения. Селезенка 6х4х3 см, эластичная, синюшная с гипоплазией белой пульпы, на разрезах без соскоба. Надпочечники листовидной формы, обычных размеров, на разрезах граница слоев четкая. Почки равновелики, 10х6х5 см, дрябло-эластичные. Капсула сползает при надрезе, обнажая ровную поверхность. По краю разреза паренхима наползает на капсулу. На разрезах корковый слой - синюшный, с темно-красным крапом и подчеркнутым рисунком, мозговой слой также с подчеркнутым рисунком, граница слоев отчетливо выражена. Слизистые оболочки лоханок и чашечек бледно-синюшные, гладкие, блестящие, просвет их свободен. Мочеточники проходимы на всем протяжении, с бледно-серой слизистой. Мочевой пузырь пуст, слизистая оболочка его складчатая, бледно-серая, уретра свободно проходима. ПОЗВОНОЧНИК И СПИННОЙ МОЗГ: при ревизии позвоночного столба повреждений не обнаружено. Эпи- и субдуральные пространства свободны, твердая мозговая оболочка напряжена, бледно-серая, блестящая, мягкие мозговые оболочки тонкие, прозрачные, спинной мозг дряблый, на разрезах обычного рисунка. Из трупа для судебно-гистологического исследования взяты кусочки внутренних органов на патоморфологические изменения. Для судебно-химического исследования на наличие алкоголя взята кровь и моча. В качестве вещественного доказательства взята кровь и моча. Свидетельство о смерти: А) Б) В) закрытая черепно-мозговая травма – S 02.0 Г) контакт с тупым предметом намерения неопределенные – Y29. ДАННЫЕ ДОПОЛНИТЕЛЬНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ. Представлен акт судебно-химического исследования от 15.06.10г. При судебно-химическом исследовании вещественных доказательств, изъятых при вскрытии трупа, этиловый спирт не обнаружен. А К Т Судебно-гистологического исследования Судебно-медицинским экспертом, произведено исследование кусочков внутренних органов от трупа М., 1958 г.р. ЗАКЛЮЧЕНИЕ Головной мозг – в 2-х кусочках головного мозга и 1 кусочке мягких мозговых оболочек диффузные субарахноидальные и внутримозговые кровоизлияния из неизмененных эритроцитов, в окружающих кровоизлияния оболочках – лейкоцитарный инфильтрат, наличие гемосидерофагов, очаги склероза и умеренная пролиферация фибробластов; в мозговой ткани вокруг кровоизлияний пролиферация микро и макроглии, умеренная пролиферация фибробластов, лейкоцитарный инфильтрат, единичные гемосидерофаги, большое количество молодых сосудов с плазматизацией стенки. В 1 кусочке головного мозга без кровоизлияний в коре массивное выпадение нейронов с очаговой пролиферацией микроглии, в мягких мозговых оболочках умеренный склероз. В полушариях мозжечка стаз крови в сосудах с диапедезными кровоизлияниями и внутримозговыми кровоизлияниями сосудистого генеза. Во всех отделах мозга выраженный периваскуляроный и перицеллюлярный отек. Легкие – стаз крови в сосудах, выраженный перибронхиальный и перивазальный пневмосклероз, умеренный межуточный отек. Миокард – межуточный отек, умеренный перивазальный склероз, очаги простого ожирения, неравномерная гипертрофия кардиоцитов. Почки – стаз крови в сосудах, зернистая дистрофия эпителия канальцев.

Вопросы:

1.Какие телесные повреждения были обнаружены при экспертизе трупа?

2.Причина смерти?

3.Каково количество ударов, воздействий, которыми причинены повреждения, характер предмета которым были нанесены повреждения?

4.Давность повреждения?

5.Состояние опьянения?

Задача №2. (УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-5, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10)

ОБСТОЯТЕЛЬСТВА ДЕЛА. В направлении на судебно-медицинское исследование трупа не указаны.

Представлена медицинская карта стационарного больного из ГМБ № 6 на имя А., 1966 г.р., который 25.02.09г. в 14-50 бригадой скорой помощи был доставлен в НХО-1 в крайне тяжелом состоянии. Со слов врача скорой помощи травма получена на стройке. Упала на голову деревянная балка 25.02.09г. около 14-00 в п.Горный. строителями перенесен на подстанцию скорой помощи. При поступлении состояние крайне тяжелое. Кожные покровы бледноватые, обычной влажности. Дыхание проводится по всем полям, через интубационную трубку, поверхностное, ЧД 40\мин, хрипов нет. АД 90\60 мм.рт.ст. Пульс 100\мин. Живот участвует в акте дыхания, мягкий, на пальпацию не реагирует. Печень по краю реберной дуги, селезенка не пальпируется. Сознание кома 2. Зрачки равны, на свет реагируют плохо. Взор фиксирован прямо. На осмотр слабая двигательная активность в конечностях, парезы четко выяснить не удалось. Сухожильные рефлексы равны, на грани выпадения. Симптом Кернига 150°. Ригидность мышц затылка намечена. Патологических стопных знаков нет. Ушибленная рана теменной области слева парасаггитального направления 10х5 см, умеренно загрязнена, обильно кровоточит. В ране визуализируются отломки кости. При рентгенологическом исследовании № 3051 от 25.02.09г.: на краниограммах определяется костный дефект в области теменно-затылочной области больших размеров с неровными контурами; травматических повреждений шейного отдела позвоночника не найдено. Больной госпитализирован в отделение реанимации. 25.02.09 ОПЕРАЦИЯ: Первичная хирургическая обработка открытого вдавленного оскольчатого проникающего перелома теменной кости слева. Кожные покровы обработаны дез р-ром дважды. Наркоз. Произведен разрез мягких тканей до кости от углов ушибленной раны по направлению к основанию черепа, общая длина разреза около 20 см. Сформирован кожно-апоневротический лоскут, отведен к уху. Визуализируется оскольчатый вдавленный перелом костей свода черепа с глубиной вдавления до 1 см. Наложено фрезевое отверстие вне проекции перелома. Из фрезевого отверстия удалены отломки кости. Образовался костный дефект неправильной формы 10х5см. Визуализируется ТМО, бледно-серого цвета, плохо передает пульсацию головного мозга, повреждена на участках 3х2см и 5х2см. Головной мозг пролабирует в повреждения ТМО (выраженный отек). Гемостаз коагуляцией, костным воском, фибриновой губкой, сержицелем. Эпидурально установлен дренаж из перчаточной резины. Швы на рану. Ас повязка. Послеоперационный диагноз: Открытая черепно-мозговая травма, ушиб головного мозга тяжелой степени со сдавлением открытым вдавленным оскольчатым проникающим переломом теменной кости слева с переходом на основание черепа через ПЧЯ, СЧЯ и ЗЧЯ. Массивный контузионный очаг левой гемисферы. Отек головного мозга. Ушибленная рана теменной области слева. Геморрагический шок III степени. 27.02 состояние больного крайне тяжелое, кома 2. Произведена компьютерная томография головного мозга № 15552от 27.02.09г.: грубой дислокации срединных структур нет; дифференцировка на серое и белое вещество умеренно снижена, субарахноидальные пространства обеднены (отек); в затылочной области, больше справа, определяется зона контузионного поражения с геморрагическим компонентом 68х47 мм; субарахноидальные кровоизлияния по межполушарной щели, вероятно, в лобно-височной области слева; костный дефект в теменно-затылочной области справа, переходит в расхождение затылочно-височного шва справа; слева расхождение лобно-височного шва. 19-23.02 состояние больного крайней степени тяжести. Сознание нарушено по типу кома 1-2. Зрачки равны, реакция на свет сохранена, взор фиксирован прямо. Температура тела 37,7С. Продолжается ИВЛ. АД 125\95 мм.рт.ст. Пульс 125\мин. 24.02 с целью длительной ИВЛ больному произведена операция нижняя трахеостомия. 26.02 состояние больного крайне тяжелое, оглушение 3 – сопор. Открывает глаза. Мышечный тонус низкий. АД 120\60 мм.рт.ст. 28.02 состояние больного тяжелое, сознание сопор-кома 1. АД 120\70 мм.рт.ст. Пульс 90\мин. 02.03 общее состояние очень тяжелое. Сопор. Дыхание спонтанное, через трахеостому, адекватное, Аускультативно проводится с обеих сторон, ЧДД 18\мин. АД 120\75 мм.рт.ст. Пульс 84\мин. Больной для дальнейшего лечения переведен в ПИТ НХО-1. 04.03 проведена ФЭГДС, заключение: диффузный атрофический гастрит с … острыми эрозиями в кардиальном и антральном отделах желудка, остановившееся кровотечние. 5-7.03г. состояние больного тяжелое, стабильное. Неврологический статус прежний. Несмотря на проводимое лечение, на фоне нарастания сердечно-сосудистой и дыхательной недостаточности 08.03.09г. в 12-20 констатирована смерть больного.

ПОСМЕРТНЫЙ ДИАГНОЗ. Открытая черепно-мозговая травма. Ушиб головного мозга 3 ст со сдавлением … Оскольчатый прелом теменной кости слева с переходом на основание черепа. Отек и набухание вещества головного мозга, дислокационный синдром. Госпитальная пневмония? Острая дыхательная и сердечно-сосудистая недостаточность.

Алкоголь – в крови не обнаружен.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Данные анализов | | | | |
| Параметры  дата | 15.02 | 24.02 | 1.03 | 05.03 |
| эритроциты | 3,8 | 3,53 | 3,38 | 3,17 |
| Цветной п. | 1,05 | 0,86 | 0,84 | 0,80 |
| гемоглобин | 134 | 101 | 95 | 85 |
| тромбоциты |  | 344 | 713 | 503 |
| гематокрит |  | 29,5 | 28,2 | 27,1 |
| лейкоциты | 11,5 | 17,2 | 19,9 | 13,2 |
| базофилы | 1 |  |  |  |
| эозинофилы |  | 3 | 2 | 2 |
| миелоциты |  |  | 1 |  |
| Юные |  |  | 1 |  |
| палочкоядерные |  | 9 | 1 |  |
| сегментоядерные | 71 | 78 | 84 | 89 |
| лимфоциты | 24 | 6 | 4 | 7 |
| моноциты | 4 | 4 | 7 | 2 |
| Дегенеративные изменения нейтрофилов |  | ++ | + | + |
| Анизоцитоз |  | + | + | ++ |
| Пойкилоцитоз |  | + | + |  |
| Полихромазия |  | + | + | + |
| РОЭ | 4 |  | 62 | 37 |
| Амилаза | 153 |  |  |  |
| мочевина | 3,9 | 4,2 |  |  |
| Билирубин общ. | 19,2 | 13,3 | 10,4 |  |
| Прямой | 4,4 | 4,4 | 3,9 |  |
| непрямой | 14,8 | 8,9 | 6,5 |  |
| Белок крови | 57,6 | 50,4 | 59,6 |  |
| Калий | 3,4 | 4,3 | 4,3 |  |
| Натрий | 137 | 135 | 145 |  |
| Уд. вес мочи |  | 1002 | 1016 |  |
| Белок мочи |  | 62 | 45 |  |
| Лейкоциты мочи |  | 5-7 | 6-12 |  |
| Эритроциты мочи |  | 7-12 | 10-15 |  |

НАРУЖНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ. Труп мужчины, доставлен без одежды, среднего телосложения, правильного удовлетворительного питания, длиной тела 180 см. Кожа бледно-серая, холодная на ощупь во всех отделах, в отлогих местах тела сливные, фиолетовые, не исчезающие и не меняющие цвет при надавливании трупные пятна. Трупное окоченение достаточно выражено во всех обычно исследуемых группах мышц. Склеры глаз мутные, тусклые, суховаты, кровоизлияний в соединительные оболочки глаз не отмечается, зрачки равновелики по 0,4 см диаметром. Голова правильной формы. Грудная клетка цилиндрическая, эластичная, упругая, ребра на ощупь целы. Живот на одном уровне с грудной клеткой. Естественные отверстия тела и полости рта и носоглотки свободны, чистые. Слизистая оболочка губ синюшная, подсохшая. Анальное отверстие сомкнуто, кожа вокруг него слегка обпачкана каловыми массами. Половые органы развиты правильно. Кости конечностей целы.

ПОВРЕЖДЕНИЯ. В лобно-теменно-височной области слева дугообразный, выпуклостью вверх, со следами швов, рубец длиной 12 см. Слева Г-образный рубец, открытым углом вправо, расположенный в центре теменного бугра с длиной ребер по 4 см, багрово-синюшного цвета. Каких-либо видимых повреждений, кроме операционных рубцов на голове и подключичного катетера справа, при исследовании не обнаружено. При проведении воздушной пробы – воздух из плевральных полостей и полостей сердца не получен. При проведении судебно-медицинского исследования трупа использовались: кожные разрезы по методу Шора.

ВНУТРЕННЕЕ ИССЛЕДОВАНИЕ

Извлечение органокомплекса произведено по методу Шора, с распилом ребер спереди. Череп вскрывался угловым распилом. Доступ к спинному мозгу осуществлялся сзади по методу Медведева.

Масса органов.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Масса | № 39 | норма |
| Мозг | 1650 | До 1400 |
| Легкое правое | 590 | 450 |
| левое | 480 | 375 |
| Сердце | 300 | 200-400 |
| Печень | 1400 | 1200-2000 |
| Селезенка | 90 | 80-180 |
| Почки Правая/Левая | 150/150 | 275-310 (обе) |

ПОЛОСТЬ ЧЕРЕПА. В кожно-мышечном лоскуте головы в зоне операции и вышеописанной раны красно-коричневые кровоизлияния. Соответственно рубцу в левой теменной кости веретенообразное, с острыми концами, отверстие в костях черепа 11х7 см, ориентированное на 6 и 10 часов условного циферблата по оси между острыми концами, правый конец на вершине лямбдовидного шва, левый конец – по венечному шву в проекции переднего края основания пирамиды височной кости и выше ее на 2 см. По снятию твердой мозговой оболочки от правого края отверстия до пирамиды височной кости справа расхождение лямбдовидного шва, эпидуральное кровоизлияние в зоне перелома. В зоне отверстия ушитый дефект твердой мозговой оболочки с подпаянным, выбухающим веществом головного мозга. Твердая мозговая оболочка напряжена, серо-перламутрового цвета, блестящая, в синусах ее темная жидкая кровь в большом количестве. Субдуральное пространство свободно. Геморрагический некроз вещества мозга в проекции отверстия в теменной и затылочных долях на глубину до 3 см. Субарахноидальные пятнистые кровоизлияния по базальной поверхности правой височной доли на участке диаметром 5 см, распространяющиеся на вещество мозга на глубину коры. Мягкие мозговые оболочки вне повреждений тонкие, прозрачные с полнокровными сосудами, походу которых рассеянные точечные субарахноидальные кровоизлияния в глубине борозд. Борозды мозга сглажены, извилины уплощены, на миндаликах мозжечка кольцевидная с диффузными субарахноидальными кровоизлияниями полоса вдавления от краев большого затылочного отверстия. Головной мозг дряблый, на разрезах с четкой границей серого и белого вещества и мраморным рисунком подкорковых ядер. Поверхности разрезов тускловаты, липнут к лезвию ножа. Желудочки мозга симметричны, обычного объема, эпендима их бледно-серая, блестящая, влажная, в полостях желудочков следы прозрачной соломенного цвета жидкости. Сосудистые сплетения обычного вида, полнокровны.

ОРГАНЫ ШЕИ, ГРУДНОЙ И БРЮШНОЙ ПОЛОСТЕЙ: язык синюшный, влажный, обложен серовато-желтым, не снимающимся налетом. Слизистые оболочки носоглотки синюшные, влажные, блестящие. В мягких тканях шеи повреждений и кровоизлияний не обнаружено. В плевральных полостях следы прозрачной жидкости, легкие выполняют 2\3 полостей, с блестящей, гладкой и влажной плеврой. Органы брюшной полости расположены анатомически правильно, в полости следы прозрачной жидкости соломенного цвета. Листки брюшины гладкие, влажные, блестящие. Просвет пищевода свободен, слизистая его бледно-серая, продольно складчатая. Вход и просвет гортани свободен, слизистая оболочка ее бледно-серая. Подъязычная кость и хрящи гортани целы, в мягких тканях ее повреждений не обнаружено. Просвет трахеи и главных бронхов свободен, хрящи трахеи целы. Щитовидная железа обычных размеров, с равновеликими долями, плотно-эластичная, темно-коричневая, на разрезе полнокровна, дольчатого строения. Аорта эластична, со следами жидкой крови в просвете и рассеянными липидными пятнами в интиме. Легкие синюшные в передних и темно-синюшные в задних отделах, тестоватой консистенции, на разрезах темно-красные с обычным рисунком, полнокровны. Слизистые оболочки воздухо-проводящих путей светло-розовые, набухшие. Бифуркационные лимфоузлы располагаются в виде пакетов диаметром от 1 до 2 см, эластичные, не спаянные между собой и с окружающими тканями, темно-синюшные, на разрезах сочные, с обычным рисунком. В полости перикарда следы прозрачной жидкости, листки его гладкие, влажные, блестящие. Сердце дрябло-эластичное, 11х10х9 см, с избыточным отложением жира под эпикардом. В полостях сердца немного жидкой темной крови с мелкими единичными темно-вишневыми свертками. Миокард розовато-синюшный, эластичный, с сетчатым разрастанием соединительной ткани, неравномерного кровенаполнения. Толщина стенки правого желудочка 0,3 см, левого 1,2 см. Клапанный и пристеночный эндокард тонкий, прозрачный, клапаны сформированы правильно. Коронарные артерии с неравномерно утолщенными стенками за счет полулунных и кольцевидных атеросклеротических бляшек с кальцинозом, с облитерацией просвета не более чем на 1/3. Желудок пустой, содержимое кишечника отделам соответствует, слизистые оболочки желудочно-кишечного тракта бледно-серые. Мезентериальные лимфоузлы располагаются раздельно, диаметр их не более 1 см, эластичны. Печень 25х18х15х13 см, плотно-эластичная, крупнобугристая, желто-коричневая с поверхности и на разрезах, полнокровная, со смазанным рисунком долек. Просвет внепеченочных желчевыводящих путей свободно проходим. Поджелудочная железа обычных размеров, плотно-эластичная, бледно-серая, на разрезах – дольчатого строения. Селезенка 7х4х3 см, эластичная, синюшная с гипоплазией белой пульпы, на разрезах без соскоба. Надпочечники листовидной формы, обычных размеров, на разрезах граница слоев четкая. Почки равновелики, 11х6х5 см, дрябло-эластичные. Капсула сползает при надрезе, обнажая ровную поверхность. По краю разреза паренхима наползает на капсулу. На разрезах корковый слой - синюшный, с темно-красным крапом и подчеркнутым рисунком, мозговой слой также с подчеркнутым рисунком, граница слоев отчетливо выражена с полнокровием мозгового слоя. Слизистые оболочки лоханок и чашечек бледно-синюшные, гладкие, блестящие, просвет их свободен. Мочеточники проходимы на всем протяжении, с бледно-серой слизистой. Мочевой пузырь пуст, слизистая оболочка его складчатая, бледно-серая, уретра свободно проходима.

Из трупа для судебно-гистологического исследования взяты кусочки внутренних органов на патоморфологические изменения.

А К Т

Судебно-гистологического исследования

Судебно-медицинским экспертом, произведено исследование кусочков внутренних органов от трупа Х., 1966 г.р.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

* Головной мозг – в мягких мозговых оболочках, распространяясь на вещество мозга, склеротические изменения. В мягких мозговых оболочках разрастание соединительной ткани, в веществе мозга массивный глиальный рубец, очаговые некрозы, свежие очаговые кровоизлияния, по периферии некрозов выражена лейкоцитарная инфильтрация. В сосудах мозга стаз крови, тромбоз отдельных вен, диапедезные кровоизлияния.
* Почки – стаз крови в сосудах с наибольшим кровенаполнением сосудов юкстамедуллярной зоны.
* Твердая мозговая оболочка – организующаяся суб- и эпидуральная гематома без свежих кровоизлияний.
* Миокард – межуточный отек, стаз крови в сосудах.
* Легкие – стаз крови в сосудах, в части сосудов агрегация эритроцитов. Межуточный отек. Очаговые интерстициальные кровоизлияния. Выраженный перибронхиальный пневмосклероз, в просвете бронхов среднего калибра скопление слизи и десквамированого бронхотелия.
* Печень – полнокровие синусоидов, воспалительных изменений не выявлено.

Вопросы:

1.Судебно-медицинский диагноз?

2.Осложнения?

3.Степень вреда причиненного здоровью человека?

4.Соответствуют ли данные повреждения обстоятельствам указанным в деле?

5.Состояние опьянения?

Задача № 3. (УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-5, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10)

ОБСТОЯТЕЛЬСТВА ДЕЛА. В постановлении о назначении судебно-медицинской экспертизы указано, что «05.02.03г около 17 часов в ком. 000 по ул. Калинина, гр. С. нанес удар по голове гр. Ж., в результате чего Ж. от полученной травмы скончался 18.02.03г».

ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКАЯ ЧАСТЬ.

Представлена история болезни, заполненная на гр. Ж., 1964 г.р., который 05.02.03 в 17-40 бригадой скорой помощи был доставлен в 1 нейрохирургическое отделение ГБСМП в крайне тяжелом состоянии. Сознание нарушено по типу кома 1-2. обстоятельства травмы неизвестны. Взят по адресу: Калинина, 000, комната 000. ЧДД 18 в минуту Живот напряжен. Слабая реакция на болевые раздражители – движения в руках и ногах. Явных парезов нет. слева зрачок средний, на свет реагирует. Справа глазное яблоко отсутствует (протез). Асимметрии лица нет. сухожильные рефлексы угнетены. Симптом Кернига 130°. Намечены патологические стопные знаки. Рваная рана левой ушной раковины. Из правого носового хода следы крови. Ушибы мягких тканей височной части головы. При ЭХО-ЭС смещение срединных структур головного мозга справа налево 1,5 мм. Диагноз при поступлении: зчмт, ушиб головного мозга; рвано-ушибленная рана левой ушной раковины; ушибы мягких тканей головы. Больной госпитализирован в отделение реанимации, где был осмотрен нейрохирургом, хирургом, стоматологом. Операции: 1) 05.02.03 Лапароцентез. Патологического отделяемого не получено. 2) 05.02.03 ПХО раны левой ушной раковины. 3) 10.02.03 Верхняя трахеостомия. Течение травматической болезни осложнилось абсцедирующей пневмонией, гипоксическим отеком головного мозга. несмотря на проводимое лечение, состояние больного прогрессивно ухудшалось. 18.02.03 наступила остановка дыхания, сердечной деятельности в 17-15.

ПОСМЕРТНЫЙ ДИАГНОЗ. Сочетанная травма тяжелой степени. Повторная черепно-мозговая травма, закрытая черепно-мозговая травма, ушиб головного мозга тяжелой степени. Краниоспинальная травма? Ушиб верхне-шейного отдела спинного мозга. Рваная рана левой ушной раковины. Ушибы мягких тканей головы. Алкогольное опьянение. Осложнения. Двусторонняя абсцедирующая пневмония, отек – набухание головного мозга с дислокацией ствола. Фоновое заболевание. Диссеминированный туберкулез легких в стадии инфильтрации, ---?

Операции: 1) 05.02.03 Лапароцентез. 2) 05.02.03 ПХО раны левой ушной раковины. 3) 10.02.03 Верхняя трахеостомия.

Алкоголь – в крови – 3,02 промилле, в моче – 4,46 промилле.

НАРУЖНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ. Труп мужчины, доставлен без одежды, среднего телосложения, удовлетворительного питания, длиной тела 175 см. Кожа бледно-серая, холодная на ощупь во всех отделах, в отлогих местах тела сливные, фиолетовые, не исчезающие и не меняющие цвет при надавливании трупные пятна. Трупное окоченение достаточно выражено во всех обычно исследуемых группах мышц. Склеры левого глаза мутные, тусклые, суховаты, кровоизлияний в соединительные оболочки глаза не отмечается, левый зрачок 0,4 см диаметром. Вместо правого глаза стеклянный протез. Голова правильной формы. Грудная клетка цилиндрическая, эластичная, упругая, ребра на ощупь целы. Живот на одном уровне с грудной клеткой. Естественные отверстия тела и полости рта и носоглотки свободны, чистые. Слизистая оболочка губ синюшная, подсохшая. Анальное отверстие сомкнуто, кожа вокруг него слегка обпачкана каловыми массами. Половые органы развиты правильно по мужскому типу. Кости конечностей целы.

ПОВРЕЖДЕНИЯ. Слева по центру ушной раковины рваная рана с полным разрывом на глубину 1,5 см, обработанная бриллиантовой зеленью. Других повреждений, кроме следов медицинских манипуляций, при наружном исследовании не обнаружено.

ВНУТРЕННЕЕ ИССЛЕДОВАНИЕ: Полость черепа: в кожно-мышечном лоскуте головы слева в височной области кровоизлияние диаметром 7 см с пропитыванием височных мышц кровью. Справа в лобно-височной области аналогичное кровоизлияние диаметром 12 см. В теменно-затылочной области с центром в проекции лямбдовидного шва кровоизлияние диаметром 6 см. Кожно-мышечный лоскут головы в остальных отделах гладкий, влажный, блестящий. В височной кости справа на границе с лобной, на 3 см выше края орбиты, ориентированная справа налево линия перелома, заканчивающаяся по наружному правому краю турецкого седла. Эпидурально в зоне перелома пластинчатое кровоизлияние. Твердая мозговая оболочка серо-перламутрового цвета, цела, блестящая, гладкая, влажная, просвет ее синусов выполнен жидкой темной кровью с темно-вишневыми свертками. Субарахноидально справа по наружной поверхности лобной доли кровоизлияние диаметром 3 см, кровоизлияние по наружной поверхности височной доли диаметром 3 см и в верхнем отделе постцентральной извилины диаметром 4 см; слева кровоизлияние по наружной поверхности височной доли 5 см диаметром. В черве мозжечка кровоизлияние диаметром 2 см. По базальной поверхности правой височной и лобной долей ржавые кровоизлияния с полостями в височных долях с прозрачным содержимым диаметром по 2 см с каждой стороны. Сосуды Вилизиева круга с тонкими стенками, пустым просветом. Борозды мозга сглажены, извилины уплощены, на миндаликах мозжечка полоса вдавления от краев большого затылочного отверстия шириной 1 см, с пятнистыми кровоизлияниями в глубине полосы. Головной мозг дрябло-эластичный, на разрезах с четкой границей серого и белого вещества и мраморным рисунком подкорковых ядер. Поверхности разрезов тускловаты, липнут к лезвию ножа. Желудочки мозга симметричны, обычного объема, эпендима их бледно-серая, блестящая, влажная, в полостях желудочков следы прозрачной соломенного цвета жидкости. Сосудистые сплетения обычного вида, полнокровны.

При ревизии шейного отдела позвоночного столба в связках атланто-затылочного и атланто-аксиального сочленений множественные вертикально ориентированные темно-красные кровоизлияния полосовидной формы.

ОРГАНЫ ГОЛОВЫ И ШЕИ. Язык синюшный, влажный, обложен серовато-желтым, не снимающимся налетом. Слизистые оболочки носоглотки синюшные, влажные, блестящие. Небные миндалины округлые, диаметром по 1,5 см, с бугристой поверхностью, без наложений, синюшные. В мягких тканях шеи повреждений и кровоизлияний не обнаружено. Вход и просвет гортани свободен, слизистая оболочка ее бледно-серая. Подъязычная кость и хрящи гортани целы, в мягких тканях ее повреждений не обнаружено. Просвет трахеи и главных бронхов свободен, хрящи трахеи целы. Щитовидная железа обычных размеров, с равновеликими долями, плотно-эластичная, темно-коричневая, на разрезе полнокровна, дольчатого строения. Просвет пищевода свободен, слизистая его бледно-серая – продольно-складчатая.

ГРУДНАЯ ПОЛОСТЬ. В верхней полой вене до ее середины через подключичную вставлен пластиковый катетер, вокруг него кольцевидный спаянный со стенкой вены смешанный тромб. В нижней доле левого легкого и в верхней доле правого легкого множественные мелкие треугольные темно-красные основанием к плевре с диаметром основания не более 1 см очаги с некрозом легочной ткани. В плевральных полостях следы прозрачной жидкости. Легкие выполняют 2\3 полостей, с блестящей, гладкой и влажной плеврой. Под висцеральной плеврой, особенно, в прикорневых отделах легких и по базальным поверхностям, множественные точечные кровоизлияния. Легкие синюшные в передних и темно-синюшные в задних отделах. При ощупывании легкие тестоватой консистенции. На разрезах легкие темно-красные с обычным рисунком. С поверхности разреза из сосудов стекает темная жидкая кровь в повышенном количестве, с разреза легочной ткани – пенистая желто-красная, прозрачная жидкость в повышенном количестве. Просвет воздухопроводящих путей свободен. Слизистые оболочки воздухопроводящих путей светло-розовые, набухшие. Бифуркационные лимфоузлы располагаются в виде пакетов диаметром от 1 до 2 см, эластичные, не спаянные между собой и с окружающими тканями, темно-синюшные, на разрезах сочные, с обычным рисунком. В полости перикарда следы прозрачной жидкости, листки его гладкие, влажные, блестящие. Под эпикардом единичные точечные рассеянные темно-красные кровоизлияния. Сердце дрябло-эластичное, 11х9х8 см, с избыточным отложением жира под эпикардом. В полостях сердца немного жидкой темной крови с мелкими единичными темно-вишневыми свертками. Миокард розовато-синюшный, эластичный, неравномерного кровенаполнения. Толщина стенки правого желудочка 0,3 см, левого 1,2 см. Клапаны и пристеночный эндокард тонкий, полупрозрачный, клапаны сформированы правильно, под эндокардом левого желудочка сердца рассеянные мелкопятнистые кровоизлияния в небольшом количестве. Аорта эластична, со следами жидкой крови в просвете и рассеянными липидными пятнами в интиме. Коронарные артерии с тонкими стенками, пустым просветом.

БРЮШНАЯ ПОЛОСТЬ. Органы расположены анатомически правильно. В полости следы прозрачной жидкости соломенного цвета. Листки брюшины гладкие, влажные, блестящие. В просвете желудка и кишечника содержимое соответствует отделам, слизистые оболочки их бледно-серые. Мезентериальные лимфоузлы располагаются раздельно, диаметр их не более 1 см, эластичны. Печень 26х20х18х13 см, эластичная, желто-коричневая с поверхности и на разрезах, полнокровная, со смазанным рисунком долек. В желчном пузыре 15 мл жидкой темно-зеленой желчи, слизистая оболочка его темно-зеленая, бархатистая. Просвет внепеченочных желчевыводящих путей свободно проходим. Поджелудочная железа обычных размеров, плотно-эластичная, бледно-серая, на разрезах - дольчатого строения. Надпочечники листовидной формы, обычных размеров, на разрезах граница слоев отчетливо выражена. Почки равновелики, 11х6х5 см, дрябло-эластичные. Капсула сползает при надрезе, обнажая ровную поверхность. По краю разреза паренхима наползает на капсулу. На разрезах корковый слой - синюшный, с темно-красным крапом и подчеркнутым рисунком, мозговой слой также с подчеркнутым рисунком, граница слоев отчетливо выражена. Слизистые оболочки лоханок и чашечек бледно-синюшные, гладкие, блестящие, просвет последних свободен. Мочеточники проходимы на всем протяжении, с бледно-серой слизистой. Мочевой пузырь пуст, слизистая оболочка его складчатая, бледно-серая, уретра свободно проходима.

Из трупа для судебно-гистологического исследования взяты кусочки внутренних органов на патоморфологические изменения.

В качестве вещественного доказательства взята кровь на марле.

Вопросы:

1.Какие повреждения были обнаружены на трупе?

2.Причина смерти?

3.Мок ли потерпевший совершать активные действия?

4.Время наступления смерти?

5.Состояние опьянения?

Задача №4. (УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-5, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10)

ОБСТОЯТЕЛЬСТВА ДЕЛА. В постановлении о назначении судебно-медицинской экспертизы указано, что «27 марта 2009 года около 23 часов 00 минут в комнате секции дома № 00 г. К……, гр. Т. в ходе ссоры со своей сожительницейК., на почве внезапно-возникших личных неприязненных отношений с ней, нанёс несколько ударов кулаком руки в область головы последней, чем причинил ей множественные телесные повреждения, от которых та скончалась о4 апреля 2009 года в 23 часа 15 минут в Городской клинической больнице № 6 г. К….».

ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКАЯ ЧАСТЬ.

Представлен Акт судебно-медицинского исследований в котором представлена медицинская карта стационарного больного из ГКБ № 6 на имя К., 1968 г.р., которая 02.04.09г. в 5-30 бригадой "скорой помощи" была доставлена в НХО-2 в крайне тяжёлом состоянии, с нарушением сознания по типу кома, сразу же госпитализирована в отделение реанимации. Обстоятельства травмы достоверно неизвестны, со слов врача "скорой помощи" травма в быту, 7 дней назад до поступления, упала, за мед помощью не обращалась. 04.04.09 в 02.00 развился судорожный приступ с потерей сознания, доставлена в ГБ. Объективно при поступлении: Состояние больной при поступлении крайне тяжёлое. Неврологически: сознание нарушено по типу — кома II, на фоне мед седации, изо рта запаха, алкоголя нет. Зрачки: зрачки без разницы сторон, фотореакции угнетены, взор фиксирован. Мышечная гипотония, сух рефлексы равны, угнетены, грубая менингеальная симптоматика. Локально: В левой скуловой области кровоподтёк светло жёлтого цвета. 02.04.09 больной с диагностической целью произведён лапароцентез, данных за гемоперитонеум нет. 02.04.09 проведена компьютерная томография головного мозга № 14544: субдуральная гематома правой гемисферы, массивное субарахноидальное кровоизлияние с прорывом крови в желудочковую систему. Дислокация срединных структур головного мозга справа налево. 02.04.09 произведена операция: Резекционная трепанация черепа в правой теменно-височной области. Удаление подострой субдуралъной гематомы 120 мл. Дренирование субдурального пространства. Дренирование правого бокового желудочка. Произведен разрез мягких тканей справа, в кости наложено фрезевое отверстие, резекция … 5х5 см. Твердая мозговая оболочка напряжена, вскрыта крестообразно. Выделилось около 80 мл вишневого цвета жидкости с точечными сгустками. Из субдурального пространства … около 40 мл сгустков черного цвета. После удаления мозговое вещество пролабирует в дефект … В точке … справа наложено фрезевое отверстие. На глубине 5 см по средней линии произведена пункция правого бокового желудочка. Ликвор резко эритрохромный, удалено … около 20 мл ликвора с кровью. В желудочке установлен дренаж. На операции отмечался выраженный отёк мозга. В послеоперационном периоде больная находилась в отделении реанимации, где больной проводилась интенсивная терапия с целью стабилизации витальных показателей (респираторная поддержка ИВЛ, сосудистая, дезинтоксикационная, дегидратационная, антибактериальная терапия, перевязки, профилактика стрессовых язв, санация ТБД). Несмотря на проводимую терапию, состояние больной оставалось крайне тяжёлым, нарастали явления травматической энцефалопатии, церебральной недостаточностью тяжёлой степени, острой дыхательной недостаточности смешанного генеза и острой сердечной недостаточностью центрального генеза, СПОН в стадии субкомпенсации, эндотоксикоза тяжёлой степени. 04.04.09 в 23.15 на фоне высоких доз инотропной стимуляции наступила остановка сердечной и дыхательной деятельности, констатирована смерть. ПОСМЕРТНЫЙ ДИАГНОЗ: закрытая черепно-мозговая травма. Ушиб головного мозга тяжелой степени со сдавлением подострой субдуральной гематомой правой гемисферы. Массивное субарахноидальное кровоизлияние с прорывом крови в желудочковую систему. Дислокационный синдром. Отёк, вклинение головного мозга. Ушибы мягких тканей головы.

Алкоголь – в крови и моче не обнаружен.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Данные анализов | | | | |
| Параметры  дата | 02.04 | 03.04 | 04.04 |  |
| эритроциты | 4,0 | 4,09 | 3,95 |  |
| Цветной п. | 0,6 | 0,59 | 0,6 |  |
| гемоглобин | 80 | 80 | 79 |  |
| тромбоциты | 364 | 404 | 303 |  |
| гематокрит | 26 | 27,4 | 26,7 |  |
| лейкоциты | 11,7 | 15,8 | 12,5 |  |
| базофилы | 1 |  |  |  |
| палочкоядерные | 1 |  |  |  |
| сегментоядерные | 77 |  |  |  |
| лимфоциты | 11 |  |  |  |
| моноциты | 10 |  |  |  |
| Анизоцитоз | + |  |  |  |
| Пойкилоцитоз | + |  |  |  |
| Полихромазия | + |  |  |  |
| РОЭ |  | 40 | 54 |  |
| Амилаза | 61 |  |  |  |
| мочевина | 6,4 | 8,0 | 7,2 |  |
| Билирубин общ. | 10,6 | 12,4 | 12,7 |  |
| Прямой | 4,9 | 4,9 | 3,8 |  |
| непрямой | 5,7 | 7,5 | 8,9 |  |
| Белок крови | 79,9 | 83,1 | 73,6 |  |
| Калий | 4,8 | 4,1 | 3,9 |  |
| Натрий | 181 | 180 | 179 |  |
| сахар | 12,3 | 5,6 | 4,5 |  |
| Уд. вес мочи | 1000 | 1006 | м/м |  |
| Белок мочи | 45 | 25 | 290 |  |
| Лейкоциты мочи | 2-3 | 2-3 | 10-13 |  |
| Эритроциты мочи | 1-2 | 0-1 | 13-16 |  |

НАРУЖНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ. Труп женщины, доставлен без одежды, среднего телосложения, правильного питания, длиной тела 143 см. Кожа бледно-серая, холодная на ощупь во всех отделах, в отлогих местах тела сливные, фиолетовые, не исчезающие и не меняющие цвет при надавливании трупные пятна. Трупное окоченение достаточно выражено во всех обычно исследуемых группах мышц. Склеры глаз мутные, тусклые, суховаты, кровоизлияний в соединительные оболочки глаз не отмечается, зрачки равновелики по 0,4 см диаметром. Голова правильной формы, кости черепа и лицевого скелета на ощупь целы. Грудная клетка цилиндрическая, эластичная, упругая, ребра на ощупь целы. Живот на одном уровне с грудной клеткой. Естественные отверстия тела и полости рта и носоглотки свободны, чистые. Слизистая оболочка губ синюшная, подсохшая. Анальное отверстие сомкнуто, кожа вокруг него слегка обпачкана каловыми массами. Половые органы развиты правильно. Кости конечностей целы. ПОВРЕЖДЕНИЯ. На левой щеке желтовато-синюшный кровоподтек 5 см в диаметре, на границе со скуловой областью. Аналогичный кровоподтек с багрово-синюшного цвета участками вокруг левого глаза диаметром 3,5 см. Кровоподтеки не смыкаются между собой. В центре лобной области на границе волосистой части головы ушитая рана 3,5 см длиной с 5 швами и осадненными краями. Справа в височной области вертикальная ушитая рана с обработанными краями длиной 9,5 см. Ниже пупка на 2 см лапаротомный ушитый разрез длиной 5 см. Справа - 3 точечных раны в подключичной области от подключичной катетеризации. Каких-либо иных повреждений при исследовании не обнаружено. При проведении воздушной пробы – воздух из плевральных полостей и полостей сердца не получен. При проведении судебно-медицинского исследования трупа использовались: кожные разрезы по методу Шора. ВНУТРЕННЕЕ ИССЛЕДОВАНИЕ Извлечение органокомплекса произведено по методу Шора, с распилом ребер спереди. Череп вскрывался угловым распилом.

Масса органов.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Масса | № 54 | норма |
| Мозг | 1590 | До 1400 |
| Легкое правое | 600 | 450 |
| левое | 510 | 375 |
| Сердце | 340 | 200-400 |
| Печень | 1300 | 1200-2000 |
| Селезенка | 90 | 80-180 |
| Почки обе. Правая/Левая | 150/155 | 275-310 |

ПОЛОСТЬ ЧЕРЕПА. Справа в зоне операции в апоневрозе и височных мышцах кровоизлияние в зоне операционного разреза. В зоне раны в центре лобной области кровоизлияние в апоневроз к краях разреза. Справа в чешуе височной кости трепанационное отверстие диаметром 3,5 см с фестончатыми краями. В лобной кости 2х1,5 см трепанационное отверстие, соответственно ему операционные разрезы твердой оболочки, откуда выбухает некротизированный мозг. Кости свода и основания черепа целы. Твердая мозговая оболочка напряжена, серо-перламутрового цвета, блестящая, в синусах ее смешанные свертки крови в большом количестве. Субдурально по конвекситальной поверхности правых теменной и височной долей наложения эластичных темно-вишневых свертков крови с темно-вишневым прокрашиванием мягких мозговых оболочек. Аналогичные свертки крови справа в передней черепной ямке. Общий объем свертков не превышает 20 мл. При отмывании крови Справа в вене твердой мозговой оболочки, впадающей в сагиттальный синус - разрыв с тотальным пропитыванием стенки красно-коричневой кровью в зоне разрыва. Красно-коричневое прокрашивание твердой мозговой оболочки справа в средней черепной ямке. Головной мозг расползается под пальцами, распластывается на поверхности стола, на разрезах со смазанной границей серого и белого вещества. Слева по передней и базальной поверхностям лобной доли на участке 9х6 см отграничено-диффузное темно-красное кровоизлияние в глубине борозд, на фоне которого по базальной поверхности разрыв мягкой мозговой оболочки длиной 4 см, ориентированный спереди назад. В подлежащем к разрыву веществе мозга темно-вишневое кровоизлияние на глубину коры. Поверхности разрезов тускловаты, липнут к лезвию ножа. Сосудистые сплетения обычного вида, полнокровны. Геморрагический некроз субэпендимарной зоны обеих боковых желудочков и белого вещества больших полушарий на ширину до 1,0 см от желудочков, зоны подкорковых ядер, среднего мозга, продолговатого мозга, мозжечка из-за выраженного дислокационного синдрома. ОРГАНЫ ШЕИ, ГРУДНОЙ И БРЮШНОЙ ПОЛОСТЕЙ: язык синюшный, влажный, обложен серовато-желтым, не снимающимся налетом. Слизистые оболочки носоглотки синюшные, влажные, блестящие. В мягких тканях шеи повреждений и кровоизлияний не обнаружено. В плевральных полостях следы прозрачной жидкости, легкие выполняют 2\3 полостей, с блестящей, гладкой и влажной плеврой. Органы брюшной полости расположены анатомически правильно, в полости следы прозрачной жидкости соломенного цвета. Листки брюшины гладкие, влажные, блестящие. Просвет пищевода свободен, слизистая его бледно-серая, продольно складчатая. Вход и просвет гортани свободен, слизистая оболочка ее темно-розовая, набухшая. Подъязычная кость и хрящи гортани целы, в мягких тканях ее повреждений не обнаружено. Просвет трахеи и главных бронхов свободен с наложениями фибрина, смешанного с гноем, хрящи трахеи целы. Щитовидная железа обычных размеров, с равновеликими долями, плотно-эластичная, темно-коричневая, на разрезе полнокровна, дольчатого строения. Аорта эластична, со смешанными свертками крови в просвете и рассеянными липидными пятнами в интиме. Легкие синюшные в передних и темно-синюшные в задних отделах, тестоватой консистенции, на разрезах темно-красные с обычным рисунком, полнокровны. Слизистые оболочки воздухо-проводящих путей светло-розовые, набухшие. Бифуркационные лимфоузлы диаметром от 1 до 2 см, эластичные, не спаянные между собой и с окружающими тканями, темно-синюшные, на разрезах сочные, с обычным рисунком. В полости перикарда следы прозрачной жидкости, листки его гладкие, влажные, блестящие. Сердце дрябло-эластичное, 11х10х9 см, с избыточным отложением жира под эпикардом. В полостях сердца смешанные свертки крови. Миокард розовато-синюшный, эластичный, неравномерного кровенаполнения. Толщина стенки правого желудочка 0,3 см, левого 1,2 см. Клапанный и пристеночный эндокард тонкий, прозрачный, клапаны сформированы правильно. Коронарные артерии с неравномерно утолщенными стенками за счет полулунных атеросклеротических бляшек с кальцинозом, с облитерацией просвета на не более чем на 1/3. Желудок пустой, содержимое кишечника отделам соответствует, слизистые оболочки желудочно-кишечного тракта бледно-серые. Мезентериальные лимфоузлы располагаются раздельно, диаметр их не более 1 см, эластичны. Печень 24х18х16х13 см, плотно-эластичная, коричневая с поверхности и на разрезах, полнокровная, со смазанным рисунком долек. Просвет внепеченочных желчевыводящих путей свободно проходим. Поджелудочная железа обычных размеров, плотно-эластичная, бледно-серая, на разрезах – дольчатого строения. Селезенка 7х4х3 см, эластичная, синюшная с гипоплазией белой пульпы, на разрезах без соскоба. Надпочечники листовидной формы, обычных размеров, на разрезах граница слоев четкая. Почки равновелики, 10,5х6х5 см, дрябло-эластичные. Капсула сползает при надрезе, обнажая мелкозернистую поверхность. По краю разреза паренхима наползает на капсулу. На разрезах корковый слой - синюшный, с темно-красным крапом и подчеркнутым рисунком, мозговой слой также с подчеркнутым рисунком, граница слоев отчетливо выражена с полнокровием юкстамедуллярной зоны. Слизистые оболочки лоханок и чашечек бледно-синюшные, гладкие, блестящие, просвет их свободен. Мочеточники проходимы на всем протяжении, с бледно-серой слизистой. Мочевой пузырь пуст, слизистая оболочка его складчатая, бледно-серая, уретра свободно проходима.

А К Т Судебно-гистологического исследования

Судебно-медицинским экспертом, произведено исследование кусочков внутренних органов от трупа К., 1968 г.р. ЗАКЛЮЧЕНИЕ. Легкие – выражен внутриальвеолярный и межуточный отек, очаговое скопление лейкоцитов в просвете альвеол, гнойный эндобронхит, межальвеолярные перегородки с межуточным отеком лимфолейкоцитарным инфильтратом. Стаз крови в сосудах микроциркуляции всех групп. Миокард – межуточный отек, неравномерное кровенаполнение сосудов от малокровия до стаза, слабовыраженный перивазальный склероз. Почки – стаз крови венах, малокровие капилляров клубочков, воспалительных и некротических изменений не выявлено. Твердая мозговая оболочка – 2 кусочка, в обоих субдурально наложение фибрина смешанного с фибробластами с наличием гемосидерофагов. В просвете синуса красный сверток крови. В одном из кусочков интрадурально единичные гемосидерофаги на фоне частично гемолизированных эритроцитов с внеклеточным выпадением гемосидерина. В части полей зрения этого кусочка очаговая интрадуральная пролиферация фибробластов. Головной мозг – в мягких мозговых оболочках распространяющиеся на кору мозга диффузные кровоизлияния с гемосидерозом, лейкоцитарной инфильтрацией, пролиферацией фибробластов и глиальных элементов с наличием единичных вновь образованных сосудов. В стволовых отделах головного мозга множественные сосудистые кровоизлияния и очаги некрозов.

Вопросы:

1.Повреждения обнаруженные на трупе?

2.Степень тяжести вреда причиненного здоровью?

3.Время наступления смерти, причина смерти?

4.Могли ли данные повреждения образоваться от падения с «высоты собственного роста»?

5.Состояние опьянения?

Задача №5. (УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-5, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10)

ОБСТОЯТЕЛЬСТВА ДЕЛА. В постановлении о назначении судебно-медицинской экспертизы указано, что «09.04.2009 по адресу: г.К….., ул. Мира, д.00 был обнаружен гр. Ю., 1974г.р. в бессознательном состоянии и доставлен скорой медицинской помощью в МУЗ «ГКБ». 14.04.2009 гр. Ю. умер в МУЗ «ГКБ» не приходя в сознание».

ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКАЯ ЧАСТЬ.

Представлен Акт судебно-медицинского исследований от 15.05.09г. представлена медицинская карта стационарного больного из ГКБ № 6 на имя Ю., 1974 г.р., который 09.04.09г. в 1-05 бригадой скорой помощи был доставлен в токсикологическое отделение с нарушением сознания. Подобран в бессознательном состоянии на ул. Юшкова, 00. При поступлении кома 1-2. Кожные покровы умеренно гиперемированы. В области лба и волосистой части головы имеется ссадина. Зрачки равны, фотореакция слабая. Рефлексы снижены. Мышечный тонус снижен симметрично. Дыхание спонтанное, ЧДД 18\мин, дыхание везикулярное, хрипов нет. АД 120\80 мм.рт.ст. Пульс 82\мин. Изо рта определяется запах алкоголя. Живот при пальпации мягкий. Печень по краю реберной дуги. Проведена компьютерная томография головного мозга № 14597 от 09.04.09г.: КТ-картина обширного травматического повреждения головного мозга: массивное субарахноидальное кровоизлияние по всем полям; в лобно-височно-теменной области слева определяется субдуральная гематома до 16 мм в глубину и до 129 мм по протяженности; срединные структуры смещены слева направо до 10 мм; в охватывающей цистерне и сильвиевых щелях кровь, которой пропитано и мозговое вещество лобных долей; желудочковая система компримирована слева. Больной осмотрен нейрохирургом, переведен в НХО-1. 09.04.09г. произведена операция: КПТ черепа в лобно-теменной области слева, удаление острой субдуральной гематомы. Под интубационным наркозом в положении больного лежа на спине. Кожа рассечена дугообразным разрезом в левой лобно-теменной области, основанием к виску. Теменная, височная и лобная кости скелетированы в пределах раны. Визуализируется линейный перелом теменной кости. Из 5 фрезевых отверстий через линию перелома сформирован и удалён костный лоскут. Твердая мозговая оболочка напряжена, пульсация отсутствует, вскрыта. Аспирировано и отмыто около 80 мл крови в виде сгустков. Обширное контузионное поражение лобной, височной и теменной долей, массивное субарахноидальное кровоизлияние. Вещество мозга выбухает в дефект, при пункции крови не получено. Появилась слабая пульсация вещества мозга. Гемостаз. Твердая мозговая оболочка ушита наводящими швами до активного дренажа, установленного субдурально. Пластика костным лоскутом не выполнена из за выраженного отёка мозга. Послойные швы на рану до активного дренажа. Ас. повязка. В послеоперационном периоде больной переведен в отделение реанимации. 11.04 состояние больного крайне тяжелое, кома 2-3. ИВЛ. АД 75\45 мм.рт.ст. Пульс 94\мин. 12.04 состояние больного терминальное, кома 2-3. Зрачки равны, умеренно расширены, без реакции на свет, взор фиксирован прямо. АД 65\30 мм.рт.ст. Пульс 117\мин. Несмотря на проводимую терапию состояние больного оставалось крайне тяжелым, прогрессировала мозговая недостаточность, на фоне неуправляемой артериальной гипотонии в 1-45 14.04.09г. произошла остановка сердечной деятельности, констатирована смерть больного. ПОСМЕРТНЫЙ ДИАГНОЗ. Закрытая черепно-мозговая травма (09.04.09г.), ушиб головного мозга тяжелой степени. Острая субдуральная гематома в левой теменно-височной области (80 мл). Ушибы и ссадины волосистой части головы. Осложнения. Постдислокационные ишемические поражения ствола на мезэнцефальном уровне. Двусторонняя нижнедолевая пневмония. Сопутствующее заболевание: хронический алкоголизм.

Алкоголь – в крови 2,56 промилле, в моче 0,6 промилле.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Данные анализов | | | | |
| Параметры  дата | 9.04 | 10.04 | 12.04 | 13.04 |
| эритроциты | 4,68 | 4,18 | 4,43 | 3,63 |
| Цветной п. | 0,93 | 0,93 | 0,95 | 0,92 |
| гемоглобин | 146 | 130 | 141 | 111 |
| тромбоциты | 157 | 142 | 218 | 90 |
| гематокрит | 39,3 | 36,3 | 38,6 | 33,2 |
| лейкоциты | 18,3 | 14,3 | 27,9 | 5,2 |
| базофилы |  |  | 1 |  |
| эозинофилы |  |  | 1 |  |
| палочкоядерные | 9 |  | 41 |  |
| сегментоядерные | 71 |  | 33 |  |
| лимфоциты | 8 |  | 14 |  |
| моноциты | 12 |  | 10 |  |
| Дегенеративные изменения нейтрофилов |  |  | + |  |
| Анизоцитоз |  |  | + |  |
| Пойкилоцитоз |  |  | + |  |
| Полихромазия |  |  | + |  |
| Нормобласты |  |  | 2\100 |  |
| РОЭ | 8 | 21 | 47 | 53 |
| Амилаза | 11,0 |  |  |  |
| мочевина | 3,6 | 2,9 | 9,5 | 15,3 |
| Билирубин общ. | 13,7 | 12,6 | 7,0 | 7,5 |
| Прямой | 6,5 | 5,4 | 2,4 | 2,5 |
| непрямой | 7,2 | 7,2 | 4,6 | 5,0 |
| Белок крови | 69,7 | 72,4 | 63,9 | 52,2 |
| Калий | 3,5 | 4,7 | 6,2 | 7,4 |
| Натрий | 151 | 156 | выс | 171 |
| Уд. вес мочи | 1004 | 1000 | м\м | м\м |
| Белок мочи |  |  | 155 | 490 |
| Лейкоциты мочи | 0-0-1 | 0-1 | 0-1-2 | 2-4 |
| Эритроциты мочи | знач |  | 6-7 | 2-4 |

НАРУЖНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ. Труп мужчины, доставлен без одежды, среднего телосложения, правильного удовлетворительного питания, длиной тела 185 см. Кожа бледно-серая, холодная на ощупь во всех отделах, в отлогих местах тела сливные, фиолетовые, не исчезающие и не меняющие цвет при надавливании трупные пятна. Трупное окоченение достаточно выражено во всех обычно исследуемых группах мышц. Склеры глаз мутные, тусклые, суховаты, кровоизлияний в соединительные оболочки глаз не отмечается, зрачки равновелики по 0,5 см диаметром. Голова правильной формы, кости черепа и лицевого скелета на ощупь целы. Грудная клетка цилиндрическая, эластичная, упругая, ребра на ощупь целы. Живот на одном уровне с грудной клеткой. Естественные отверстия тела и полости рта и носоглотки свободны, чистые. Слизистая оболочка губ синюшная, подсохшая. Анальное отверстие сомкнуто, кожа вокруг него чистая. Половые органы развиты правильно. Кости конечностей целы. ПОВРЕЖДЕНИЯ. Синюшные кровоподтеки в местах инъекций: на предплечьях, правой кисти и правом локтевом сгибе. В центре лобной области на 7 см выше надбровных дуг Г-образная с осадненными краями рана, открытым прямым углом влево с длиной ребер по 1 см, со слегка подрытым левым краем, глубиной до кости с тканевыми перемычками в глубине. В зоне раны кровоизлияние в коже диаметром 1,5 см. Слева в лобно-теменной области с переходом на височную область дугообразный операционный разрез длиной 15 см, ушитый. Желтовато-синюшный кровоподтек в левой скуловой области с переходом на нижнее веко диаметром 7 см. Каких-либо иных повреждений при исследовании не обнаружено. При проведении воздушной пробы – воздух из плевральных полостей и полостей сердца не получен. При проведении судебно-медицинского исследования трупа использовались: кожные разрезы по методу Шора.

ВНУТРЕННЕЕ ИССЛЕДОВАНИЕ

Извлечение органокомплекса произведено по методу Шора, с распилом ребер спереди. Череп вскрывался угловым распилом. Доступ к спинному мозгу осуществлялся сзади по методу Медведева.

Масса органов.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Масса |  | норма |
| Мозг | 1590 | До 1400 |
| Легкое правое | 710 | 450 |
| левое | 690 | 375 |
| Сердце | 290 | 200-400 |
| Печень | 1600 | 1200-2000 |
| Селезенка | 90 | 80-180 |
| Почки обе. Правая/Левая | 145/145 | 275-310 |

ПОЛОСТЬ ЧЕРЕПА В кожно-мышечном лоскуте головы кровоизлияние по ходу операции и кровоизлияние в левой теменной области с центром в 5 см от средней линии и кзади на 3 см от венечного шва диаметром 5 см. Слева в теменной и височной костях трепанационное отверстие 5х7 см, ориентированное горизонтально. От верхнезаднего угла отверстия, расположенного в 8 см от стреловидного шва и в 5 см от середины лямбдовидного шва, вправо и кзади идет линия перелома, заканчивающаяся на вершине лямбдовидного шва. Края линии перелом четко сопоставимы. Справа множественные трещины по крыше орбиты, распространяющиеся на дырчатую пластинку решетчатой кости. Субдурально в передних черепных ямках гематома из темно-вишневых свертков объемом 50 мл. По полюсным и базальным поверхностям лобных долей: слева смыкающиеся между собой темно-красные кровоизлияния диаметром 9 см диффузного характера, на фоне которого слева на участке диаметром 3 см более темные пятнистые кровоизлияния с 5-ю эрозиями мягких мозговых оболочек в центре участка, справа на участке 4 см диаметром аналогичные по характеристикам кровоизлияния с эрозиями. По полюсной поверхности правой височной доли аналогичные по характеристикам кровоизлияния с 3 эрозиями в центре полюса на участке диаметром 3 см. Указанные кровоизлияния распространяются на вещество мозга на глубину коры. Борозды мозга сглажены, извилины уплощены, на миндаликах мозжечка кольцевидная с диффузными субарахноидальными кровоизлияниями полоса вдавления от краев большого затылочного отверстия шириной 0,5 см, внутри борозды мозжечок и продолговатый мозг кашицеобразные темно-красного цвета. Головной мозг дряблый, на разрезах с четкой границей серого и белого вещества и мраморным рисунком подкорковых ядер. Поверхности разрезов тускловаты, липнут к лезвию ножа. Желудочки мозга симметричны, обычного объема, эпендима их бледно-серая, блестящая, влажная, в полостях желудочков следы прозрачной соломенного цвета жидкости. Сосудистые сплетения обычного вида, полнокровны. ОРГАНЫ ШЕИ, ГРУДНОЙ И БРЮШНОЙ ПОЛОСТЕЙ: язык синюшный, влажный, обложен серовато-желтым, не снимающимся налетом. Слизистые оболочки носоглотки синюшные, влажные, блестящие. В мягких тканях шеи повреждений и кровоизлияний не обнаружено. В плевральных полостях следы прозрачной жидкости, легкие выполняют 2\3 полостей, с блестящей, гладкой и влажной плеврой. Органы брюшной полости расположены анатомически правильно, в полости следы прозрачной жидкости соломенного цвета. Листки брюшины гладкие, влажные, блестящие. Просвет пищевода свободен, слизистая его бледно-серая, продольно складчатая. Вход и просвет гортани свободен, слизистая оболочка ее бледно-серая. Подъязычная кость и хрящи гортани целы, в мягких тканях ее повреждений не обнаружено. Просвет трахеи и главных бронхов свободен, хрящи трахеи целы. Щитовидная железа обычных размеров, с равновеликими долями, плотно-эластичная, темно-коричневая, на разрезе полнокровна, дольчатого строения. Аорта эластична, со следами жидкой крови в просвете и гладкой интимой. Легкие синюшные в передних и темно-синюшные в задних отделах, тестоватой консистенции, на разрезах темно-красные с обычным рисунком, полнокровны. Слизистые оболочки воздухо-проводящих путей светло-розовые, набухшие. Бифуркационные лимфоузлы диаметром от 1 до 2 см, эластичные, не спаянные между собой и с окружающими тканями, темно-синюшные, на разрезах сочные, с обычным рисунком. В полости перикарда следы прозрачной жидкости, листки его гладкие, влажные, блестящие. Сердце дрябло-эластичное, 11х10х9 см. В полостях сердца смешанные свертки крови с мелкими единичными темно-вишневыми свертками. Миокард розовато-синюшный, эластичный, неравномерного кровенаполнения. Толщина стенки правого желудочка 0,3 см, левого 1,2 см. Клапанный и пристеночный эндокард тонкий, прозрачный, клапаны сформированы правильно. Коронарные артерии с тонкими стенками, пустым просветом. Желудок пустой, содержимое кишечника отделам соответствует, слизистые оболочки желудочно-кишечного тракта грязно-серые из-за аутолиза. Мезентериальные лимфоузлы располагаются раздельно, диаметр их не более 1 см, эластичны. Печень 26х18х15х13 см, плотно-эластичная, коричневая с поверхности и на разрезах, полнокровная, со смазанным рисунком долек. Просвет внепеченочных желчевыводящих путей свободно проходим. Поджелудочная железа обычных размеров, плотно-эластичная, бледно-серая, на разрезах – дольчатого строения. Селезенка 6х4х3 см, эластичная, синюшная, на разрезах без соскоба. Надпочечники листовидной формы, обычных размеров, на разрезах граница слоев четкая. Почки равновелики, 11х6х5 см, дрябло-эластичные. Капсула сползает при надрезе, обнажая ровную поверхность. По краю разреза паренхима слегка наползает на капсулу. На разрезах корковый слой - синюшный, с подчеркнутым рисунком, мозговой слой также с подчеркнутым рисунком, граница слоев отчетливо выражена с полнокровием юкстамедуллярной зоны. Слизистые оболочки лоханок и чашечек бледно-синюшные, гладкие, блестящие, просвет их свободен. Мочеточники проходимы на всем протяжении, с бледно-серой слизистой. Мочевой пузырь пуст, слизистая оболочка его складчатая, бледно-серая, уретра свободно проходима. ПОЗВОНОЧНИК И СПИННОЙ МОЗГ: при ревизии позвоночного столба повреждений не обнаружено, кроме вертикально ориентированных полосчатых темно-красных кровоизлияний в задней атлантозатылочной мембране. Эпи- и субдуральные пространства свободны, твердая мозговая оболочка напряжена, бледно-серая, блестящая, мягкие мозговые оболочки тонкие, прозрачные, спинной мозг дряблый, на разрезах обычного рисунка.

АКТ Судебно-гистологического исследования. Судебно-медицинским экспертом, произведено исследование кусочков внутренних органов от трупа гр. Ю., 1974 г.р. ЗАКЛЮЧЕНИЕ. Головной мозг – диффузные и очаговые субарахноидальные, распространяющиеся на головной мозг до белого вещества кровоизлияния с очаговой лейкоцитарной инфильтрацией и гемолизом эритроцитов, с выпадением нейронов в зоне повреждений, с внеклеточным выпадением гемосидерина. В стволовых отделах мозга выраженная внеклеточная гипергидратация с перивазальными кровоизлияниями с очагами выпадения нейронов, стазом крови в сосудах. Печень – дискомплексация печеночных балок, жировым гепатозом 1-2 степени, стаз крови в сосудах. Воспаления не выявлено. Легкие – неравномерно выраженный внутриальвеолярный отек с геморрагическим компонентом, межуточный отек, очаговые внутриальвеолярные скопления гемосидерофагов, гнойный эндобронхит, очаговая гнойная бронхопневмония. Миокард – стаз крови в сосудах, межуточный отек, очаги неравномерной гипертрофии кардиоцитов. Апоневроз – очаговые кровоизлияния с гемолизом эритроцитов, неравномерно выраженной лейкоцитарной инфильтрацией, внеклеточным выпадением гемосидерина.

Вопросы:

1.Повреждения обнаруженные при исследовании?

2.Степень тяжести вреда причиненного здоровью человека?

3.Время наступления смерти, причина смерти?

4.Могли ли данные повреждения образоваться от падения с «высоты собственного роста»?

5.Состояние опьянения?

Эталон №1

1.При судебно-медицинской экспертизе трупа обнаружены следующие телесные повреждения: а) закрытая черепно-мозговая травма - кровоподтеки и ссадины в лобно-теменной и теменно-затылочной областях, в кожно-мышечном лоскуте головы 9 кровоизлияний в лобно-теменной области и 4 кровоизлияния в теменно-затылочной области; переломы левых теменной височной костей, пятнистые субарахноидальные кровоизлияния по полюсной и базальной поверхности обеих лобных долей и полюсной и базальной поверхности обеих височных долей; ограничено диффузное кровоизлияние слева по наружной поверхности теменной доли; б) множественные кровоподтеки и ссадины лица и верхних конечностей, кровоизлияния в обоих глазных яблоках.

2.Смерть наступила в результате закрытой черепно-мозговой травмы с переломом костей черепа и ушибами головного мозга, осложнившейся отеком и набуханием головного мозга с дислокацией. Заключение подтверждается обнаружением переломов костей свода черепа и очагов ушиба в головном мозге.

3.Локализация и совокупность повреждений головы (кровоподтеки и ссадины в лобно-теменной и теменно-затылочной областях, субарахноидальные кровоизлияния по полюсной и базальной поверхности обеих лобных долей и полюсной и базальной поверхности обеих височных долей; ограничено диффузное кровоизлияние слева по наружной поверхности теменной доли), локализация и механизм образования переломов (линейные, слева в теменной и чешуе височной костей, перелом №1 упирается в перелом №2 по типу конец в бок)) позволяет говорить, что закрытая черепно-мозговая травма имеет импрессионный характер и возникла от неоднократных разнонаправленных травматических ударных воздействий на голову твердого тупого предмета, предметов без четких идентифицирующих признаков, но с массой меньше массы головы. Общее количество воздействий на голову, могущих привести к возникновению черепно-мозговой травмы не менее 13. Кровоподтеки и ссадины лица возникли от неоднократных воздействий твердого тупого предмета без четких идентифицирующих признаков, количество воздействий не менее 3-х. Кровоподтеки и ссадины на конечностях возникли от неоднократных воздействий твердого тупого предмета (предметов) без четких идентифицирующих признаков, подсчитать количество воздействий не представляется возможным из-за наслаивания их друг на друга.

4.Морфологическая давность всех повреждений не превышает 2-х недель, и не может быть ранее 3-х суток к моменту смерти (головной мозг - в окружающих кровоизлияния оболочках – лейкоцитарный инфильтрат, наличие гемосидерофагов, очаги склероза и умеренная пролиферация фибробластов; в мозговой ткани вокруг кровоизлияний пролиферация микро и макроглии, умеренная пролиферация фибробластов, лейкоцитарный инфильтрат, единичные гемосидерофаги, большое количество молодых сосудов с плазматизацией стенки. В 1 кусочке головного мозга без кровоизлияний в коре массивное выпадение нейронов с очаговой пролиферацией микроглии).

5.При поступлении пострадавшего в стационар в крови не обнаружен этиловый спирт.

Эталон №2

1. Открытая черепно-мозговая травма - зарубцевавшаяся рана в области левого теменного бугра, оскольчатый перелом левой теменной кости - веретенообразный дефект левой теменной кости, расхождение лямбдовидного шва справа, ушиб головного мозга в зоне перелома в стадии организации - разрастание соединительной ткани в мягких мозговых оболочках, массивный глиальный рубец в веществе мозга, организующиеся пятнистые кровоизлияния по базальной поверхности правой височной доли

2. Осложнения: очаговые некрозы и кровоизлияния в поврежденных отделах головного мозга, отек и набухание головного мозга с дислокацией; отек легких; венозное полнокровие внутренних органов.

3. Обнаруженная при настоящей экспертизе, ЧЕРЕПНО-МОЗГОВАЯ ТРАВМА причинила вред, опасный для жизни человека и согласно пункту 4.а Правил определения степени тяжести вреда, причиненного здоровью человека (Постановление Правительства РФ от 17 августа 2007 г. N 522) и пункта 6.1. приказа МЗиСР РФ 194н от 24.04.2008.г., квалифицируется, как обусловившая тяжкий вред здоровью. Черепно-мозговая травма имеет прямую причинную связь со смертью.

4. Локализация и совокупность повреждений головы, а также характер перелома свода черепа позволяют говорить, что черепно-мозговая травма имеет импрессионно-инерционный механизм и возникла от однократного воздействия твердого тупого предмета значительной массы на левую теменную область с действием травмирующей силы сверху вниз и несколько слева направо. Заключение подтверждается локальным характером перелома левой теменной кости с ушибом головного мозга в зоне перелома и наличием противоударных кровоизлияний в правой височной доле. Указанная травма могла быть получена при условии, указанном в карте стационарного больного (упала на голову деревянная балка 15.02.09г. около 14-00).

5. При поступлении пострадавшего в стационар в крови не обнаружен этиловый спирт.

Эталон №3

1.При судебно-медицинской экспертизе трупа обнаружены телесные повреждения в виде: а) Закрытая черепно-мозговая травма – рваная рана левой ушной раковины, кровоизлияния в коже головы слева в височной, справа в лобно-височных, в теменно-затылочной областях, линейный перелом правой височной кости, распространяющийся на основание черепа, субарахноидальные кровоизлияния в правых лобной, височной и теменной долях, в левой височной доле, в черве мозжечка; б) закрытая спинальная травма – кровоизлияния в связки 1-2 шейных позвонков. Все повреждения причинены в короткий промежуток времени. Повреждения являются опасными для жизни в момент причинения, обусловили тяжкий вред здоровью и имеют прямую причинную связь со смертью.

2.Смерть наступила в результате сочетанной травмы тела (см. п.1), сопровождавшейся переломом костей черепа и очагами ушиба головного мозга, осложнившейся отеком и набуханием головного мозга с дислокацией. Вывод подтверждается картиной, найденной на вскрытии, и данными медицинской документации.

3.Учитывая литературные данные, после получения вышеуказанных телесных повреждений, потерпевший мог совершать целенаправленные действия, в том числе передвигаться от нескольких минут до нескольких часов, однако, наличие повреждения червя мозжечка вероятность самостоятельных действий потерпевшего после травмы очень низка.

4.Смерть пострадавшего наступила 18.02.03 в 17 часов 15 минут.

5.При поступлении пострадавшего в стационар в крови обнаружен этиловый спирт, концентрация которого соответствует тяжелой степени алкогольного опьянения по аналогии с живыми лицами.

Эталон №4:

1.При судебно-медицинской экспертизе трупа обнаружены следующие телесные повреждения: закрытая черепно-мозговая травма – кровоподтеки на левой щеке и вокруг левого глаза, справа разрыв вены, впадающей в сагиттальный синус, субдуральная плащевидная гематома по конвекситальной поверхности правых теменной и височной долей, справа в передней черепной ямке, субарахноидальные и внутримозговые корковые кровоизлияния слева по передней и базальной поверхностям лобной доли с разрывом мягкой мозговой оболочки.

2. Обнаруженная при настоящей экспертизе, ЧЕРЕПНО-МОЗГОВАЯ ТРАВМА причинила вред, опасный для жизни человека и согласно пункту 4.а Правил определения степени тяжести вреда, причиненного здоровью человека (Постановление Правительства РФ от 17 августа 2007 г. N 522) и пункта 6.1. приказа МЗиСР РФ 194н от 24.04.2008.г., квалифицируется, как обусловившая тяжкий вред здоровью. Черепно-мозговая травма имеет прямую причинную связь со смертью.

3.Смерть наступила 04.04.09 в 23.15 в результате закрытой черепно-мозговой травмы с разрывом вены, впадающей с сагиттальный синус справа, субдуральной гематомой со сдавлением головного мозга, ушибом головного мозга, осложнившейся отеком и дислокацией головного мозга с геморрагическим некрозом стволовых отделов и мозжечка. Заключение подтверждается клинической картиной, в том числе и во время операции (мышечная гипотония, сухожильные рефлексы угнетены, грубая менингеальная симптоматика, удаление подострой субдуральной гематомы 120 мл) и морфологической картиной - справа разрыв вены, впадающей в сагиттальный синус, субдуральная плащевидная гематома по конвекситальной поверхности правых теменной и височной долей, справа в передней черепной ямке, субарахноидальные и внутримозговые корковые кровоизлияния слева по передней и базальной поверхностям лобной доли с разрывом мягкой мозговой оболочки. Морфологические изменения в поврежденных органах и тканях – желтоватое прокрашивание кровоподтеков на лице, признаков организации (гемосидероз, пролиферация фибробластов, пролиферация глии в веществе мозга) признаков подострой гематомы во время операции, за 2-е суток до смерти, желтоватый цвет кровоподтеков при поступлении в стационар, позволяют говорить, что давность черепно-мозговой травмы не менее 3-х суток, но не более 2-х недель к моменту смерти, и не менее 3-х суток к моменту поступления пострадавшей в стационар.

4.Заболеваний головного мозга у пострадавшей не обнаружено. Маловероятно, что пострадавшая могла получить описанную черепно-мозговую травму при падении с высоты собственного роста.

5.При поступлении пострадавшей в стационар в крови не обнаружен этиловый спирт.

Эталон №5

1.При судебно-медицинской экспертизе обнаружены следующие телесные повреждения: открытая черепно-мозговая травма – Г-образная рвано-ушибленная рана в центре лобной области, кровоизлияние в коже левой теменной области, линейный перелом левой теменной кости, множественные трещины крыши правой орбиты, распространяющиеся на дырчатую пластинку решетчатой кости, субдуральная плащевидная гематома в передних черепных ямках объемом 50 мл, субарахноидальные и внутримозговые кровоизлияния по полюсным и базальным поверхностям обеих лобных долей головного мозга и по полюсной поверхности правой височной.

2.Обнаруженная при настоящей экспертизе, ЧЕРЕПНО-МОЗГОВАЯ ТРАВМА причинила вред, опасный для жизни человека и согласно пункту 4.а Правил определения степени тяжести вреда, причиненного здоровью человека (Постановление Правительства РФ от 17 августа 2007 г. N 522) и пункта 6.1. приказа МЗиСР РФ 194н от 24.04.2008.г., квалифицируется, как обусловившая тяжкий вред здоровью. Черепно-мозговая травма имеет прямую причинную связь со смертью.

3.Смерть наступила в 1-45 14.04.09. в результате черепно-мозговой травмы, с переломом костей свода и основания черепа, ушибом головного мозга, осложнившейся отеком и дислокацией последнего с некрозом стволовых отделов мозга и мозжечка. Вывод подтверждается клинико-морфологической картиной - при поступлении кома 1-2, на операции и при исследовании трупа обнаружены перелом левой теменной кости, субдуральная гематома и ушибы головного мозга

4.Маловероятно, что повреждения могли быть получены пострадавшим при падении с высоты собственного роста из положения стоя.

5.При поступлении пострадавшего в стационар в крови обнаружен этиловый спирт, концентрация которого соответствует тяжелой степени алкогольного опьянения по аналогии с живыми лицами.

**6.Перечень практических умений по изучаемой теме.**

(УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-5, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10)

- установить причину смерти;

- провести судебно-медицинское исследование трупа при различных видах насильственной смерти;

- определить степень тяжести телесных повреждений;

- установить причинно-следственную связь между повреждением и неблагоприятным исходом;

**7. Рекомендации по выполнению НИР**

Примерная тематика по НИР по теме - не предусмотрена.

**8. Рекомендованная литература по теме занятия (обязательная, дополнительная, электронные ресурсы, включая законодательные и нормативно-правовые документы)**

**Занятие № 15**

**1. Индекс: ОД.О.01.1.4.15 Тема: «Черепно-мозговая травма в судебно-медицинской практике. Основные понятия и термины».**

**2. Форма организации занятия:** подготовка к практическому занятию.

**3. Перечень вопросов для самоподготовки по теме практического занятия**

1. Что называют телесным повреждением? (УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-5, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10).

ОТВЕТ: Телесным повреждением или травмой (эти понятия являются синонимами) называется нарушение анатомической целости органа или тканей (от ссадины до полного разрушения тела), причиненное каким-либо фактором внешней среды и вызвавшие расстройство здоровья или смерть человека.

2. Какие внешние факторы могут вызвать повреждения? (УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-5, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10).

ОТВЕТ: Повреждения возникают при действии различных факторов внешней среды: физических, химических,биологических и психических. Однако чаще всего травма является следствием физическихфакторов и, прежде всего механических, реже температурных и электрических, а также барометрических факторов и лучевой энергии. Химические факторы вызывают повреждения в виде ожогов и отравления с деструкцией органов, нередко функциональные расстройства. Повреждения биологическими факторами (действие микробов и вирусов при искусственном заражении, а также расстройство здоровья вследствие голодания и жажды), психическими факторами (психотравма), в судебно-медицинской практике встре-чаются редко. Наконец, бывают комбинирован-ные повреждения, причиняемые одновременно разными внешними факторами.

3. Что такое травматизм и какие его виды различают? (УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-5, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10).

ОТВЕТ: Под травматизмом понимают повторение однородных травм, полученных в сходных условиях труда и быта у определенной группы населения. Различают производственный травматизм (промышленный и сельскохозяйственный), непроизводственный (транспортный, пешеходный или уличньш, бытовой, спортивный, и военный — боевой и небоевой, — экспертизой которого занимаются военные судебные медики). В судебно-медицинской практике чаще всего встречается бытовой, уличный и транспортный травматизм, причиной которого обычно являются недисциплинированность, невнимательность, неосторожность, нарушение установленных правил, неисправность технических средств, алкогольное опьянение.

4. Что такое механическое повреждение? (УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-5, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10).

ОТВЕТ: Всякое повреждение, которое возникает вследствие кинетической энергии предмета, то есть, когда травмирующий предмет или тело, либо одновременно то и другое находятся в движении. При этом может возникать как анатомическое, так и только функциональное повреждение.

5. Что называют анатомическим и функциональным повреждением? (УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-5, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10).

ОТВЕТ: Повреждения с видимыми визуально или выявляемыми с помощью рентгенографии, микроскопии и других дополнительных методов исследования нарушения целости ткани или органа называются анатомическими. В зависимости от характера изменений различают ссадины, кровоподтеки, переломы костей, вывихи, растяжения, повреждения внутренних органов, размятая тела и отделения его на части. Функциональными называют такие повреждения, при которых анатомические нарушения отсутствуют либо настолько минимальны, что обнаруживаются лишь с помощью специальных исследований, но функция органа является на-рушеняой. Сюда можно отнести расстройство здоровья и смерть при ударах в рефлексогенные зоны, сотрясение головного мозга, физическая боль.

6. Каким образом устанавливается повреждение функционального характера? (УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-5, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10).

ОТВЕТ: Функциональное повреждение может быть обнаружено только при обследовании человека. При этом иногда требуется применение специальных методов исследования с участием соответствующих специалистов. Например, при отсутствии каких-либо повреждений определяется слепота, глухота, паралич конечностей. В таких случаях важно доказать прямую связь утраты функции с предполагаемой травмой. Доказать функциональное повреждение при исследовании трупа можно лишь по истории болезни, то есть с учетом прижизненного обследования потерпевшего.

7. Как следует описывать повреждение при выявлении его на месте обнаружения трупа? (УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-5, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10).

ОТВЕТ: Описание повреждений, в том числе при первичном осмотре трупа на месте его обнаружения, должно быть полным и точным, но без каких-либо выводов, которые будут сделаны после окончания исследования. Чтобы не пропустить важных деталей, нужно придерживаться следующего плана. Вначале указать характер повреждения, то есть что обнаружено (ссадина, рана, перелом и т. д.), затем локализацию. При этом, указав область тела, отметить две перпендикулярных линии до ближайших анатомических точек в сантиметрах. В некоторых случаях необходимо также привести расстояние от подошвы стоп до нижнего края повреждения. Например: «В правой теменной области волосистой части головы на 3 см выше сращения ушной раковины и на 2 см кпереди от затылочного бугра расположена округлая рана, нижний край которой на 168 см отстоит от подошвы стоп». Форма повреждения описывается с указанием геометрической фигуры либо приближенной к ней (например, неправильно треугольная). Допускается сравнение с общеизвестными предметами (полулунная, звездчатая, «П»-образная). Размеры приводятся в сантиметрах. При измерении площади указываются два взаимно-перпендикулярных наибольших размера, отдельно — глубина проникновения, либо отмечается только длина. При наличии множества однотипных повреждений допускается привести меньший и больший их размер. Направление расположения повреждения отмечается относительно продольной оси тела: горизонтальное, вертикальное, косо, иногда с указанием угла в градусах. При нескольких повреждениях важно привести их взаиморасположение. Цветповрежденного участка тканей указывается с его оттенками на разных участках. Описывается рельефповерхности травмированной зоны (гладкий, бугристый и пр.), особенность краев повреждения (ровные, неровные, мелкозубчатые, фестончатые, осадненные, размозженные и пр.), при описании раны — ее стороны (скошенная, обрывистая), особенность концов, что более важно при описании ран: они могут быть острыми, закругленными, «М» или «П»-образными, с насечками или раздвоением. Если описывается рана — важно указать на детали, обнаруживаемые в просвете (перемычки, луковицы волос, кровоизлияния, гнойное содержимое и пр.) и ее дне (раз-моженная мышечная ткань, поврежденная или неповрежденная кость). Важно заметить и описать инородные включения в зоне травмы (частицы древесины, кирпича, осколки стекла, зерна пороха, копоть и пр.) При невозможности точно установить природу необходимо дать описание выявленной микрочастицы. Наконец стоит описать ткань вокруг повреждения (припухлость, кровоизлияние, загрязнение и пр.). Подробности необходимы, так как каждый из этих признаков может оказаться важным при решении вопросов, связанных с установлением особенностей травмировавшего орудия.

**4. Самоконтроль по тестовым заданиям данной темы**

1. ПОВОДОМ ДЛЯ СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ ТРУПА ЯВЛЯЕТСЯ СМЕРТЬ
   1. взрослого человека, умершего в стационаре при установленном диагнозе
   2. лица в машине скорой помощи, приемном покое больницы
   3. девушки при наличии девственной плевы
   4. ребенка, умершего в стационаре при установленном диагнозе
   5. женщины при отсутствии девственной плевы

Правильный ответ: 2 ПК-5

1. ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ АНТИГЕННОЙ ХАРАКТЕРИСТИКИ ГНИЛОСТНО-ИЗМЕНЕННОГО ТРУПА ИСПОЛЬЗУЕТСЯ
   1. кость (костные опилки)
   2. мышечная ткань
   3. мозг
   4. кровь
   5. почка

Правильный ответ: 1 ПК-5

1. В СЛУЧАЯХ ПОДОЗРЕНИЯ НА СМЕРТЬ ОТ ВОЗДУШНОЙ ЭМБОЛИИ СЕРДЦЕ ВСКРЫВАЮТ
   1. на месте (до извлечения органокомплекса)
   2. после извлечения органокомплекса, исследуя органы его передней поверхности ПК-5
   3. по усмотрению эксперта
   4. по указанию следователя
   5. по указанию заведующего отделением

Правильный ответ: 1 ПК-5

1. ИССЛЕДОВАНИЕ ВСЕГО ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА ПРИ ЭКСПЕРТИЗЕ ТРУПА
   1. может не проводиться в зависимости от причины смерти
   2. является обязательным
   3. обязательно только при экспертизе трупов плодов новорожденных
   4. при подозрении на патологию со стороны ЖКТ
   5. обязательно только в случаях насильственной смерти

Правильный ответ: 2 ПК-5

1. РОД НАСИЛЬСТВЕННОЙ СМЕРТИ (УБИЙСТВО, САМОУБИЙСТВО, НЕСЧАСТНЫЙ СЛУЧАЙ) СУДМЕДЭКСПЕРТ ОПРЕДЕЛЯЕТ
   1. только при очевидных обстоятельствах
   2. если соответствующий вопрос задан следователем
   3. вопрос выходит за пределы его компетенции
   4. при соответствующем вопросе судьи
   5. только по просьбе родственников умершего

Правильный ответ: 3 ПК-5

1. ПОВОДОМ К СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЕ ТРУПА ЯВЛЯЕТСЯ
   1. задолженность по ЖКХ
   2. наличие беременности
   3. умерший в стационаре при установленном диагнозе заболевания
   4. отсутствие девственной плевы
   5. умерший насильственной смертью

Правильный ответ: 5 ПК-5

1. МАТЕРИАЛ ДЛЯ БАКТЕРИОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ НАИБОЛЕЕ ЦЕЛЕСООБРАЗНО НАПРАВЛЯТЬ ПРИ ДАВНОСТИ СМЕРТИ
   1. от 12 до 24 часов
   2. до 3-х суток при отсутствии признаков гниения
   3. свыше 3-х суток
   4. временные границы не установлены
   5. свыше 5-ти суток

Правильный ответ: 1 ПК-5

1. УСЛОВИЕ, ПРЕДОПРЕДЕЛЯЮЩЕЕ ФОРМУ КРОВОПОДТЕКА НА КОЖЕ
   1. сила воздействия
   2. материал твердого предмета
   3. влажность соударяющихся поверхностей
   4. настроение нападавшего
   5. форма контактирующей поверхности предмета

Правильный ответ: 5 ПК-5

1. РАЗНОВИДНОСТЬЮ РАНЫ ОТ ВОЗДЕЙСТВИЯ ТВЕРДОГО ТУПОГО ПРЕДМЕТА ЯВЛЯЕТСЯ
   * 1. колото-резаная
     2. ушибленная
     3. рубленая
     4. пиленая
     5. колотая

Правильный ответ: 2 ПК-5

1. ЛОКАЛИЗАЦИЯ ПРОТИВОУДАРНЫХ ПОВРЕЖДЕНИЙ ГОЛОВНОГО МОЗГА ПРИ СОУДАРЕНИИ ГОЛОВЫ С ПОВЕРХНОСТЬЮ ПРЕДМЕТА ЗАТЫЛОЧНОЙ ОБЛАСТЬЮ
2. в лобной доле
3. в теменной доле
4. в лобно-височной области
5. в лобно-теменной доле справа
6. в лобно-теменной доле слева

Правильный ответ: 1 ПК-5

**11. Ситуационные задачи по теме с эталонами ответов**.

Задача №1. (УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-5, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10).

ОБСТОЯТЕЛЬСТВА ДЕЛА. В постановлении о назначении судебно-медицинской экспертизы указано, что «24.02.2008г. в ГКБ от подъезда дома №0 по ул. 0 Мира г.К…… был доставлен С., 1956 г.р., который скончался в 23 часа 30 минут 24.03.2008г. в ГКБ г.К…..»

ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКАЯ ЧАСТЬ.

Представлен акт судебно-медицинского исследования от 05.03.2008, согласно которой: «Представлен акт о смерти С., 51 год, поступил в крайне тяжелом состоянии в 23-00 24.02.08г. по скорой помощи. Жалобы собрать не представляется возможным из-за тяжести состояния. Документов при себе не было. Был найден возле подъезда в сугробе по адресу: Мира, 0. Состояние крайней тяжести. АД, пульс не определяются на периферических сосудах. Зрачки расширены. Фотореакция вялая. Дыхание спонтанное, ослаблено. Кожа и видимые слизистые бледные, прохладные на ощупь. Живот мягкий, на пальпацию не реагирует. Реанимационные мероприятия в течение 30 минут – без эффекта. В 23-30 24.02.08г. констатирована смерть больного. НАРУЖНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ. Труп мужчины, доставлен без одежды, среднего телосложения, пониженного питания, длиной тела 175см. Кожа бледно-серая, холодная на ощупь во всех отделах, в отлогих местах тела сливные, фиолетовые, не исчезающие и не меняющие цвет при надавливании трупные пятна. Трупное окоченение достаточно выражено во всех обычно исследуемых группах мышц. Склеры глаз мутные, тусклые, суховаты, кровоизлияний в соединительные оболочки глаз не отмечается, зрачки равновелики по 0,4 см диаметром. Голова правильной формы, кости черепа и лицевого скелета на ощупь целы. Грудная клетка цилиндрическая, эластичная, упругая, ребра на ощупь целы. Живот на одном уровне с грудной клеткой. Естественные отверстия тела и полости рта и носоглотки свободны, чистые. Слизистая оболочка губ синюшная, подсохшая. Анальное отверстие сомкнуто. Половые органы развиты правильно. Кости конечностей целы. Отсутствуют зубы верхней челюсти. В нижней челюсти оба первых, все после 4-ого слева, и после 4-ого справа. ПОВРЕЖДЕНИЯ. Вокруг глаз багрово-синюшные кровоподтеки в виде синдрома очков, диаметром по 8 см, распространяющиеся на переносицу. Синюшный кровоподтек диаметром 12 см в центре лобно-теменной области, аналогичные кровоподтеки – передняя поверхность верхней трети левого предплечья 12х6 см, задняя поверхность левого локтя диаметром 6 см, и по тыльной поверхности обеих кистей. На левом предплечье 5 ссадин, 3 на локтевом суставе, 1 в средней трети предплечья диаметром по 1 см, и по задней поверхности лучезапястного сустава диаметром 3 см. На фоне кровоподтека левой кисти множественные ссадины диаметром 0,5-0,7 см и, в основании фаланг указательного и среднего пальцев округлые поверхностные раны диаметром по 1 см. Справа - по локтевой поверхности 6 ссадин диаметром от 0,5 см до 1 см. Кровоподтек диаметром 6 см по задней поверхности средней трети предплечья. На фоне кровоподтека правой кисти в проекции безымянного и указательного пальцев овальные вертикальные ссадины диаметром по 2х1 см каждая. На переносице ссадина 4х1 см, в левой скуловой области 2 ссадины диаметром по 1 см, ссадина диаметром 0,5 см по внутренней поверхности левого верхнего века и 3х0,5 см по ходу внутренней части левой брови, множественные кровоизлияния в левое глазное яблоко. Справа множественные кровоизлияния в глазное яблоко. В лобной области и в теменной области на фоне кровоподтека - 11 ссадин размерами от 1до 4 см диаметром. В теменно-затылочной области на участке диаметром 18 см - 16 ссадин диаметром от 1 до 2 см. Все ссадины однотипны, покрыты бурой коркой с западающим дном. По органам – полнокровие, картина острой смерти. Каких-либо повреждений, кроме следов медицинских манипуляций, при исследовании не обнаружено. При проведении воздушной пробы – воздух из плевральных полостей и полостей сердца не получен. При проведении судебно-медицинского исследования трупа использовались: кожные разрезы по методу Шора. ВНУТРЕННЕЕ ИССЛЕДОВАНИЕ: Извлечение органокомплекса произведено по методу Шора, с распилом ребер спереди. Череп вскрывался угловым распилом. Доступ к спинному мозгу осуществлялся сзади по методу Медведева. Масса органов.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Масса | № 38 | норма |
| Мозг | 1590 | До 1400 |
| Легкое правое | 600 | 450 |
| левое | 450 | 375 |
| Сердце | 300 | 200-400 |
| Печень | 1600 | 1200-2000 |
| Селезенка | 90 | 80-180 |
| Почки обе | 300 | 275-310 |
| Правая/Левая | 150/150 |  |

ПОЛОСТЬ ЧЕРЕПА. Головной мозг исследовался методом Вирхова. В кожно-мышечной лоскуте головы в лобно-теменной области в коже, в проекции кровоподтеков и ссадин 9 кровоизлияний от 1до 4 см диаметром. В теменно-затылочной области 4 кровоизлияния диаметром по 2 см. Все кровоизлияния темно-красные с четкими контурами. Толщина лобной кости 0,5 см, височных по 0,3 см, теменных по 0,4 см. Коричневое прокрашивание мягких мозговых и твердой мозговых оболочек по всем отделам. Слева в теменной и чешуе височной костей перелом. Линия перелома №1 расположена - от середины левой части лямбдовидного шва, ориентирована горизонтально и справа налево до заднего края теменного бугра, далее по типу «конец в бок» упирается в вертикальную линию перелома № 2 пересекающую теменной бугор через центр. Верхний конец перелома № 2 на 1 см левее от средней линии, второй конец перелома в проекции основания пирамиды выше ее на 6 см. Верхний конец перелома по внутренней костной пластинке поворачивает кзади под почти прямым углом, заканчиваясь через 2 см, и не проявляется по наружной костной пластинке. При ревизии линии перелома №2 сколы компактной наружной пластинки на протяжении 2 см условного центра, длина перелома № 2 - 7 см. Длина перелома №1 - 5 см и сколы компактной наружной пластинки по всей его длине. Пятнистые множественные кровоизлияния, без повреждения целостности оболочек, справа - по полюсной и базальной поверхности лобной доли на участке диаметром 3 см полюсной и базальной поверхности височной доли на участке диаметром 4 см. Аналогичные кровоизлияния в тех же отделах левого большого полушария - в лобной доле диаметром 5 см, в височной 4 см. Слева по наружной поверхности теменной доли на участке диаметром 6 см кровоизлияния в мягких мозговых оболочек в глубине борозд по типу ограничено диффузного. Данный участок соответствует линии перелома. Твердая мозговая оболочка напряжена, серо-перламутрового цвета, блестящая, в синусах ее темная жидкая кровь в большом количестве. Субдуральное пространство свободно. Мягкие мозговые оболочки вне повреждений тонкие, прозрачные с полнокровными сосудами, походу которых рассеянные точечные субарахноидальные кровоизлияния в глубине борозд. Головной мозг выполняет все резервные пространства, борозды мозга сглажены, извилины уплощены. На миндаликах мозжечка кольцевидная полоса вдавления от краев большого затылочного отверстия, шириной 0,3 см, с наличием губовидного выпячивания вещества мозга внутри кольца и кровоизлияниями по его ходу. Головной мозг дряблый, на разрезах с четкой границей серого и белого вещества и мраморным рисунком подкорковых ядер. Поверхности разрезов тускловаты, липнут к лезвию ножа. Желудочки мозга симметричны, обычного объема, эпендима их бледно-серая, блестящая, влажная, в полостях желудочков следы прозрачной соломенного цвета жидкости. Сосудистые сплетения обычного вида, полнокровны. ОРГАНЫ ШЕИ, ГРУДНОЙ И БРЮШНОЙ ПОЛОСТЕЙ: язык синюшный, влажный, обложен серовато-желтым, не снимающимся налетом. Слизистые оболочки носоглотки синюшные, влажные, блестящие. В мягких тканях шеи повреждений и кровоизлияний не обнаружено. В плевральных полостях следы прозрачной жидкости, легкие выполняют 2/3 полостей, с блестящей, гладкой и влажной плеврой. Органы брюшной полости расположены анатомически правильно, в полости следы прозрачной жидкости соломенного цвета. Листки брюшины гладкие, влажные, блестящие. Просвет пищевода свободен, слизистая его бледно-серая, продольно складчатая. Вход и просвет гортани свободен, слизистая оболочка ее бледно-серая. Подъязычная кость и хрящи гортани целы, в мягких тканях ее повреждений не обнаружено. Просвет трахеи и главных бронхов свободен, хрящи трахеи целы. Щитовидная железа обычных размеров, с равновеликими долями, плотно-эластичная, темно-коричневая, на разрезе полнокровна, дольчатого строения. Аорта эластична, со следами жидкой крови в просвете и рассеянными липидными пятнами в интиме. Легкие синюшные в передних и темно-синюшные в задних отделах, тестоватой консистенции, на разрезах темно-красные с обычным рисунком, полнокровны. Слизистые оболочки воздухо-проводящих путей светло-розовые, набухшие. Бифуркационные лимфоузлы эластичные, не спаянные между собой и с окружающими тканями, темно-синюшные, на разрезах сочные, с обычным рисунком. В полости перикарда следы прозрачной жидкости, листки его гладкие, влажные, блестящие. Сердце дрябло-эластичное, 11х10х9 см, с избыточным отложением жира под эпикардом. В полостях сердца немного жидкой темной крови с мелкими единичными темно-вишневыми свертками. Миокард розовато-синюшный, эластичный, с сетчатым разрастанием соединительной ткани, неравномерного кровенаполнения. Толщина стенки правого желудочка 0,3 см, левого 1,2 см. Клапанный и пристеночный эндокард тонкий, прозрачный, клапаны сформированы правильно. Коронарные артерии с неравномерно утолщенными стенками за счет полулунных и кольцевидных атеросклеротических бляшек с кальцинозом, с облитерацией просвета не более чем на 1/3. Желудок пустой, содержимое кишечника отделам соответствует, слизистые оболочки желудочно-кишечного тракта бледно-серые. Мезентериальные лимфоузлы располагаются раздельно, диаметр их не более 1 см, эластичны. Печень 24х18х16х13 см, плотно-эластичная, крупнобугристая, желто-коричневая с поверхности и на разрезах, полнокровная, со смазанным рисунком долек. Просвет внепеченочных желчевыводящих путей свободно проходим. Поджелудочная железа обычных размеров, плотно-эластичная, бледно-серая, на разрезах – дольчатого строения. Селезенка 6х4х3 см, эластичная, синюшная с гипоплазией белой пульпы, на разрезах без соскоба. Надпочечники листовидной формы, обычных размеров, на разрезах граница слоев четкая. Почки равновелики, 10х6х5 см, дрябло-эластичные. Капсула сползает при надрезе, обнажая ровную поверхность. По краю разреза паренхима наползает на капсулу. На разрезах корковый слой - синюшный, с темно-красным крапом и подчеркнутым рисунком, мозговой слой также с подчеркнутым рисунком, граница слоев отчетливо выражена. Слизистые оболочки лоханок и чашечек бледно-синюшные, гладкие, блестящие, просвет их свободен. Мочеточники проходимы на всем протяжении, с бледно-серой слизистой. Мочевой пузырь пуст, слизистая оболочка его складчатая, бледно-серая, уретра свободно проходима. ПОЗВОНОЧНИК И СПИННОЙ МОЗГ: при ревизии позвоночного столба повреждений не обнаружено. Эпи- и субдуральные пространства свободны, твердая мозговая оболочка напряжена, бледно-серая, блестящая, мягкие мозговые оболочки тонкие, прозрачные, спинной мозг дряблый, на разрезах обычного рисунка. Из трупа для судебно-гистологического исследования взяты кусочки внутренних органов на патоморфологические изменения. Для судебно-химического исследования на наличие алкоголя взята кровь и моча. В качестве вещественного доказательства взята кровь и моча. Свидетельство о смерти: А) Б) В) закрытая черепно-мозговая травма – S 02.0 Г) контакт с тупым предметом намерения неопределенные – Y29. ДАННЫЕ ДОПОЛНИТЕЛЬНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ. Представлен акт судебно-химического исследования от 13.03.08г. При судебно-химическом исследовании вещественных доказательств, изъятых при вскрытии трупа, этиловый спирт не обнаружен. А К Т Судебно-гистологического исследования Судебно-медицинским экспертом, произведено исследование кусочков внутренних органов от трупа С., 1956 г.р. ЗАКЛЮЧЕНИЕ Головной мозг – в 2-х кусочках головного мозга и 1 кусочке мягких мозговых оболочек диффузные субарахноидальные и внутримозговые кровоизлияния из неизмененных эритроцитов, в окружающих кровоизлияния оболочках – лейкоцитарный инфильтрат, наличие гемосидерофагов, очаги склероза и умеренная пролиферация фибробластов; в мозговой ткани вокруг кровоизлияний пролиферация микро и макроглии, умеренная пролиферация фибробластов, лейкоцитарный инфильтрат, единичные гемосидерофаги, большое количество молодых сосудов с плазматизацией стенки. В 1 кусочке головного мозга без кровоизлияний в коре массивное выпадение нейронов с очаговой пролиферацией микроглии, в мягких мозговых оболочках умеренный склероз. В полушариях мозжечка стаз крови в сосудах с диапедезными кровоизлияниями и внутримозговыми кровоизлияниями сосудистого генеза. Во всех отделах мозга выраженный периваскуляроный и перицеллюлярный отек. Легкие – стаз крови в сосудах, выраженный перибронхиальный и перивазальный пневмосклероз, умеренный межуточный отек. Миокард – межуточный отек, умеренный перивазальный склероз, очаги простого ожирения, неравномерная гипертрофия кардиоцитов. Почки – стаз крови в сосудах, зернистая дистрофия эпителия канальцев.

Вопросы:

1.Какие телесные повреждения были обнаружены при экспертизе трупа?

2.Причина смерти?

3.Каково количество ударов, воздействий, которыми причинены повреждения, характер предмета которым были нанесены повреждения?

4.Давность повреждения?

5.Состояние опьянения?

Задача №2. (УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-5, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10).

ОБСТОЯТЕЛЬСТВА ДЕЛА. В направлении на судебно-медицинское исследование трупа не указаны.

Представлена медицинская карта стационарного больного из ГКБ № 6 на имя Х., 1966 г.р., который 15.02.09г. в 14-50 бригадой скорой помощи был доставлен в НХО-1 в крайне тяжелом состоянии. Со слов врача скорой помощи травма получена на стройке. Упала на голову деревянная балка 15.02.09г. около 14-00 в п.Горный. строителями перенесен на подстанцию скорой помощи. При поступлении состояние крайне тяжелое. Кожные покровы бледноватые, обычной влажности. Дыхание проводится по всем полям, через интубационную трубку, поверхностное, ЧД 40\мин, хрипов нет. АД 90\60 мм.рт.ст. Пульс 100\мин. Живот участвует в акте дыхания, мягкий, на пальпацию не реагирует. Печень по краю реберной дуги, селезенка не пальпируется. Сознание кома 2. Зрачки равны, на свет реагируют плохо. Взор фиксирован прямо. На осмотр слабая двигательная активность в конечностях, парезы четко выяснить не удалось. Сухожильные рефлексы равны, на грани выпадения. Симптом Кернига 150°. Ригидность мышц затылка намечена. Патологических стопных знаков нет. Ушибленная рана теменной области слева парасаггитального направления 10х5 см, умеренно загрязнена, обильно кровоточит. В ране визуализируются отломки кости. При рентгенологическом исследовании № 3051 от 15.02.09г.: на краниограммах определяется костный дефект в области теменно-затылочной области больших размеров с неровными контурами; травматических повреждений шейного отдела позвоночника не найдено. Больной госпитализирован в отделение реанимации. 15.02.09 ОПЕРАЦИЯ: Первичная хирургическая обработка открытого вдавленного оскольчатого проникающего перелома теменной кости слева. Кожные покровы обработаны дез р-ром дважды. Наркоз. Произведен разрез мягких тканей до кости от углов ушибленной раны по направлению к основанию черепа, общая длина разреза около 20 см. Сформирован кожно-апоневротический лоскут, отведен к уху. Визуализируется оскольчатый вдавленный перелом костей свода черепа с глубиной вдавления до 1 см. Наложено фрезевое отверстие вне проекции перелома. Из фрезевого отверстия удалены отломки кости. Образовался костный дефект неправильной формы 10х5см. Визуализируется ТМО, бледно-серого цвета, плохо передает пульсацию головного мозга, повреждена на участках 3х2см и 5х2см. Головной мозг пролабирует в повреждения ТМО (выраженный отек). Гемостаз коагуляцией, костным воском, фибриновой губкой, сержицелем. Эпидурально установлен дренаж из перчаточной резины. Швы на рану. Ас повязка. Послеоперационный диагноз: Открытая черепно-мозговая травма, ушиб головного мозга тяжелой степени со сдавлением открытым вдавленным оскольчатым проникающим переломом теменной кости слева с переходом на основание черепа через ПЧЯ, СЧЯ и ЗЧЯ. Массивный контузионный очаг левой гемисферы. Отек головного мозга. Ушибленная рана теменной области слева. Геморрагический шок III степени. 17.02 состояние больного крайне тяжелое, кома 2. Произведена компьютерная томография головного мозга № 14151 от 17.02.09г.: грубой дислокации срединных структур нет; дифференцировка на серое и белое вещество умеренно снижена, субарахноидальные пространства обеднены (отек); в затылочной области, больше справа, определяется зона контузионного поражения с геморрагическим компонентом 68х47 мм; субарахноидальные кровоизлияния по межполушарной щели, вероятно, в лобно-височной области слева; костный дефект в теменно-затылочной области справа, переходит в расхождение затылочно-височного шва справа; слева расхождение лобно-височного шва. 19-23.02 состояние больного крайней степени тяжести. Сознание нарушено по типу кома 1-2. Зрачки равны, реакция на свет сохранена, взор фиксирован прямо. Температура тела 37,7С. Продолжается ИВЛ. АД 125\95 мм.рт.ст. Пульс 125\мин. 24.02 с целью длительной ИВЛ больному произведена операция нижняя трахеостомия. 26.02 состояние больного крайне тяжелое, оглушение 3 – сопор. Открывает глаза. Мышечный тонус низкий. АД 120\60 мм.рт.ст. 28.02 состояние больного тяжелое, сознание сопор-кома 1. АД 120\70 мм.рт.ст. Пульс 90\мин. 02.03 общее состояние очень тяжелое. Сопор. Дыхание спонтанное, через трахеостому, адекватное, Аускультативно проводится с обеих сторон, ЧДД 18\мин. АД 120\75 мм.рт.ст. Пульс 84\мин. Больной для дальнейшего лечения переведен в ПИТ НХО-1. 04.03 проведена ФЭГДС, заключение: диффузный атрофический гастрит с … острыми эрозиями в кардиальном и антральном отделах желудка, остановившееся кровотечние. 5-7.03г. состояние больного тяжелое, стабильное. Неврологический статус прежний. Несмотря на проводимое лечение, на фоне нарастания сердечно-сосудистой и дыхательной недостаточности 08.03.09г. в 12-20 констатирована смерть больного.

ПОСМЕРТНЫЙ ДИАГНОЗ. Открытая черепно-мозговая травма. Ушиб головного мозга 3 ст со сдавлением … Оскольчатый прелом теменной кости слева с переходом на основание черепа. Отек и набухание вещества головного мозга, дислокационный синдром. Госпитальная пневмония? Острая дыхательная и сердечно-сосудистая недостаточность.

Алкоголь – в крови не обнаружен.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Данные анализов | | | | |
| Параметры  дата | 15.02 | 24.02 | 1.03 | 05.03 |
| эритроциты | 3,8 | 3,53 | 3,38 | 3,17 |
| Цветной п. | 1,05 | 0,86 | 0,84 | 0,80 |
| гемоглобин | 134 | 101 | 95 | 85 |
| тромбоциты |  | 344 | 713 | 503 |
| гематокрит |  | 29,5 | 28,2 | 27,1 |
| лейкоциты | 11,5 | 17,2 | 19,9 | 13,2 |
| базофилы | 1 |  |  |  |
| эозинофилы |  | 3 | 2 | 2 |
| миелоциты |  |  | 1 |  |
| Юные |  |  | 1 |  |
| палочкоядерные |  | 9 | 1 |  |
| сегментоядерные | 71 | 78 | 84 | 89 |
| лимфоциты | 24 | 6 | 4 | 7 |
| моноциты | 4 | 4 | 7 | 2 |
| Дегенеративные изменения нейтрофилов |  | ++ | + | + |
| Анизоцитоз |  | + | + | ++ |
| Пойкилоцитоз |  | + | + |  |
| Полихромазия |  | + | + | + |
| РОЭ | 4 |  | 62 | 37 |
| Амилаза | 153 |  |  |  |
| мочевина | 3,9 | 4,2 |  |  |
| Билирубин общ. | 19,2 | 13,3 | 10,4 |  |
| Прямой | 4,4 | 4,4 | 3,9 |  |
| непрямой | 14,8 | 8,9 | 6,5 |  |
| Белок крови | 57,6 | 50,4 | 59,6 |  |
| Калий | 3,4 | 4,3 | 4,3 |  |
| Натрий | 137 | 135 | 145 |  |
| Уд. вес мочи |  | 1002 | 1016 |  |
| Белок мочи |  | 62 | 45 |  |
| Лейкоциты мочи |  | 5-7 | 6-12 |  |
| Эритроциты мочи |  | 7-12 | 10-15 |  |

НАРУЖНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ. Труп мужчины, доставлен без одежды, среднего телосложения, правильного удовлетворительного питания, длиной тела 180 см. Кожа бледно-серая, холодная на ощупь во всех отделах, в отлогих местах тела сливные, фиолетовые, не исчезающие и не меняющие цвет при надавливании трупные пятна. Трупное окоченение достаточно выражено во всех обычно исследуемых группах мышц. Склеры глаз мутные, тусклые, суховаты, кровоизлияний в соединительные оболочки глаз не отмечается, зрачки равновелики по 0,4 см диаметром. Голова правильной формы. Грудная клетка цилиндрическая, эластичная, упругая, ребра на ощупь целы. Живот на одном уровне с грудной клеткой. Естественные отверстия тела и полости рта и носоглотки свободны, чистые. Слизистая оболочка губ синюшная, подсохшая. Анальное отверстие сомкнуто, кожа вокруг него слегка обпачкана каловыми массами. Половые органы развиты правильно. Кости конечностей целы.

ПОВРЕЖДЕНИЯ. В лобно-теменно-височной области слева дугообразный, выпуклостью вверх, со следами швов, рубец длиной 12 см. Слева Г-образный рубец, открытым углом вправо, расположенный в центре теменного бугра с длиной ребер по 4 см, багрово-синюшного цвета. Каких-либо видимых повреждений, кроме операционных рубцов на голове и подключичного катетера справа, при исследовании не обнаружено. При проведении воздушной пробы – воздух из плевральных полостей и полостей сердца не получен. При проведении судебно-медицинского исследования трупа использовались: кожные разрезы по методу Шора.

ВНУТРЕННЕЕ ИССЛЕДОВАНИЕ

Извлечение органокомплекса произведено по методу Шора, с распилом ребер спереди. Череп вскрывался угловым распилом. Доступ к спинному мозгу осуществлялся сзади по методу Медведева.

Масса органов.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Масса | № 39 | норма |
| Мозг | 1650 | До 1400 |
| Легкое правое | 590 | 450 |
| левое | 480 | 375 |
| Сердце | 300 | 200-400 |
| Печень | 1400 | 1200-2000 |
| Селезенка | 90 | 80-180 |
| Почки Правая/Левая | 150/150 | 275-310 (обе) |

ПОЛОСТЬ ЧЕРЕПА. В кожно-мышечном лоскуте головы в зоне операции и вышеописанной раны красно-коричневые кровоизлияния. Соответственно рубцу в левой теменной кости веретенообразное, с острыми концами, отверстие в костях черепа 11х7 см, ориентированное на 6 и 10 часов условного циферблата по оси между острыми концами, правый конец на вершине лямбдовидного шва, левый конец – по венечному шву в проекции переднего края основания пирамиды височной кости и выше ее на 2 см. По снятию твердой мозговой оболочки от правого края отверстия до пирамиды височной кости справа расхождение лямбдовидного шва, эпидуральное кровоизлияние в зоне перелома. В зоне отверстия ушитый дефект твердой мозговой оболочки с подпаянным, выбухающим веществом головного мозга. Твердая мозговая оболочка напряжена, серо-перламутрового цвета, блестящая, в синусах ее темная жидкая кровь в большом количестве. Субдуральное пространство свободно. Геморрагический некроз вещества мозга в проекции отверстия в теменной и затылочных долях на глубину до 3 см. Субарахноидальные пятнистые кровоизлияния по базальной поверхности правой височной доли на участке диаметром 5 см, распространяющиеся на вещество мозга на глубину коры. Мягкие мозговые оболочки вне повреждений тонкие, прозрачные с полнокровными сосудами, походу которых рассеянные точечные субарахноидальные кровоизлияния в глубине борозд. Борозды мозга сглажены, извилины уплощены, на миндаликах мозжечка кольцевидная с диффузными субарахноидальными кровоизлияниями полоса вдавления от краев большого затылочного отверстия. Головной мозг дряблый, на разрезах с четкой границей серого и белого вещества и мраморным рисунком подкорковых ядер. Поверхности разрезов тускловаты, липнут к лезвию ножа. Желудочки мозга симметричны, обычного объема, эпендима их бледно-серая, блестящая, влажная, в полостях желудочков следы прозрачной соломенного цвета жидкости. Сосудистые сплетения обычного вида, полнокровны.

ОРГАНЫ ШЕИ, ГРУДНОЙ И БРЮШНОЙ ПОЛОСТЕЙ: язык синюшный, влажный, обложен серовато-желтым, не снимающимся налетом. Слизистые оболочки носоглотки синюшные, влажные, блестящие. В мягких тканях шеи повреждений и кровоизлияний не обнаружено. В плевральных полостях следы прозрачной жидкости, легкие выполняют 2\3 полостей, с блестящей, гладкой и влажной плеврой. Органы брюшной полости расположены анатомически правильно, в полости следы прозрачной жидкости соломенного цвета. Листки брюшины гладкие, влажные, блестящие. Просвет пищевода свободен, слизистая его бледно-серая, продольно складчатая. Вход и просвет гортани свободен, слизистая оболочка ее бледно-серая. Подъязычная кость и хрящи гортани целы, в мягких тканях ее повреждений не обнаружено. Просвет трахеи и главных бронхов свободен, хрящи трахеи целы. Щитовидная железа обычных размеров, с равновеликими долями, плотно-эластичная, темно-коричневая, на разрезе полнокровна, дольчатого строения. Аорта эластична, со следами жидкой крови в просвете и рассеянными липидными пятнами в интиме. Легкие синюшные в передних и темно-синюшные в задних отделах, тестоватой консистенции, на разрезах темно-красные с обычным рисунком, полнокровны. Слизистые оболочки воздухо-проводящих путей светло-розовые, набухшие. Бифуркационные лимфоузлы располагаются в виде пакетов диаметром от 1 до 2 см, эластичные, не спаянные между собой и с окружающими тканями, темно-синюшные, на разрезах сочные, с обычным рисунком. В полости перикарда следы прозрачной жидкости, листки его гладкие, влажные, блестящие. Сердце дрябло-эластичное, 11х10х9 см, с избыточным отложением жира под эпикардом. В полостях сердца немного жидкой темной крови с мелкими единичными темно-вишневыми свертками. Миокард розовато-синюшный, эластичный, с сетчатым разрастанием соединительной ткани, неравномерного кровенаполнения. Толщина стенки правого желудочка 0,3 см, левого 1,2 см. Клапанный и пристеночный эндокард тонкий, прозрачный, клапаны сформированы правильно. Коронарные артерии с неравномерно утолщенными стенками за счет полулунных и кольцевидных атеросклеротических бляшек с кальцинозом, с облитерацией просвета не более чем на 1/3. Желудок пустой, содержимое кишечника отделам соответствует, слизистые оболочки желудочно-кишечного тракта бледно-серые. Мезентериальные лимфоузлы располагаются раздельно, диаметр их не более 1 см, эластичны. Печень 25х18х15х13 см, плотно-эластичная, крупнобугристая, желто-коричневая с поверхности и на разрезах, полнокровная, со смазанным рисунком долек. Просвет внепеченочных желчевыводящих путей свободно проходим. Поджелудочная железа обычных размеров, плотно-эластичная, бледно-серая, на разрезах – дольчатого строения. Селезенка 7х4х3 см, эластичная, синюшная с гипоплазией белой пульпы, на разрезах без соскоба. Надпочечники листовидной формы, обычных размеров, на разрезах граница слоев четкая. Почки равновелики, 11х6х5 см, дрябло-эластичные. Капсула сползает при надрезе, обнажая ровную поверхность. По краю разреза паренхима наползает на капсулу. На разрезах корковый слой - синюшный, с темно-красным крапом и подчеркнутым рисунком, мозговой слой также с подчеркнутым рисунком, граница слоев отчетливо выражена с полнокровием мозгового слоя. Слизистые оболочки лоханок и чашечек бледно-синюшные, гладкие, блестящие, просвет их свободен. Мочеточники проходимы на всем протяжении, с бледно-серой слизистой. Мочевой пузырь пуст, слизистая оболочка его складчатая, бледно-серая, уретра свободно проходима.

Из трупа для судебно-гистологического исследования взяты кусочки внутренних органов на патоморфологические изменения.

А К Т

Судебно-гистологического исследования

Судебно-медицинским экспертом, произведено исследование кусочков внутренних органов от трупа Х., 1966 г.р.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

* Головной мозг – в мягких мозговых оболочках, распространяясь на вещество мозга, склеротические изменения. В мягких мозговых оболочках разрастание соединительной ткани, в веществе мозга массивный глиальный рубец, очаговые некрозы, свежие очаговые кровоизлияния, по периферии некрозов выражена лейкоцитарная инфильтрация. В сосудах мозга стаз крови, тромбоз отдельных вен, диапедезные кровоизлияния.
* Почки – стаз крови в сосудах с наибольшим кровенаполнением сосудов юкстамедуллярной зоны.
* Твердая мозговая оболочка – организующаяся суб- и эпидуральная гематома без свежих кровоизлияний.
* Миокард – межуточный отек, стаз крови в сосудах.
* Легкие – стаз крови в сосудах, в части сосудов агрегация эритроцитов. Межуточный отек. Очаговые интерстициальные кровоизлияния. Выраженный перибронхиальный пневмосклероз, в просвете бронхов среднего калибра скопление слизи и десквамированого бронхотелия.
* Печень – полнокровие синусоидов, воспалительных изменений не выявлено.

Вопросы:

1.Судебно-медицинский диагноз?

2.Осложнения?

3.Степень вреда причиненного здоровью человека?

4.Соответствуют ли данные повреждения обстоятельствам указанным в деле?

5.Состояние опьянения?

Задача № 3. (УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-5, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10).

ОБСТОЯТЕЛЬСТВА ДЕЛА. В постановлении о назначении судебно-медицинской экспертизы указано, что «05.02.03г около 17 часов в ком. 000 по ул. Калинина, гр. С. нанес удар по голове гр. Ю., в результате чего Ю. от полученной травмы скончался 18.02.03г».

ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКАЯ ЧАСТЬ.

Представлена история болезни, заполненная на гр. Ю., 1964 г.р., который 05.02.03 в 17-40 бригадой скорой помощи был доставлен в 1 нейрохирургическое отделение ГБСМП в крайне тяжелом состоянии. Сознание нарушено по типу кома 1-2. обстоятельства травмы неизвестны. Взят по адресу: Калинина, 000, комната 000. ЧДД 18 в минуту Живот напряжен. Слабая реакция на болевые раздражители – движения в руках и ногах. Явных парезов нет. слева зрачок средний, на свет реагирует. Справа глазное яблоко отсутствует (протез). Асимметрии лица нет. сухожильные рефлексы угнетены. Симптом Кернига 130°. Намечены патологические стопные знаки. Рваная рана левой ушной раковины. Из правого носового хода следы крови. Ушибы мягких тканей височной части головы. При ЭХО-ЭС смещение срединных структур головного мозга справа налево 1,5 мм. Диагноз при поступлении: зчмт, ушиб головного мозга; рвано-ушибленная рана левой ушной раковины; ушибы мягких тканей головы. Больной госпитализирован в отделение реанимации, где был осмотрен нейрохирургом, хирургом, стоматологом. Операции: 1) 05.02.03 Лапароцентез. Патологического отделяемого не получено. 2) 05.02.03 ПХО раны левой ушной раковины. 3) 10.02.03 Верхняя трахеостомия. Течение травматической болезни осложнилось абсцедирующей пневмонией, гипоксическим отеком головного мозга. несмотря на проводимое лечение, состояние больного прогрессивно ухудшалось. 18.02.03 наступила остановка дыхания, сердечной деятельности в 17-15.

ПОСМЕРТНЫЙ ДИАГНОЗ. Сочетанная травма тяжелой степени. Повторная черепно-мозговая травма, закрытая черепно-мозговая травма, ушиб головного мозга тяжелой степени. Краниоспинальная травма? Ушиб верхне-шейного отдела спинного мозга. Рваная рана левой ушной раковины. Ушибы мягких тканей головы. Алкогольное опьянение. Осложнения. Двусторонняя абсцедирующая пневмония, отек – набухание головного мозга с дислокацией ствола. Фоновое заболевание. Диссеминированный туберкулез легких в стадии инфильтрации, ---?

Операции: 1) 05.02.03 Лапароцентез. 2) 05.02.03 ПХО раны левой ушной раковины. 3) 10.02.03 Верхняя трахеостомия.

Алкоголь – в крови – 3,02 промилле, в моче – 4,46 промилле.

НАРУЖНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ. Труп мужчины, доставлен без одежды, среднего телосложения, удовлетворительного питания, длиной тела 175 см. Кожа бледно-серая, холодная на ощупь во всех отделах, в отлогих местах тела сливные, фиолетовые, не исчезающие и не меняющие цвет при надавливании трупные пятна. Трупное окоченение достаточно выражено во всех обычно исследуемых группах мышц. Склеры левого глаза мутные, тусклые, суховаты, кровоизлияний в соединительные оболочки глаза не отмечается, левый зрачок 0,4 см диаметром. Вместо правого глаза стеклянный протез. Голова правильной формы. Грудная клетка цилиндрическая, эластичная, упругая, ребра на ощупь целы. Живот на одном уровне с грудной клеткой. Естественные отверстия тела и полости рта и носоглотки свободны, чистые. Слизистая оболочка губ синюшная, подсохшая. Анальное отверстие сомкнуто, кожа вокруг него слегка обпачкана каловыми массами. Половые органы развиты правильно по мужскому типу. Кости конечностей целы.

ПОВРЕЖДЕНИЯ. Слева по центру ушной раковины рваная рана с полным разрывом на глубину 1,5 см, обработанная бриллиантовой зеленью. Других повреждений, кроме следов медицинских манипуляций, при наружном исследовании не обнаружено.

ВНУТРЕННЕЕ ИССЛЕДОВАНИЕ: Полость черепа: в кожно-мышечном лоскуте головы слева в височной области кровоизлияние диаметром 7 см с пропитыванием височных мышц кровью. Справа в лобно-височной области аналогичное кровоизлияние диаметром 12 см. В теменно-затылочной области с центром в проекции лямбдовидного шва кровоизлияние диаметром 6 см. Кожно-мышечный лоскут головы в остальных отделах гладкий, влажный, блестящий. В височной кости справа на границе с лобной, на 3 см выше края орбиты, ориентированная справа налево линия перелома, заканчивающаяся по наружному правому краю турецкого седла. Эпидурально в зоне перелома пластинчатое кровоизлияние. Твердая мозговая оболочка серо-перламутрового цвета, цела, блестящая, гладкая, влажная, просвет ее синусов выполнен жидкой темной кровью с темно-вишневыми свертками. Субарахноидально справа по наружной поверхности лобной доли кровоизлияние диаметром 3 см, кровоизлияние по наружной поверхности височной доли диаметром 3 см и в верхнем отделе постцентральной извилины диаметром 4 см; слева кровоизлияние по наружной поверхности височной доли 5 см диаметром. В черве мозжечка кровоизлияние диаметром 2 см. По базальной поверхности правой височной и лобной долей ржавые кровоизлияния с полостями в височных долях с прозрачным содержимым диаметром по 2 см с каждой стороны. Сосуды Вилизиева круга с тонкими стенками, пустым просветом. Борозды мозга сглажены, извилины уплощены, на миндаликах мозжечка полоса вдавления от краев большого затылочного отверстия шириной 1 см, с пятнистыми кровоизлияниями в глубине полосы. Головной мозг дрябло-эластичный, на разрезах с четкой границей серого и белого вещества и мраморным рисунком подкорковых ядер. Поверхности разрезов тускловаты, липнут к лезвию ножа. Желудочки мозга симметричны, обычного объема, эпендима их бледно-серая, блестящая, влажная, в полостях желудочков следы прозрачной соломенного цвета жидкости. Сосудистые сплетения обычного вида, полнокровны.

При ревизии шейного отдела позвоночного столба в связках атланто-затылочного и атланто-аксиального сочленений множественные вертикально ориентированные темно-красные кровоизлияния полосовидной формы.

ОРГАНЫ ГОЛОВЫ И ШЕИ. Язык синюшный, влажный, обложен серовато-желтым, не снимающимся налетом. Слизистые оболочки носоглотки синюшные, влажные, блестящие. Небные миндалины округлые, диаметром по 1,5 см, с бугристой поверхностью, без наложений, синюшные. В мягких тканях шеи повреждений и кровоизлияний не обнаружено. Вход и просвет гортани свободен, слизистая оболочка ее бледно-серая. Подъязычная кость и хрящи гортани целы, в мягких тканях ее повреждений не обнаружено. Просвет трахеи и главных бронхов свободен, хрящи трахеи целы. Щитовидная железа обычных размеров, с равновеликими долями, плотно-эластичная, темно-коричневая, на разрезе полнокровна, дольчатого строения. Просвет пищевода свободен, слизистая его бледно-серая – продольно-складчатая.

ГРУДНАЯ ПОЛОСТЬ. В верхней полой вене до ее середины через подключичную вставлен пластиковый катетер, вокруг него кольцевидный спаянный со стенкой вены смешанный тромб. В нижней доле левого легкого и в верхней доле правого легкого множественные мелкие треугольные темно-красные основанием к плевре с диаметром основания не более 1 см очаги с некрозом легочной ткани. В плевральных полостях следы прозрачной жидкости. Легкие выполняют 2\3 полостей, с блестящей, гладкой и влажной плеврой. Под висцеральной плеврой, особенно, в прикорневых отделах легких и по базальным поверхностям, множественные точечные кровоизлияния. Легкие синюшные в передних и темно-синюшные в задних отделах. При ощупывании легкие тестоватой консистенции. На разрезах легкие темно-красные с обычным рисунком. С поверхности разреза из сосудов стекает темная жидкая кровь в повышенном количестве, с разреза легочной ткани – пенистая желто-красная, прозрачная жидкость в повышенном количестве. Просвет воздухопроводящих путей свободен. Слизистые оболочки воздухопроводящих путей светло-розовые, набухшие. Бифуркационные лимфоузлы располагаются в виде пакетов диаметром от 1 до 2 см, эластичные, не спаянные между собой и с окружающими тканями, темно-синюшные, на разрезах сочные, с обычным рисунком. В полости перикарда следы прозрачной жидкости, листки его гладкие, влажные, блестящие. Под эпикардом единичные точечные рассеянные темно-красные кровоизлияния. Сердце дрябло-эластичное, 11х9х8 см, с избыточным отложением жира под эпикардом. В полостях сердца немного жидкой темной крови с мелкими единичными темно-вишневыми свертками. Миокард розовато-синюшный, эластичный, неравномерного кровенаполнения. Толщина стенки правого желудочка 0,3 см, левого 1,2 см. Клапаны и пристеночный эндокард тонкий, полупрозрачный, клапаны сформированы правильно, под эндокардом левого желудочка сердца рассеянные мелкопятнистые кровоизлияния в небольшом количестве. Аорта эластична, со следами жидкой крови в просвете и рассеянными липидными пятнами в интиме. Коронарные артерии с тонкими стенками, пустым просветом.

БРЮШНАЯ ПОЛОСТЬ. Органы расположены анатомически правильно. В полости следы прозрачной жидкости соломенного цвета. Листки брюшины гладкие, влажные, блестящие. В просвете желудка и кишечника содержимое соответствует отделам, слизистые оболочки их бледно-серые. Мезентериальные лимфоузлы располагаются раздельно, диаметр их не более 1 см, эластичны. Печень 26х20х18х13 см, эластичная, желто-коричневая с поверхности и на разрезах, полнокровная, со смазанным рисунком долек. В желчном пузыре 15 мл жидкой темно-зеленой желчи, слизистая оболочка его темно-зеленая, бархатистая. Просвет внепеченочных желчевыводящих путей свободно проходим. Поджелудочная железа обычных размеров, плотно-эластичная, бледно-серая, на разрезах - дольчатого строения. Надпочечники листовидной формы, обычных размеров, на разрезах граница слоев отчетливо выражена. Почки равновелики, 11х6х5 см, дрябло-эластичные. Капсула сползает при надрезе, обнажая ровную поверхность. По краю разреза паренхима наползает на капсулу. На разрезах корковый слой - синюшный, с темно-красным крапом и подчеркнутым рисунком, мозговой слой также с подчеркнутым рисунком, граница слоев отчетливо выражена. Слизистые оболочки лоханок и чашечек бледно-синюшные, гладкие, блестящие, просвет последних свободен. Мочеточники проходимы на всем протяжении, с бледно-серой слизистой. Мочевой пузырь пуст, слизистая оболочка его складчатая, бледно-серая, уретра свободно проходима.

Из трупа для судебно-гистологического исследования взяты кусочки внутренних органов на патоморфологические изменения.

В качестве вещественного доказательства взята кровь на марле.

Вопросы:

1.Какие повреждения были обнаружены на трупе?

2.Причина смерти?

3.Мок ли потерпевший совершать активные действия?

4.Время наступления смерти?

5.Состояние опьянения?

Задача №4. (УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-5, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10).

ОБСТОЯТЕЛЬСТВА ДЕЛА. В постановлении о назначении судебно-медицинской экспертизы указано, что «27 марта 2009 года около 23 часов 00 минут в комнате секции дома № 00 г. К……, гр. Т. в ходе ссоры со своей сожительницейК., на почве внезапно-возникших личных неприязненных отношений с ней, нанёс несколько ударов кулаком руки в область головы последней, чем причинил ей множественные телесные повреждения, от которых та скончалась о4 апреля 2009 года в 23 часа 15 минут в Городской клинической больнице г. К….».

ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКАЯ ЧАСТЬ.

Представлен Акт судебно-медицинского исследований в котором представлена медицинская карта стационарного больного из ГКБ на имя К., 1968 г.р., которая 02.04.09г. в 5-30 бригадой "скорой помощи" была доставлена в НХО-2 в крайне тяжёлом состоянии, с нарушением сознания по типу кома, сразу же госпитализирована в отделение реанимации. Обстоятельства травмы достоверно неизвестны, со слов врача "скорой помощи" травма в быту, 7 дней назад до поступления, упала, за мед помощью не обращалась. 04.04.09 в 02.00 развился судорожный приступ с потерей сознания, доставлена в ГБ. Объективно при поступлении: Состояние больной при поступлении крайне тяжёлое. Неврологически: сознание нарушено по типу — кома II, на фоне мед седации, изо рта запаха, алкоголя нет. Зрачки: зрачки без разницы сторон, фотореакции угнетены, взор фиксирован. Мышечная гипотония, сух рефлексы равны, угнетены, грубая менингеальная симптоматика. Локально: В левой скуловой области кровоподтёк светло жёлтого цвета. 02.04.09 больной с диагностической целью произведён лапароцентез, данных за гемоперитонеум нет. 02.04.09 проведена компьютерная томография головного мозга № 14544: субдуральная гематома правой гемисферы, массивное субарахноидальное кровоизлияние с прорывом крови в желудочковую систему. Дислокация срединных структур головного мозга справа налево. 02.04.09 произведена операция: Резекционная трепанация черепа в правой теменно-височной области. Удаление подострой субдуралъной гематомы 120 мл. Дренирование субдурального пространства. Дренирование правого бокового желудочка. Произведен разрез мягких тканей справа, в кости наложено фрезевое отверстие, резекция … 5х5 см. Твердая мозговая оболочка напряжена, вскрыта крестообразно. Выделилось около 80 мл вишневого цвета жидкости с точечными сгустками. Из субдурального пространства … около 40 мл сгустков черного цвета. После удаления мозговое вещество пролабирует в дефект … В точке … справа наложено фрезевое отверстие. На глубине 5 см по средней линии произведена пункция правого бокового желудочка. Ликвор резко эритрохромный, удалено … около 20 мл ликвора с кровью. В желудочке установлен дренаж. На операции отмечался выраженный отёк мозга. В послеоперационном периоде больная находилась в отделении реанимации, где больной проводилась интенсивная терапия с целью стабилизации витальных показателей (респираторная поддержка ИВЛ, сосудистая, дезинтоксикационная, дегидратационная, антибактериальная терапия, перевязки, профилактика стрессовых язв, санация ТБД). Несмотря на проводимую терапию, состояние больной оставалось крайне тяжёлым, нарастали явления травматической энцефалопатии, церебральной недостаточностью тяжёлой степени, острой дыхательной недостаточности смешанного генеза и острой сердечной недостаточностью центрального генеза, СПОН в стадии субкомпенсации, эндотоксикоза тяжёлой степени. 04.04.09 в 23.15 на фоне высоких доз инотропной стимуляции наступила остановка сердечной и дыхательной деятельности, констатирована смерть. ПОСМЕРТНЫЙ ДИАГНОЗ: закрытая черепно-мозговая травма. Ушиб головного мозга тяжелой степени со сдавлением подострой субдуральной гематомой правой гемисферы. Массивное субарахноидальное кровоизлияние с прорывом крови в желудочковую систему. Дислокационный синдром. Отёк, вклинение головного мозга. Ушибы мягких тканей головы.

Алкоголь – в крови и моче не обнаружен.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Данные анализов | | | | |
| Параметры  дата | 02.04 | 03.04 | 04.04 |  |
| эритроциты | 4,0 | 4,09 | 3,95 |  |
| Цветной п. | 0,6 | 0,59 | 0,6 |  |
| гемоглобин | 80 | 80 | 79 |  |
| тромбоциты | 364 | 404 | 303 |  |
| гематокрит | 26 | 27,4 | 26,7 |  |
| лейкоциты | 11,7 | 15,8 | 12,5 |  |
| базофилы | 1 |  |  |  |
| палочкоядерные | 1 |  |  |  |
| сегментоядерные | 77 |  |  |  |
| лимфоциты | 11 |  |  |  |
| моноциты | 10 |  |  |  |
| Анизоцитоз | + |  |  |  |
| Пойкилоцитоз | + |  |  |  |
| Полихромазия | + |  |  |  |
| РОЭ |  | 40 | 54 |  |
| Амилаза | 61 |  |  |  |
| мочевина | 6,4 | 8,0 | 7,2 |  |
| Билирубин общ. | 10,6 | 12,4 | 12,7 |  |
| Прямой | 4,9 | 4,9 | 3,8 |  |
| непрямой | 5,7 | 7,5 | 8,9 |  |
| Белок крови | 79,9 | 83,1 | 73,6 |  |
| Калий | 4,8 | 4,1 | 3,9 |  |
| Натрий | 181 | 180 | 179 |  |
| сахар | 12,3 | 5,6 | 4,5 |  |
| Уд. вес мочи | 1000 | 1006 | м/м |  |
| Белок мочи | 45 | 25 | 290 |  |
| Лейкоциты мочи | 2-3 | 2-3 | 10-13 |  |
| Эритроциты мочи | 1-2 | 0-1 | 13-16 |  |

НАРУЖНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ. Труп женщины, доставлен без одежды, среднего телосложения, правильного питания, длиной тела 143 см. Кожа бледно-серая, холодная на ощупь во всех отделах, в отлогих местах тела сливные, фиолетовые, не исчезающие и не меняющие цвет при надавливании трупные пятна. Трупное окоченение достаточно выражено во всех обычно исследуемых группах мышц. Склеры глаз мутные, тусклые, суховаты, кровоизлияний в соединительные оболочки глаз не отмечается, зрачки равновелики по 0,4 см диаметром. Голова правильной формы, кости черепа и лицевого скелета на ощупь целы. Грудная клетка цилиндрическая, эластичная, упругая, ребра на ощупь целы. Живот на одном уровне с грудной клеткой. Естественные отверстия тела и полости рта и носоглотки свободны, чистые. Слизистая оболочка губ синюшная, подсохшая. Анальное отверстие сомкнуто, кожа вокруг него слегка обпачкана каловыми массами. Половые органы развиты правильно. Кости конечностей целы. ПОВРЕЖДЕНИЯ. На левой щеке желтовато-синюшный кровоподтек 5 см в диаметре, на границе со скуловой областью. Аналогичный кровоподтек с багрово-синюшного цвета участками вокруг левого глаза диаметром 3,5 см. Кровоподтеки не смыкаются между собой. В центре лобной области на границе волосистой части головы ушитая рана 3,5 см длиной с 5 швами и осадненными краями. Справа в височной области вертикальная ушитая рана с обработанными краями длиной 9,5 см. Ниже пупка на 2 см лапаротомный ушитый разрез длиной 5 см. Справа - 3 точечных раны в подключичной области от подключичной катетеризации. Каких-либо иных повреждений при исследовании не обнаружено. При проведении воздушной пробы – воздух из плевральных полостей и полостей сердца не получен. При проведении судебно-медицинского исследования трупа использовались: кожные разрезы по методу Шора. ВНУТРЕННЕЕ ИССЛЕДОВАНИЕ Извлечение органокомплекса произведено по методу Шора, с распилом ребер спереди. Череп вскрывался угловым распилом.

Масса органов.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Масса | № 54 | норма |
| Мозг | 1590 | До 1400 |
| Легкое правое | 600 | 450 |
| левое | 510 | 375 |
| Сердце | 340 | 200-400 |
| Печень | 1300 | 1200-2000 |
| Селезенка | 90 | 80-180 |
| Почки обе. Правая/Левая | 150/155 | 275-310 |

ПОЛОСТЬ ЧЕРЕПА. Справа в зоне операции в апоневрозе и височных мышцах кровоизлияние в зоне операционного разреза. В зоне раны в центре лобной области кровоизлияние в апоневроз к краях разреза. Справа в чешуе височной кости трепанационное отверстие диаметром 3,5 см с фестончатыми краями. В лобной кости 2х1,5 см трепанационное отверстие, соответственно ему операционные разрезы твердой оболочки, откуда выбухает некротизированный мозг. Кости свода и основания черепа целы. Твердая мозговая оболочка напряжена, серо-перламутрового цвета, блестящая, в синусах ее смешанные свертки крови в большом количестве. Субдурально по конвекситальной поверхности правых теменной и височной долей наложения эластичных темно-вишневых свертков крови с темно-вишневым прокрашиванием мягких мозговых оболочек. Аналогичные свертки крови справа в передней черепной ямке. Общий объем свертков не превышает 20 мл. При отмывании крови Справа в вене твердой мозговой оболочки, впадающей в сагиттальный синус - разрыв с тотальным пропитыванием стенки красно-коричневой кровью в зоне разрыва. Красно-коричневое прокрашивание твердой мозговой оболочки справа в средней черепной ямке. Головной мозг расползается под пальцами, распластывается на поверхности стола, на разрезах со смазанной границей серого и белого вещества. Слева по передней и базальной поверхностям лобной доли на участке 9х6 см отграничено-диффузное темно-красное кровоизлияние в глубине борозд, на фоне которого по базальной поверхности разрыв мягкой мозговой оболочки длиной 4 см, ориентированный спереди назад. В подлежащем к разрыву веществе мозга темно-вишневое кровоизлияние на глубину коры. Поверхности разрезов тускловаты, липнут к лезвию ножа. Сосудистые сплетения обычного вида, полнокровны. Геморрагический некроз субэпендимарной зоны обеих боковых желудочков и белого вещества больших полушарий на ширину до 1,0 см от желудочков, зоны подкорковых ядер, среднего мозга, продолговатого мозга, мозжечка из-за выраженного дислокационного синдрома. ОРГАНЫ ШЕИ, ГРУДНОЙ И БРЮШНОЙ ПОЛОСТЕЙ: язык синюшный, влажный, обложен серовато-желтым, не снимающимся налетом. Слизистые оболочки носоглотки синюшные, влажные, блестящие. В мягких тканях шеи повреждений и кровоизлияний не обнаружено. В плевральных полостях следы прозрачной жидкости, легкие выполняют 2\3 полостей, с блестящей, гладкой и влажной плеврой. Органы брюшной полости расположены анатомически правильно, в полости следы прозрачной жидкости соломенного цвета. Листки брюшины гладкие, влажные, блестящие. Просвет пищевода свободен, слизистая его бледно-серая, продольно складчатая. Вход и просвет гортани свободен, слизистая оболочка ее темно-розовая, набухшая. Подъязычная кость и хрящи гортани целы, в мягких тканях ее повреждений не обнаружено. Просвет трахеи и главных бронхов свободен с наложениями фибрина, смешанного с гноем, хрящи трахеи целы. Щитовидная железа обычных размеров, с равновеликими долями, плотно-эластичная, темно-коричневая, на разрезе полнокровна, дольчатого строения. Аорта эластична, со смешанными свертками крови в просвете и рассеянными липидными пятнами в интиме. Легкие синюшные в передних и темно-синюшные в задних отделах, тестоватой консистенции, на разрезах темно-красные с обычным рисунком, полнокровны. Слизистые оболочки воздухо-проводящих путей светло-розовые, набухшие. Бифуркационные лимфоузлы диаметром от 1 до 2 см, эластичные, не спаянные между собой и с окружающими тканями, темно-синюшные, на разрезах сочные, с обычным рисунком. В полости перикарда следы прозрачной жидкости, листки его гладкие, влажные, блестящие. Сердце дрябло-эластичное, 11х10х9 см, с избыточным отложением жира под эпикардом. В полостях сердца смешанные свертки крови. Миокард розовато-синюшный, эластичный, неравномерного кровенаполнения. Толщина стенки правого желудочка 0,3 см, левого 1,2 см. Клапанный и пристеночный эндокард тонкий, прозрачный, клапаны сформированы правильно. Коронарные артерии с неравномерно утолщенными стенками за счет полулунных атеросклеротических бляшек с кальцинозом, с облитерацией просвета на не более чем на 1/3. Желудок пустой, содержимое кишечника отделам соответствует, слизистые оболочки желудочно-кишечного тракта бледно-серые. Мезентериальные лимфоузлы располагаются раздельно, диаметр их не более 1 см, эластичны. Печень 24х18х16х13 см, плотно-эластичная, коричневая с поверхности и на разрезах, полнокровная, со смазанным рисунком долек. Просвет внепеченочных желчевыводящих путей свободно проходим. Поджелудочная железа обычных размеров, плотно-эластичная, бледно-серая, на разрезах – дольчатого строения. Селезенка 7х4х3 см, эластичная, синюшная с гипоплазией белой пульпы, на разрезах без соскоба. Надпочечники листовидной формы, обычных размеров, на разрезах граница слоев четкая. Почки равновелики, 10,5х6х5 см, дрябло-эластичные. Капсула сползает при надрезе, обнажая мелкозернистую поверхность. По краю разреза паренхима наползает на капсулу. На разрезах корковый слой - синюшный, с темно-красным крапом и подчеркнутым рисунком, мозговой слой также с подчеркнутым рисунком, граница слоев отчетливо выражена с полнокровием юкстамедуллярной зоны. Слизистые оболочки лоханок и чашечек бледно-синюшные, гладкие, блестящие, просвет их свободен. Мочеточники проходимы на всем протяжении, с бледно-серой слизистой. Мочевой пузырь пуст, слизистая оболочка его складчатая, бледно-серая, уретра свободно проходима.

А К Т Судебно-гистологического исследования

Судебно-медицинским экспертом, произведено исследование кусочков внутренних органов от трупа К., 1968 г.р. ЗАКЛЮЧЕНИЕ. Легкие – выражен внутриальвеолярный и межуточный отек, очаговое скопление лейкоцитов в просвете альвеол, гнойный эндобронхит, межальвеолярные перегородки с межуточным отеком лимфолейкоцитарным инфильтратом. Стаз крови в сосудах микроциркуляции всех групп. Миокард – межуточный отек, неравномерное кровенаполнение сосудов от малокровия до стаза, слабовыраженный перивазальный склероз. Почки – стаз крови венах, малокровие капилляров клубочков, воспалительных и некротических изменений не выявлено. Твердая мозговая оболочка – 2 кусочка, в обоих субдурально наложение фибрина смешанного с фибробластами с наличием гемосидерофагов. В просвете синуса красный сверток крови. В одном из кусочков интрадурально единичные гемосидерофаги на фоне частично гемолизированных эритроцитов с внеклеточным выпадением гемосидерина. В части полей зрения этого кусочка очаговая интрадуральная пролиферация фибробластов. Головной мозг – в мягких мозговых оболочках распространяющиеся на кору мозга диффузные кровоизлияния с гемосидерозом, лейкоцитарной инфильтрацией, пролиферацией фибробластов и глиальных элементов с наличием единичных вновь образованных сосудов. В стволовых отделах головного мозга множественные сосудистые кровоизлияния и очаги некрозов.

Вопросы:

1.Повреждения обнаруженные на трупе?

2.Степень тяжести вреда причиненного здоровью?

3.Время наступления смерти, причина смерти?

4.Могли ли данные повреждения образоваться от падения с «высоты собственного роста»?

5.Состояние опьянения?

Задача №5. (УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-5, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10).

ОБСТОЯТЕЛЬСТВА ДЕЛА. В постановлении о назначении судебно-медицинской экспертизы указано, что «09.04.2009 по адресу: г.К….., ул. Мира, д.00 был обнаружен гр. Ю., 1974г.р. в бессознательном состоянии и доставлен скорой медицинской помощью в МУЗ «ГКБ». 14.04.2009 гр. Ю. умер в МУЗ «ГКБ» не приходя в сознание».

ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКАЯ ЧАСТЬ.

Представлен Акт судебно-медицинского исследований от 15.05.09г. представлена медицинская карта стационарного больного из ГКБ на имя Ю., 1974 г.р., который 09.04.09г. в 1-05 бригадой скорой помощи был доставлен в токсикологическое отделение с нарушением сознания. Подобран в бессознательном состоянии на ул. Юшкова, 00. При поступлении кома 1-2. Кожные покровы умеренно гиперемированы. В области лба и волосистой части головы имеется ссадина. Зрачки равны, фотореакция слабая. Рефлексы снижены. Мышечный тонус снижен симметрично. Дыхание спонтанное, ЧДД 18\мин, дыхание везикулярное, хрипов нет. АД 120\80 мм.рт.ст. Пульс 82\мин. Изо рта определяется запах алкоголя. Живот при пальпации мягкий. Печень по краю реберной дуги. Проведена компьютерная томография головного мозга № 14597 от 09.04.09г.: КТ-картина обширного травматического повреждения головного мозга: массивное субарахноидальное кровоизлияние по всем полям; в лобно-височно-теменной области слева определяется субдуральная гематома до 16 мм в глубину и до 129 мм по протяженности; срединные структуры смещены слева направо до 10 мм; в охватывающей цистерне и сильвиевых щелях кровь, которой пропитано и мозговое вещество лобных долей; желудочковая система компримирована слева. Больной осмотрен нейрохирургом, переведен в НХО-1. 09.04.09г. произведена операция: КПТ черепа в лобно-теменной области слева, удаление острой субдуральной гематомы. Под интубационным наркозом в положении больного лежа на спине. Кожа рассечена дугообразным разрезом в левой лобно-теменной области, основанием к виску. Теменная, височная и лобная кости скелетированы в пределах раны. Визуализируется линейный перелом теменной кости. Из 5 фрезевых отверстий через линию перелома сформирован и удалён костный лоскут. Твердая мозговая оболочка напряжена, пульсация отсутствует, вскрыта. Аспирировано и отмыто около 80 мл крови в виде сгустков. Обширное контузионное поражение лобной, височной и теменной долей, массивное субарахноидальное кровоизлияние. Вещество мозга выбухает в дефект, при пункции крови не получено. Появилась слабая пульсация вещества мозга. Гемостаз. Твердая мозговая оболочка ушита наводящими швами до активного дренажа, установленного субдурально. Пластика костным лоскутом не выполнена из за выраженного отёка мозга. Послойные швы на рану до активного дренажа. Ас. повязка. В послеоперационном периоде больной переведен в отделение реанимации. 11.04 состояние больного крайне тяжелое, кома 2-3. ИВЛ. АД 75\45 мм.рт.ст. Пульс 94\мин. 12.04 состояние больного терминальное, кома 2-3. Зрачки равны, умеренно расширены, без реакции на свет, взор фиксирован прямо. АД 65\30 мм.рт.ст. Пульс 117\мин. Несмотря на проводимую терапию состояние больного оставалось крайне тяжелым, прогрессировала мозговая недостаточность, на фоне неуправляемой артериальной гипотонии в 1-45 14.04.09г. произошла остановка сердечной деятельности, констатирована смерть больного. ПОСМЕРТНЫЙ ДИАГНОЗ. Закрытая черепно-мозговая травма (09.04.09г.), ушиб головного мозга тяжелой степени. Острая субдуральная гематома в левой теменно-височной области (80 мл). Ушибы и ссадины волосистой части головы. Осложнения. Постдислокационные ишемические поражения ствола на мезэнцефальном уровне. Двусторонняя нижнедолевая пневмония. Сопутствующее заболевание: хронический алкоголизм.

Алкоголь – в крови 2,56 промилле, в моче 0,6 промилле.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Данные анализов | | | | |
| Параметры  дата | 9.04 | 10.04 | 12.04 | 13.04 |
| эритроциты | 4,68 | 4,18 | 4,43 | 3,63 |
| Цветной п. | 0,93 | 0,93 | 0,95 | 0,92 |
| гемоглобин | 146 | 130 | 141 | 111 |
| тромбоциты | 157 | 142 | 218 | 90 |
| гематокрит | 39,3 | 36,3 | 38,6 | 33,2 |
| лейкоциты | 18,3 | 14,3 | 27,9 | 5,2 |
| базофилы |  |  | 1 |  |
| эозинофилы |  |  | 1 |  |
| палочкоядерные | 9 |  | 41 |  |
| сегментоядерные | 71 |  | 33 |  |
| лимфоциты | 8 |  | 14 |  |
| моноциты | 12 |  | 10 |  |
| Дегенеративные изменения нейтрофилов |  |  | + |  |
| Анизоцитоз |  |  | + |  |
| Пойкилоцитоз |  |  | + |  |
| Полихромазия |  |  | + |  |
| Нормобласты |  |  | 2\100 |  |
| РОЭ | 8 | 21 | 47 | 53 |
| Амилаза | 11,0 |  |  |  |
| мочевина | 3,6 | 2,9 | 9,5 | 15,3 |
| Билирубин общ. | 13,7 | 12,6 | 7,0 | 7,5 |
| Прямой | 6,5 | 5,4 | 2,4 | 2,5 |
| непрямой | 7,2 | 7,2 | 4,6 | 5,0 |
| Белок крови | 69,7 | 72,4 | 63,9 | 52,2 |
| Калий | 3,5 | 4,7 | 6,2 | 7,4 |
| Натрий | 151 | 156 | выс | 171 |
| Уд. вес мочи | 1004 | 1000 | м\м | м\м |
| Белок мочи |  |  | 155 | 490 |
| Лейкоциты мочи | 0-0-1 | 0-1 | 0-1-2 | 2-4 |
| Эритроциты мочи | знач |  | 6-7 | 2-4 |

НАРУЖНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ. Труп мужчины, доставлен без одежды, среднего телосложения, правильного удовлетворительного питания, длиной тела 185 см. Кожа бледно-серая, холодная на ощупь во всех отделах, в отлогих местах тела сливные, фиолетовые, не исчезающие и не меняющие цвет при надавливании трупные пятна. Трупное окоченение достаточно выражено во всех обычно исследуемых группах мышц. Склеры глаз мутные, тусклые, суховаты, кровоизлияний в соединительные оболочки глаз не отмечается, зрачки равновелики по 0,5 см диаметром. Голова правильной формы, кости черепа и лицевого скелета на ощупь целы. Грудная клетка цилиндрическая, эластичная, упругая, ребра на ощупь целы. Живот на одном уровне с грудной клеткой. Естественные отверстия тела и полости рта и носоглотки свободны, чистые. Слизистая оболочка губ синюшная, подсохшая. Анальное отверстие сомкнуто, кожа вокруг него чистая. Половые органы развиты правильно. Кости конечностей целы. ПОВРЕЖДЕНИЯ. Синюшные кровоподтеки в местах инъекций: на предплечьях, правой кисти и правом локтевом сгибе. В центре лобной области на 7 см выше надбровных дуг Г-образная с осадненными краями рана, открытым прямым углом влево с длиной ребер по 1 см, со слегка подрытым левым краем, глубиной до кости с тканевыми перемычками в глубине. В зоне раны кровоизлияние в коже диаметром 1,5 см. Слева в лобно-теменной области с переходом на височную область дугообразный операционный разрез длиной 15 см, ушитый. Желтовато-синюшный кровоподтек в левой скуловой области с переходом на нижнее веко диаметром 7 см. Каких-либо иных повреждений при исследовании не обнаружено. При проведении воздушной пробы – воздух из плевральных полостей и полостей сердца не получен. При проведении судебно-медицинского исследования трупа использовались: кожные разрезы по методу Шора.

ВНУТРЕННЕЕ ИССЛЕДОВАНИЕ

Извлечение органокомплекса произведено по методу Шора, с распилом ребер спереди. Череп вскрывался угловым распилом. Доступ к спинному мозгу осуществлялся сзади по методу Медведева.

Масса органов.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Масса |  | норма |
| Мозг | 1590 | До 1400 |
| Легкое правое | 710 | 450 |
| левое | 690 | 375 |
| Сердце | 290 | 200-400 |
| Печень | 1600 | 1200-2000 |
| Селезенка | 90 | 80-180 |
| Почки обе. Правая/Левая | 145/145 | 275-310 |

ПОЛОСТЬ ЧЕРЕПА В кожно-мышечном лоскуте головы кровоизлияние по ходу операции и кровоизлияние в левой теменной области с центром в 5 см от средней линии и кзади на 3 см от венечного шва диаметром 5 см. Слева в теменной и височной костях трепанационное отверстие 5х7 см, ориентированное горизонтально. От верхнезаднего угла отверстия, расположенного в 8 см от стреловидного шва и в 5 см от середины лямбдовидного шва, вправо и кзади идет линия перелома, заканчивающаяся на вершине лямбдовидного шва. Края линии перелом четко сопоставимы. Справа множественные трещины по крыше орбиты, распространяющиеся на дырчатую пластинку решетчатой кости. Субдурально в передних черепных ямках гематома из темно-вишневых свертков объемом 50 мл. По полюсным и базальным поверхностям лобных долей: слева смыкающиеся между собой темно-красные кровоизлияния диаметром 9 см диффузного характера, на фоне которого слева на участке диаметром 3 см более темные пятнистые кровоизлияния с 5-ю эрозиями мягких мозговых оболочек в центре участка, справа на участке 4 см диаметром аналогичные по характеристикам кровоизлияния с эрозиями. По полюсной поверхности правой височной доли аналогичные по характеристикам кровоизлияния с 3 эрозиями в центре полюса на участке диаметром 3 см. Указанные кровоизлияния распространяются на вещество мозга на глубину коры. Борозды мозга сглажены, извилины уплощены, на миндаликах мозжечка кольцевидная с диффузными субарахноидальными кровоизлияниями полоса вдавления от краев большого затылочного отверстия шириной 0,5 см, внутри борозды мозжечок и продолговатый мозг кашицеобразные темно-красного цвета. Головной мозг дряблый, на разрезах с четкой границей серого и белого вещества и мраморным рисунком подкорковых ядер. Поверхности разрезов тускловаты, липнут к лезвию ножа. Желудочки мозга симметричны, обычного объема, эпендима их бледно-серая, блестящая, влажная, в полостях желудочков следы прозрачной соломенного цвета жидкости. Сосудистые сплетения обычного вида, полнокровны. ОРГАНЫ ШЕИ, ГРУДНОЙ И БРЮШНОЙ ПОЛОСТЕЙ: язык синюшный, влажный, обложен серовато-желтым, не снимающимся налетом. Слизистые оболочки носоглотки синюшные, влажные, блестящие. В мягких тканях шеи повреждений и кровоизлияний не обнаружено. В плевральных полостях следы прозрачной жидкости, легкие выполняют 2\3 полостей, с блестящей, гладкой и влажной плеврой. Органы брюшной полости расположены анатомически правильно, в полости следы прозрачной жидкости соломенного цвета. Листки брюшины гладкие, влажные, блестящие. Просвет пищевода свободен, слизистая его бледно-серая, продольно складчатая. Вход и просвет гортани свободен, слизистая оболочка ее бледно-серая. Подъязычная кость и хрящи гортани целы, в мягких тканях ее повреждений не обнаружено. Просвет трахеи и главных бронхов свободен, хрящи трахеи целы. Щитовидная железа обычных размеров, с равновеликими долями, плотно-эластичная, темно-коричневая, на разрезе полнокровна, дольчатого строения. Аорта эластична, со следами жидкой крови в просвете и гладкой интимой. Легкие синюшные в передних и темно-синюшные в задних отделах, тестоватой консистенции, на разрезах темно-красные с обычным рисунком, полнокровны. Слизистые оболочки воздухо-проводящих путей светло-розовые, набухшие. Бифуркационные лимфоузлы диаметром от 1 до 2 см, эластичные, не спаянные между собой и с окружающими тканями, темно-синюшные, на разрезах сочные, с обычным рисунком. В полости перикарда следы прозрачной жидкости, листки его гладкие, влажные, блестящие. Сердце дрябло-эластичное, 11х10х9 см. В полостях сердца смешанные свертки крови с мелкими единичными темно-вишневыми свертками. Миокард розовато-синюшный, эластичный, неравномерного кровенаполнения. Толщина стенки правого желудочка 0,3 см, левого 1,2 см. Клапанный и пристеночный эндокард тонкий, прозрачный, клапаны сформированы правильно. Коронарные артерии с тонкими стенками, пустым просветом. Желудок пустой, содержимое кишечника отделам соответствует, слизистые оболочки желудочно-кишечного тракта грязно-серые из-за аутолиза. Мезентериальные лимфоузлы располагаются раздельно, диаметр их не более 1 см, эластичны. Печень 26х18х15х13 см, плотно-эластичная, коричневая с поверхности и на разрезах, полнокровная, со смазанным рисунком долек. Просвет внепеченочных желчевыводящих путей свободно проходим. Поджелудочная железа обычных размеров, плотно-эластичная, бледно-серая, на разрезах – дольчатого строения. Селезенка 6х4х3 см, эластичная, синюшная, на разрезах без соскоба. Надпочечники листовидной формы, обычных размеров, на разрезах граница слоев четкая. Почки равновелики, 11х6х5 см, дрябло-эластичные. Капсула сползает при надрезе, обнажая ровную поверхность. По краю разреза паренхима слегка наползает на капсулу. На разрезах корковый слой - синюшный, с подчеркнутым рисунком, мозговой слой также с подчеркнутым рисунком, граница слоев отчетливо выражена с полнокровием юкстамедуллярной зоны. Слизистые оболочки лоханок и чашечек бледно-синюшные, гладкие, блестящие, просвет их свободен. Мочеточники проходимы на всем протяжении, с бледно-серой слизистой. Мочевой пузырь пуст, слизистая оболочка его складчатая, бледно-серая, уретра свободно проходима. ПОЗВОНОЧНИК И СПИННОЙ МОЗГ: при ревизии позвоночного столба повреждений не обнаружено, кроме вертикально ориентированных полосчатых темно-красных кровоизлияний в задней атлантозатылочной мембране. Эпи- и субдуральные пространства свободны, твердая мозговая оболочка напряжена, бледно-серая, блестящая, мягкие мозговые оболочки тонкие, прозрачные, спинной мозг дряблый, на разрезах обычного рисунка.

А К Т Судебно-гистологического исследования. Судебно-медицинским экспертом, произведено исследование кусочков внутренних органов от трупа гр. Ю., 1974 г.р. ЗАКЛЮЧЕНИЕ. Головной мозг – диффузные и очаговые субарахноидальные, распространяющиеся на головной мозг до белого вещества кровоизлияния с очаговой лейкоцитарной инфильтрацией и гемолизом эритроцитов, с выпадением нейронов в зоне повреждений, с внеклеточным выпадением гемосидерина. В стволовых отделах мозга выраженная внеклеточная гипергидратация с перивазальными кровоизлияниями с очагами выпадения нейронов, стазом крови в сосудах. Печень – дискомплексация печеночных балок, жировым гепатозом 1-2 степени, стаз крови в сосудах. Воспаления не выявлено. Легкие – неравномерно выраженный внутриальвеолярный отек с геморрагическим компонентом, межуточный отек, очаговые внутриальвеолярные скопления гемосидерофагов, гнойный эндобронхит, очаговая гнойная бронхопневмония. Миокард – стаз крови в сосудах, межуточный отек, очаги неравномерной гипертрофии кардиоцитов. Апоневроз – очаговые кровоизлияния с гемолизом эритроцитов, неравномерно выраженной лейкоцитарной инфильтрацией, внеклеточным выпадением гемосидерина.

Вопросы:

1.Повреждения обнаруженные при исследовании?

2.Степень тяжести вреда причиненного здоровью человека?

3.Время наступления смерти, причина смерти?

4.Могли ли данные повреждения образоваться от падения с «высоты собственного роста»?

5.Состояние опьянения?

Эталон №1

1.При судебно-медицинской экспертизе трупа обнаружены следующие телесные повреждения: а) закрытая черепно-мозговая травма - кровоподтеки и ссадины в лобно-теменной и теменно-затылочной областях, в кожно-мышечном лоскуте головы 9 кровоизлияний в лобно-теменной области и 4 кровоизлияния в теменно-затылочной области; переломы левых теменной височной костей, пятнистые субарахноидальные кровоизлияния по полюсной и базальной поверхности обеих лобных долей и полюсной и базальной поверхности обеих височных долей; ограничено диффузное кровоизлияние слева по наружной поверхности теменной доли; б) множественные кровоподтеки и ссадины лица и верхних конечностей, кровоизлияния в обоих глазных яблоках.

2.Смерть наступила в результате закрытой черепно-мозговой травмы с переломом костей черепа и ушибами головного мозга, осложнившейся отеком и набуханием головного мозга с дислокацией. Заключение подтверждается обнаружением переломов костей свода черепа и очагов ушиба в головном мозге.

3.Локализация и совокупность повреждений головы (кровоподтеки и ссадины в лобно-теменной и теменно-затылочной областях, субарахноидальные кровоизлияния по полюсной и базальной поверхности обеих лобных долей и полюсной и базальной поверхности обеих височных долей; ограничено диффузное кровоизлияние слева по наружной поверхности теменной доли), локализация и механизм образования переломов (линейные, слева в теменной и чешуе височной костей, перелом №1 упирается в перелом №2 по типу конец в бок)) позволяет говорить, что закрытая черепно-мозговая травма имеет импрессионный характер и возникла от неоднократных разнонаправленных травматических ударных воздействий на голову твердого тупого предмета, предметов без четких идентифицирующих признаков, но с массой меньше массы головы. Общее количество воздействий на голову, могущих привести к возникновению черепно-мозговой травмы не менее 13. Кровоподтеки и ссадины лица возникли от неоднократных воздействий твердого тупого предмета без четких идентифицирующих признаков, количество воздействий не менее 3-х. Кровоподтеки и ссадины на конечностях возникли от неоднократных воздействий твердого тупого предмета (предметов) без четких идентифицирующих признаков, подсчитать количество воздействий не представляется возможным из-за наслаивания их друг на друга.

4.Морфологическая давность всех повреждений не превышает 2-х недель, и не может быть ранее 3-х суток к моменту смерти (головной мозг - в окружающих кровоизлияния оболочках – лейкоцитарный инфильтрат, наличие гемосидерофагов, очаги склероза и умеренная пролиферация фибробластов; в мозговой ткани вокруг кровоизлияний пролиферация микро и макроглии, умеренная пролиферация фибробластов, лейкоцитарный инфильтрат, единичные гемосидерофаги, большое количество молодых сосудов с плазматизацией стенки. В 1 кусочке головного мозга без кровоизлияний в коре массивное выпадение нейронов с очаговой пролиферацией микроглии).

5. При поступлении пострадавшего в стационар в крови не обнаружен этиловый спирт.

Эталон №2

1. Открытая черепно-мозговая травма - зарубцевавшаяся рана в области левого теменного бугра, оскольчатый перелом левой теменной кости - веретенообразный дефект левой теменной кости, расхождение лямбдовидного шва справа, ушиб головного мозга в зоне перелома в стадии организации - разрастание соединительной ткани в мягких мозговых оболочках, массивный глиальный рубец в веществе мозга, организующиеся пятнистые кровоизлияния по базальной поверхности правой височной доли

2. Осложнения: очаговые некрозы и кровоизлияния в поврежденных отделах головного мозга, отек и набухание головного мозга с дислокацией; отек легких; венозное полнокровие внутренних органов.

3. Обнаруженная при настоящей экспертизе, ЧЕРЕПНО-МОЗГОВАЯ ТРАВМА причинила вред, опасный для жизни человека и согласно пункту 4.а Правил определения степени тяжести вреда, причиненного здоровью человека (Постановление Правительства РФ от 17 августа 2007 г. N 522) и пункта 6.1. приказа МЗиСР РФ 194н от 24.04.2008.г., квалифицируется, как обусловившая тяжкий вред здоровью. Черепно-мозговая травма имеет прямую причинную связь со смертью.

4. Локализация и совокупность повреждений головы, а также характер перелома свода черепа позволяют говорить, что черепно-мозговая травма имеет импрессионно-инерционный механизм и возникла от однократного воздействия твердого тупого предмета значительной массы на левую теменную область с действием травмирующей силы сверху вниз и несколько слева направо. Заключение подтверждается локальным характером перелома левой теменной кости с ушибом головного мозга в зоне перелома и наличием противоударных кровоизлияний в правой височной доле. Указанная травма могла быть получена при условии, указанном в карте стационарного больного (упала на голову деревянная балка 15.02.09г. около 14-00).

5. При поступлении пострадавшего в стационар в крови не обнаружен этиловый спирт.

Эталон №3

1.При судебно-медицинской экспертизе трупа обнаружены телесные повреждения в виде: а) Закрытая черепно-мозговая травма – рваная рана левой ушной раковины, кровоизлияния в коже головы слева в височной, справа в лобно-височных, в теменно-затылочной областях, линейный перелом правой височной кости, распространяющийся на основание черепа, субарахноидальные кровоизлияния в правых лобной, височной и теменной долях, в левой височной доле, в черве мозжечка; б) закрытая спинальная травма – кровоизлияния в связки 1-2 шейных позвонков. Все повреждения причинены в короткий промежуток времени. Повреждения являются опасными для жизни в момент причинения, обусловили тяжкий вред здоровью и имеют прямую причинную связь со смертью.

2.Смерть наступила в результате сочетанной травмы тела (см. п.1), сопровождавшейся переломом костей черепа и очагами ушиба головного мозга, осложнившейся отеком и набуханием головного мозга с дислокацией. Вывод подтверждается картиной, найденной на вскрытии, и данными медицинской документации.

3.Учитывая литературные данные, после получения вышеуказанных телесных повреждений, потерпевший мог совершать целенаправленные действия, в том числе передвигаться от нескольких минут до нескольких часов, однако, наличие повреждения червя мозжечка вероятность самостоятельных действий потерпевшего после травмы очень низка.

4.Смерть пострадавшего наступила 18.02.03 в 17 часов 15 минут.

5.При поступлении пострадавшего в стационар в крови обнаружен этиловый спирт, концентрация которого соответствует тяжелой степени алкогольного опьянения по аналогии с живыми лицами.

Эталон №4

1.При судебно-медицинской экспертизе трупа обнаружены следующие телесные повреждения: закрытая черепно-мозговая травма – кровоподтеки на левой щеке и вокруг левого глаза, справа разрыв вены, впадающей в сагиттальный синус, субдуральная плащевидная гематома по конвекситальной поверхности правых теменной и височной долей, справа в передней черепной ямке, субарахноидальные и внутримозговые корковые кровоизлияния слева по передней и базальной поверхностям лобной доли с разрывом мягкой мозговой оболочки.

2.Обнаруженная при настоящей экспертизе, ЧЕРЕПНО-МОЗГОВАЯ ТРАВМА причинила вред, опасный для жизни человека и согласно пункту 4.а Правил определения степени тяжести вреда, причиненного здоровью человека (Постановление Правительства РФ от 17 августа 2007 г. N 522) и пункта 6.1. приказа МЗиСР РФ 194н от 24.04.2008.г., квалифицируется, как обусловившая тяжкий вред здоровью. Черепно-мозговая травма имеет прямую причинную связь со смертью.

3.Смерть наступила 04.04.09 в 23.15 в результате закрытой черепно-мозговой травмы с разрывом вены, впадающей с сагиттальный синус справа, субдуральной гематомой со сдавлением головного мозга, ушибом головного мозга, осложнившейся отеком и дислокацией головного мозга с геморрагическим некрозом стволовых отделов и мозжечка. Заключение подтверждается клинической картиной, в том числе и во время операции (мышечная гипотония, сухожильные рефлексы угнетены, грубая менингеальная симптоматика, удаление подострой субдуральной гематомы 120 мл) и морфологической картиной - справа разрыв вены, впадающей в сагиттальный синус, субдуральная плащевидная гематома по конвекситальной поверхности правых теменной и височной долей, справа в передней черепной ямке, субарахноидальные и внутримозговые корковые кровоизлияния слева по передней и базальной поверхностям лобной доли с разрывом мягкой мозговой оболочки. Морфологические изменения в поврежденных органах и тканях – желтоватое прокрашивание кровоподтеков на лице, признаков организации (гемосидероз, пролиферация фибробластов, пролиферация глии в веществе мозга) признаков подострой гематомы во время операции, за 2-е суток до смерти, желтоватый цвет кровоподтеков при поступлении в стационар, позволяют говорить, что давность черепно-мозговой травмы не менее 3-х суток, но не более 2-х недель к моменту смерти, и не менее 3-х суток к моменту поступления пострадавшей в стационар.

4.Заболеваний головного мозга у пострадавшей не обнаружено. Маловероятно, что пострадавшая могла получить описанную черепно-мозговую травму при падении с высоты собственного роста.

5.При поступлении пострадавшей в стационар в крови не обнаружен этиловый спирт.

Эталон №5

1.При судебно-медицинской экспертизе обнаружены следующие телесные повреждения: открытая черепно-мозговая травма – Г-образная рвано-ушибленная рана в центре лобной области, кровоизлияние в коже левой теменной области, линейный перелом левой теменной кости, множественные трещины крыши правой орбиты, распространяющиеся на дырчатую пластинку решетчатой кости, субдуральная плащевидная гематома в передних черепных ямках объемом 50 мл, субарахноидальные и внутримозговые кровоизлияния по полюсным и базальным поверхностям обеих лобных долей головного мозга и по полюсной поверхности правой височной.

2..Обнаруженная при настоящей экспертизе, ЧЕРЕПНО-МОЗГОВАЯ ТРАВМА причинила вред, опасный для жизни человека и согласно пункту 4.а Правил определения степени тяжести вреда, причиненного здоровью человека (Постановление Правительства РФ от 17 августа 2007 г. N 522) и пункта 6.1. приказа МЗиСР РФ 194н от 24.04.2008.г., квалифицируется, как обусловившая тяжкий вред здоровью. Черепно-мозговая травма имеет прямую причинную связь со смертью.

3.Смерть наступила в 1-45 14.04.09. в результате черепно-мозговой травмы, с переломом костей свода и основания черепа, ушибом головного мозга, осложнившейся отеком и дислокацией последнего с некрозом стволовых отделов мозга и мозжечка. Вывод подтверждается клинико-морфологической картиной - при поступлении кома 1-2, на операции и при исследовании трупа обнаружены перелом левой теменной кости, субдуральная гематома и ушибы головного мозга

4.Маловероятно, что повреждения могли быть получены пострадавшим при падении с высоты собственного роста из положения стоя.

5.При поступлении пострадавшего в стационар в крови обнаружен этиловый спирт, концентрация которого соответствует тяжелой степени алкогольного опьянения по аналогии с живыми лицами.

**6. Перечень и практических умений по изучаемой теме.**

(УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-5, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10)

- установить причину смерти;

- провести судебно-медицинское исследование трупа при различных видах насильственной смерти;

- определить степень тяжести телесных повреждений;

- установить причинно-следственную связь между повреждением и неблагоприятным исходом;

**7. Рекомендации по выполнению НИР**

Примерная тематика по НИР по теме - не предусмотрена.

**8. Рекомендованная литература по теме занятия (обязательная, дополнительная, электронные ресурсы, включая законодательные и нормативно-правовые документы)**

**Занятие № 16**

**1. Индекс: ОД.О.01.1.4.16** **Тема:** «Механизм черепно-мозговой травмы. Классификация факторов и условий, определяющих характер черепно-мозговой травмы».

**2. Форма организации занятия:** подготовка к практическому занятию.

**3. Перечень вопросов для самоподготовки по теме практического занятия**

1. Какие дополнительные методы исследования могут применяться для выявления не установленных при визуальном осмотре деталей повреждения? (УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-5, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10)

ОТВЕТ: Из основных следует отметить различные способы рентгенографического исследования; микроскопию, особенно непосредственную стерео-микроскопию и гистологическое исследование; исследования в ультрафиолетовых и инфракрасных лучах спектра; методы выявления металлизации:

цветные химические реакции, методы цветных отпечатков и прежде всего контактно-диффузионный. При изменении кожи вследствие высыхания, гниения, температурных факторов могут использоваться разные методы реставрации повреждения для восстановления первоначальных особенностей. Наиболее распространенный и доступный — это уксусно-спиртовый раствор (раствор Ратневского). Есть методы, которые применяют только при отдельных видах травм: при экспертизе огнестрельных ран (пробы на порох), колющего или колюще-режущего орудия (получение слепков раневых каналов). Важно отметить, что различные методы исследования нужно применять в правильной рациональной последовательности, чтобы не навредить, не разрушив вещественное доказательство. Сначала используют такие методы, которые не изменяют объекта (рентгенография, непосредственная стереомикроскопияидр.), затем те, которые могут привести к некоторым изменениям (методы выявления металлизации, получения слепков, и на последнем этапе разрушающие объект гистологическое или спектрографическое исследования). Успеха можно добиться только при использовании комплекса необходимых методов исследования, обеспечивающих выявления максимального числа признаков.

2. Каковы этапы судебно-медицинской экспертизы механической травмы? (УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-5, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10)

ОТВЕТ: Предварительная подготовка к началу исследования заключается в том, что судмедэксперт изучает представленные ему документы: постановление о назначении экспертизы, протокол осмотра места происшествия. В случае поступления трупа из стационара — историю болезни, а иногда уголовное дело. Исследование трупа начинается с осмотра и описания повреждений, следов наложений на одежде, кожных покровах, при необходимости с проведением рентгенографии. После вскрытия трупа, которое при некоторых повреждениях требует применения специальной техники, описываются повреждения внутренних органов и тканей. Следующий этап — это изъятие внутренних органов для дополнительных лабораторных исследований, постановка вопросов перед специалистами отделений. Сюда относятся медико-криминалистическое, судебно-гистологическое, судебно-биологическое, биохимическое исследования. При этом эксперт должен обратить внимание и проявить инициативу (если это не сделал следователь) в исследовании или направлении в соответствующую лабораторию травмировавшего или подозреваемого орудия. В некоторых случаях необходим еще один этап для решения некоторых следственных вопросов — участие в следственных действиях, в повторном осмотре места происшествия, допросе, обыске, следственном эксперименте. Наконец, последним этапом экспертизы является составление обоснованных выводов и оформление заключения.

Следует отметить, что в последнее время правоохранительные органы, назначающие экспертизу, не проявляют требовательности к доказательности вывода судебно-медицинского эксперта. Удивительно, но на всех стадиях уголовного процесса, вплоть до судебного разбирательства и вынесения приговора, такое бездоказательное заключение нередко удовлетворяет следственные и судебные инстанции. А раз складывается так, что это нужно заказчику, то и исполнитель не прилагает дополнительных усилий в целях объективизации своих выводов. Надо полагать, что со временем это положение изменится, ибо грамотный адвокат, прокурор или судья, если посчитает нужным, то сможет разрушить любое заключение эксперта (что изредка и теперь имеет место), если оно объективно не обосновано, возвратить дело на предварительную стадию или решить вопрос с учетом отсутствия достаточных доказательств вплоть до вынесения оправдательного приговора.

3. Какие травмирующие средства используются для нанесения механической травмы? (УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-5, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10)

ОТВЕТ: Такие средства следует подразделять на оружия, которые специально изготовляются для нападения или обороны. Сюда следует отнести огнестрельное оружие (пистолет, автомат и др.), острое оружие (кинжал, штык и др.), тупое оружие (кастет, резиновая палка). Орудия — средства, предназначенные для использования в производстве и в быту (молоток, топор, напильник, кухонный нож). Предметы, не имеющие специального назначения (камень, палка). Последним термином пользуются также, когда назначение средства неизвестно. В зависимости от особенностей и механизма действия травмирующие средства делят на тупые, острые и огнестрельные, каждое из которых имеет свои признаки.

Кроме того, каждое из названных видов имеет подвиды. Если квалификация подозреваемого средства, (то есть является ли оно оружием), относится к компетенции судебно-следственных органов, то решение о виде оружия и его особенностях принимается только судебно-медицинским экспертом в процессе проведения экспертизы.

4. Могут ли повреждения появляется после смерти и чем они отличаются от прижизненных? (УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-5, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10)

ОТВЕТ: После смерти на трупе могут появляться такие же по характеру повреждения, как и на живом человеке, в зависимости от различных обстоятельств. Это могут быть повреждения, в результате реанимационных действий, случайные — при транспортировке, переносе трупа, при нанесении повреждений животными, действии пламени или оледенении, наконец умышленные повреждения в целях инсценировки самоубийства или других, уводящих следствие от истинного обстоятельства. Признаки прижизненное; отличаются наличием ответной реакции организма на повреждение и могут быть разнообразными. В месте воздействия наблюдается отек тканей, кровоизлияние, при микроскопии отмечаются скопление лейкоцитов, тромбозы мелких сосудов. Если повреждены сосуды, особенно крупные, то наблюдается кровотечение, которое иногда можно отметить на месте происшествия по следам крови (лужам, потекам, брызгам), а при вскрытии — по воздушной, жировой и тканевой эмболии. О прижизненном получении повреждений свидетельствуют аспирация крови, содержимого желудка и выявление их в легких, продвижение крови, инородных тел в кишечнике,

кровь в мочевом пузыре. Некоторые признаки используются при отдельных повреждениях. Так, прижизненные раны зияют, наблюдается сокращение мышечной ткани, признаком прижизненного перелома является резко выраженное полнокровие костных сосудов, в трещинах — скопление эритроцитов. Установление прижизненного характера повреждения тем труднее, чем меньше времени прошло от получения травмы до наступления смерти. В этом случае используют биохимическое, гистохимическое исследование, исследование белковых фракций, микроэлементов. Однако на практике в таких случаях не имеется оснований для категоричного вывода.

5. От каких непосредственных причин наступает смерть при механической травме? (УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-5, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10)

ОТВЕТ: Причины смерти при механической травме делятся на две группы: непосредственная причина, когда смерть наступает вслед за травмой, и от осложнений, прямо связанных с травмой, когда смерть наступает в различное время после ее получения. К непосредственным причинам относятся следующие:

Грубые анатомические нарушения тела (например, размятие головы или туловища, его расчленение).

Повреждение жизненно важных органов (например, разрыв сердца, ушиб головного мозга).

Кровопотеря. Может быть наружной и внутренней. Смертельной является утрата 40—50% крови, однако смерть может наступить и от потери меньшего ее количества. Диагностика проводится с учетом таких признаков, как бледность кожных покровов и слизистых, отсутствие или слабая выраженность трупных пятен, малокровие внутренних органов, которые выглядят глинистыми, сухими.

Помимо обильной кровопотери смерть может наступить от острой при ранениях крупных кровеносных сосудов, что приводит к резкому падению артериального давления. В таких случаях достаточно потери 1 л крови для наступления смерти. Тогда вышеуказанные признаки не отмечаются, а можно учитывать появление кровоизлияний под эндокардом в виде полосчатых пятен (пятна Минакова) от падения артериального давления.

Шок — тяжелое состояние организма, обусловленное в основном расстройством деятельности сердечно-сосудистой системы. Помимо травматического или геморрагического шока, возникающего от механической травмы, различают ожоговый, анафилактический, септический шок. Секционная диагностика шока в основном складывается из оценки клинических данных, если имеется история болезни, а также из общих морфологических проявлений, выявляемых при исследовании трупа. Это малокровие в полостях сердца и крупных сосудах, микротромбы и полнокровие капилляров внутренних органов, признаки так называемых «шоковых» почек и легких, также связанных с тяжелым расстройством в сосудистой системе.

Сдавление жизненно важных органов кровью или воздухом. Это сдавление головного мозга, сердца, легких. Смертельное сдавление головного мозга излившейся кровью наступает при скоплении около 100 мл крови над или под твердой мозговой оболочкой. Сдавление сердца при кровоизлиянии в полость сердечной сорочки (тампонада сердца) возникает при ранениях или его самопроизвольных разрывах. Скопление в плевральной полости воздуха (пневмоторакс) или крови (гематоракс) при двухстороннем распространении или их сочетании (гемопневмоторакс) приводит к сдавлению легких, смещению и, наряду с кровоизлиянием, ведет к смерти. Для выявления при подозрении на такой диагноз требуется использование специального метода вскрытия грудной полости.

Эмболии, то есть внезапная закупорка кровеносного сосуда воздухом, жиром, тромбом, кусочком ткани или инородным телом. Наиболее часто возникает венозная воздушная эмболия, хотя она и не всегда обнаруживается. Диагностика требует модификации техники вскрытия с целью выявления воздуха в правой половине сердца. С этой целью используется рентгенография изолированного сердца или эхография. Реже встречается артериальная воздушная эмболия, когда воздух через легочные вены попадает в левую половину сердца, в большой круг кровообращения. Специальными пробами он выявляется в головном мозгу и других органах. Воздушная эмболия наблюдается при ранениях сосудов, оперативных и других манипуляциях, баротравме легких.

Жировая эмболия возникает при обширных размозжениях тканей и переломах трубчатых костей и приводит к закупорке жиром сосудов головного мозга или легких. При вскрытии это обнаружить трудно, поэтому требуется гистологическое исследование с использованием специальных окрасок на жир.

Аспирация кровью может наступать при ранениях в область шеи, переломах костей основания черепа и попадании крови в дыхательные пути, которые она закупоривает и приводит к кислородному голоданию. Для доказательства обращают внимание на пестрые кровенаполненные легкие, при гистологическом исследовании которых в альвеолах и мелких бронхах выявляется кровь.

Рефлекторная остановка сердца наступает при ударах тупым предметом в рефлексогенную область (солнечное сплетение, яички, сердце и др.). При исследовании, включая дополнительные методы, что-либо характерное для такого диагноза установить невозможно. Учитываются обстоятельства дела, картина умирания, и ставится вероятностный диагноз с учетом исключения другой причины смерти.

К основным осложнениям, приведшим к смерти при механической травме, относится острая почечная недостаточность. Она может возникнуть при длительном сдавлении мягких тканей, при хирургических операциях, а также при переливании несовместимой крови и некоторых отравлениях. Диагностика основывается на клинических данных, макро- и микроскопических исследованиях почек. К другим нередким осложнениям следует отнести инфекции (воспаление легких, воспаление брюшины, сепсис, менингит, абсцесс мозга и др.). Диагноз ставится на основании клинических симптомов и данных лаборатории, отмеченных в истории болезни, а также на результатах исследования трупа.

**4. Самоконтроль по тестовым заданиям данной темы**

1.ПРОБА НА ВОЗДУШНУЮ ЭМБОЛИЮ ПРОВОДИТСЯ

1) во всех случаях скоропостижной смерти

2) при травматизации крупных артерий

3) подозрении на смерть от отравления

4) при подозрении на воздушную эмболию

(при внутривенных введениях)

5) в случаях наличия перелома кости

Правильный ответ: 4 ПК-5

2.ТЕРМИНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

1) критическим падением артериального давления

2) судорогами

3) нарушением сна

4) нарушением всасывания в кишечнике

5) дезориентацией в месте и времени

Правильный ответ: 1 ПК-5

3.ОБЪЕКТИВНЫМ ПРИЗНАКОМ БИОЛОГИЧЕСКОЙ СМЕРТИ ЯВЛЯЕТСЯ

1) головная боль

2) понижение температуры тела до 36 градусов

3) отсутствие реакции зрачков на свет

4) трупные пятна и трупное окоченение

5) гнилостные изменения

Правильный ответ: 3

4.КЛИНИЧЕСКИМИ КРИТЕРИЯМИ «СМЕРТИ МОЗГА» ПРИНЯТО СЧИТАТЬ

1) полную потерю речи

2) нарушение сна

3) исчезновение любых видов рефлексов и реакции на внешние раздражители

4) дезориентацию в месте и времени

5) полную потерю слуха

Правильный ответ: 3 ПК-5

5.РАЗЛИЧНЫЕ ПРИЧИНЫ СМЕРТИ МОГУТ

1) ускорять или замедлять развитие посмертных изменений

2) не оказывать влияния на посмертные изменения

3) связь усматривается только в случаях скоропостижной смерти

4) связь усматривается только при определенных обстоятельствах

5) связь усматривается только в случаях травмы

Правильный ответ: 1 ПК-5

6.СУПРАВИТАЛЬНЫЕ РЕАКЦИИ ОРГАНОВ И ТКАНЕЙ, ИМЕЮЩИЕ ЗНАЧЕНИЕ ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ДАВНОСТИ СМЕРТИ

1) механическая возбудимость мышц

2) пергаментные пятна на коже

3) трупные пятна

4) «пятна Лярше»

5) симптом кошачьего глаза (феномен Белоглазова)

Правильный ответ: 1 ПК-5

7.ПРОБА НА ВОЗДУШНУЮ ЭМБОЛИЮ СЧИТАЕТСЯ ПОЛОЖИТЕЛЬНОЙ, ЕСЛИ ИЗ СЕРДЦА, ПРОКОЛОТОГО ПОД ВОДОЙ, ЗАЛИТОЙ В ОКОЛОСЕРДЕЧНУЮ СОРОЧКУ, ВЫДЕЛЯЮТСЯ ПУЗЫРЬКИ ГАЗА

1) из левых его отделов

2) из правых его отделов

3) из правых и левых отделов

4) из дуги аорты

5) из полых вен

Правильный ответ: 2 ПК-5

8.В КОМПЕТЕНЦИЮ СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКОГО ЭКСПЕРТА ВХОДИТ УСТАНОВЛЕНИЕ СОСТОЯНИЙ, ПРЕДШЕСТВОВАВШИХ СМЕРТИ

1) острота зрения

2) степень переваривания пищи

3) наличие сопутствующих заболеваний

4) выраженность производительной способности

5) половое сношение

Правильный ответ: 3 ПК-5

9.ОДЕЖДА, ОСТАВШАЯСЯ ПОСЛЕ ИССЛЕДОВАНИЯ (ЭКСПЕРТИЗЫ) ТРУПА, В СЛУЧАЯХ НАСИЛЬСТВЕННОЙ СМЕРТИ

1) уничтожается

2) выдается родственникам вместе с телом

3) передается следователю

4) сдается в камеру хранения

5) хранится в архиве морга

Правильный ответ: 3 ПК-5

10. ОБНАРУЖЕНИЕ ПРИ ИССЛЕДОВАНИИ ТРУПА В ПРОСВЕТАХ КРУПНЫХ СОСУДОВ И В ПОЛОСТЯХ СЕРДЦА РЫХЛЫХ КРАСНЫХ СВЕРТКОВ КРОВИ СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ О

1) коротком агональном периоде

2) смерти от инфаркта миокарда

3) длительной агонии

4) смерти от хронической ишемической болезни

5) смерти без агонального периода

Правильный ответ: 1 ПК-5

**5. Самоконтроль по ситуационным задачам**

Задача №1. (УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-5, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10)

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 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 №2. (УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-5, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10)

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, буровато-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 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 ¾ 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 № 3. (УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-5, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10)

ИССЛЕДОВАНИЕ ПРОВОДИТСЯ ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ПРИЧИНЫ СМЕРТИ.

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?

Задача №4. (УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-5, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10)

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, температура печени 38,1, 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 4секунды. 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 кровенаполнена; 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 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 №5. (УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-5, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10)

ИССЛЕДОВАНИЕ ПРОВОДИТСЯ ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ПРИЧИНЫ СМЕРТИ.

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 сливкообразной 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?

**6. Перечень практических умений по изучаемой теме.**

(УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-5, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10)

- установить причину смерти;

- провести судебно-медицинское исследование трупа при различных видах насильственной смерти;

- определить степень тяжести телесных повреждений;

- установить причинно-следственную связь между повреждением и неблагоприятным исходом;

**7. Рекомендации по выполнению НИР**

Примерная тематика по НИР по теме - не предусмотрена.

**8. Рекомендованная литература по теме занятия (обязательная, дополнительная, электронные ресурсы, включая законодательные и нормативно-правовые документы)**

**Занятие № 17**

**1. Индекс: ОД.О.01.1.4.17 Тема: «**Понятие о механических повреждениях, травматологии и судебной травматологии. Понятие о оружии, орудии, предмете**».**

**2. Форма организации занятия:** подготовка к практическому занятию.

**3. Перечень вопросов для самоподготовки по теме практического занятия**

1. Способен ли потерпевший после нанесения ему повреждений совершать целенаправленные действия? (УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-5, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10)

ОТВЕТ: При всяком расследовании, особенно убийств, при наличии смертельных повреждений возникает необходимость установить возможность совершения пострадавшим целенаправленных действий. Этот вопрос может интересовать следствие и при самоубийстве. Многие эксперты отмечают удивительную способность человека, несмотря на безусловно смертельную травму, совершать подчас сложные сознательные действия. Это наблюдается при тяжелых черепно-мозговых ранениях, что совсем исключается только при повреждениях стволовой области головного мозга.

Легче переносятся первые минуты или часы при ранении лобной, теменной, височной областей, при которых сохраняется речь и возможность активных действий.

Мы наблюдали случай, когда после нападения на человека с целью грабежа и получения им множества рубленых ран с дефектом лобных и теменных костей и повреждением лобных долей ткани головного мозга, он сам остановил машину и добрался до больницы. После излечения, чувствовал себя относительно хорошо и требовал восстановления на работе.

Нередко смерть наступает от ранений сердца и крупных сосудов, но в то же время такие раненые способны бегать, ходить, кричать, вызвать врача и т. д. Описаны подобные случаи при сквозных колото-резаных ранениях сердца, множественных повреждениях желудочков и предсердий сердца и сосудов.

Известны случаи саморанений при выстреле из огнестрельного оружия со сквозными ранениями сердца, легких, аорты, после каждого из этих смертельных повреждений, человек продолжал прицельно стрелять.

В одном случае из нашей практики лаборант военной кафедры вуза был обнаружен мертвым в закрытой изнутри учебной комнате. При осмотре у него на передней поверхности груди слева имелась входная огнестрельная рана с обильным закопчением на гимнастерке вокруг отверстия. Ранение было сквозным. Однако оружия рядом не было, не было ни гильзы, ни пули. Единичные капли крови вели в соседнюю комнату, где находился железный стенной шкаф с оружием. Дверца его была закрыта на ключ, ключ от нее найден в кармане галифе трупа. В шкафу оказался автомат Калашникова, неровно поставленный в стойку. В этой же комнате найдена

гильза и выбоина в стене от пули. При судебно-медицинском исследовании трупа обнаружено сквозное ранение грудной клетки с повреждением сердца в области левого желудочка. В дальнейшем криминалистическая экспертиза установила, что выстрел произведен из этого автомата. Таким образом, ранив себя одиночным выстрелом в сердце, лаборант положил на место автомат, запер шкаф, перешел в другую комнату, в которой упал.

Следует подчеркнуть, что функциональные возможности человека при смертельных повреждениях жизненно важных органов велики. Стрессовая ситуация мобилизует силы организма, которые приводят к неожиданным действиям. Все это необходимо учитывать при расследовании, принимая во внимание конкретные повреждения.

2. Каковы основные задачи судебно-медицинской экспертизы механической травмы? Какие вопросы целесообразно ставить при назначении экспертизы? (УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-5, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10)

ОТВЕТ: Основными задачами такой экспертизы являются выяснение причины смерти, характера повреждения и его влияния на наступление смерти, а также всего, что касается установления травмировавшего орудия и механизма его действия. Это должно быть в рамках компетенции и возможностей судмедэксперта, изложено понятно, однозначно, с учетом имеющихся версий происшедшего. Следует знать, все ли вещественные доказательства для решения поставленных вопросов представлены эксперту, не следует ли его привлечь к следственным действиям (осмотру, допросу, следственному эксперименту). Постановка вопросов, связанных с видом примененного орудия и конкретным обстоятельством нанесения травмы, будет приводиться в соответствующих разделах, но есть такие, которые являются общими и чаще всего возникают. К ним относятся:

Имеются ли на трупе (или живом человеке) повреждения и каков их характер? Все ли они нанесены прижизненно?

Какова причина смерти, от какого именно повреждения она наступила?

Каким предметом нанесено повреждение? Какие особенности имеет травмировавший предмет?

Не могли ли появиться повреждения от действия предмета, представленного на экспертизу?

Не имеется ли на представленном орудии следов крови, волос, наложения органов и тканей человека?

Какой вред здоровью причинили повреждения?

Какова давность нанесения повреждения?

Каков механизм нанесения травмы? Не могли ли возникнуть повреждения в условиях, описанных в постановлении о назначении экспертизы?

Какое количество повреждений нанесено и какова их последовательность?

В каком положении находился потерпевший при нанесении ему повреждений?

Характерны ли повреждения для борьбы и самообороны?

Не могли ли повреждения быть нанесены собственной рукой потерпевшего?

Мог ли потерпевший совершать сознательные действия после нанесения ему повреждений? Мог ли он передвигаться самостоятельно?

Сколько времени жил потерпевший после нанесения ему повреждений?

3. Что и на каком основании называют тупым предметом? (УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-5, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10)

ОТВЕТ: К тупым относят такие предметы, которые не имеют острых концов и острых углов и при нанесении повреждения имеют определенный механизм действия (удар, сдавление, растяжение, трение). Они наиболее распространены и поэтому повреждения, наносимые ими самые многочисленные. Разнообразие их свойств, механизма действия, условий, в которых они образуются, создают сложность в решении поставленных вопросов при проведении экспертизы.

4. Каковые особенности предметов, условий и обстоятельств, наиболее часто встречающихся при повреждениях тупыми предметами? (УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-5, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10)

ОТВЕТ: Лучше всего это понятно из следующей классификации:

Повреждения, образующиеся при действии невооруженного человека: руками (при ударе кулаком, ладонью или ее краем, ногтями, при сдав-лении между плечом и предплечьем или пальцами); ногами (при ударах в обуви или без нее, сдавлении); головой и укусах зубами.Повреждения, от ударов тупыми предметами, находящимися в руках человека (кастет, палка, камень, ломик, молоток, обух топора и др.).

Повреждения от действия средств транспорта при их движении (транспортная травма).

Повреждения от падения на плоскость и с большой высоты.

Повреждения от действия животных (ударов копытами, рогами, лапой, при укусах, действии когтей и т. д.).

Повреждения, получаемые при занятиях спортом (спортивная травма).

Часть производственного и военного травматизма.

5. Какие конкретно признаки тупого предмета могут влиять на особенности повреждения? (УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-5, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10)

ОТВЕТ: Сюда следует отнести: размер или площадь поверхности соударения. Она может быть ограниченной относительно областью соприкосновения или неограниченной, то есть выходящей за ее пределы. Форма плоская (круглая, овальная, треугольная, квадратная и др.), угловая (ребристая с двумя гранями, в виде трехгранного или других видов углов), кривая (сферическая, цилиндрическая и др.), комбинированная (сочетания плоской и кривой, плоской и угловатой, кривой и угловатой).

Рельеф (гладкий, негладкий, неровный или шероховатый), плотность (твердая, мягкая), характер материала, из которого изготовлен травмировавший предмет (деревянный, минеральный, металлический). (Таблица 10).

6. От чего, кроме травмирующего предмета, зависят особенности повреждения? (УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-5, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10)

ОТВЕТ: На характер повреждения и его особенности влияет следвоспринимающая поверхность. В зависимости от локализации на теле человека она может быть различной: плоской (ровной, или неровной), сферической, с подлежащими мягкими тканями или близко расположенными костями, когда кожа чаще повреждается, с образованием ран, на которых реже и слабее происходит осаднение или размозжение краев. Важное значение имеет наличиепреграды на пути соприкосновения воздействующей поверхности орудия с кожей в виде одежды, особенностей ее материала, толщины, количества слоев. Сказывается также то, статическим илидинамическим было действие травмировавшего предмета после соприкосновения с кожей. В первом случае появляются штамп-повреждения, повторяющие форму поверхности соударения, во втором, в зависимости от угла касания, прямолинейного или криволинейного движения, образуются различные следы скольжения. Имеет значение и сила воздействия. Все это приводит к образованию различных деталей повреждения, при выявлении которых можно решать вопросы, связанные с определением орудия и механизма нанесения травмы. И наконец, особенности повреждения зависят от механизма действия предмета.

7. Какие механизмы характерны для действия тупого предмета? Как сказывается механизм действия на особенностях повреждения? (УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-5, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10)

ОТВЕТ: Выделяют 4 основных механизма действия тупого предмета: удар, сдавление, растяжение и трение. В практике выделяется комбинированное действие этих механизмов, например удар с последующим сдавлением и трением.

Удар — это кратковременное центростремительное столкновение предмета с телом человека. При этом может иметь место обоюдное движение или движение одного из объектов. В зависимости от ряда факторов вследствие удара могут возникать ссадины, кровоподтеки, раны, вывихи, переломы, а при ударе с большой силой (как правило, неограниченной поверхностью) — сотрясения внутренних органов, особенно головного мозга, а также всего тела. Это бывает при ударе транспортом, падении тела с большой высоты. Признаками сотрясения тела являются:

кровоизлияния, разрывы, отрывы тканей в местах фиксации органа (например, в области корней легких), кровоизлияния и повреждения межреберных мышц, межпозвоночных дисков.

Сдавление — также центростремительное действие двух сил, но более продолжительное, чем при ударе и при небольшой скорости движения объектов, один из которых может быть неподвижным. Тяжесть повреждения зависит от массы площади, времени контакта и других условий. Встречается при обвалах, транспортных авариях. Распознать это повреждение можно по таким признакам, как отпечатки поверхности твердых предметов, рельефа одежды, незначительные по тяжести повреждения кожи в местах сдавления, тяжелые повреждения внутренних органов: разрывы, размозжения и перемещения иногда в другую полость или наружу. При сдавлении груди и живота может наступить компрессионная асфиксия, что подтверждается рядом признаков.

Растяжение возникает вследствие центробежного действия сил, то есть направленных в противоположные стороны. При таком механизме нередко встречаются поверхностные параллельные между собой надрывы кожи, образуются разрывы и лоскутные раны, не имеющие осад-нений и кровоизлияний по краям, могут быть отрывы частей тела.

Трение — при таком механизме две травмирующие поверхности (либо одна из них) движутся, касаясь друг друга. В зависимости от степени давления и продолжительности движения, возникают поверхностные ссадины с царапинами, направленными по ходу движения (следы волочения), стирание одежды, кожи и даже костей (шлифовка).

Таким образом, по особенностям повреждений можно устанавливать механизм действия орудия.

8. Каковы особенности повреждений, причиняемые невооруженным человеком? (УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-5, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10)

ОТВЕТ: Их особенности зависят от механизма действия и характеристики травмирующей части тела. Очень информативны, например, укусы. Они ведут к образованию ссадин или кровоподтеков дугообразной формы, направленных вогнутыми сторонами друг к другу. Иногда прокусывается кожа и возникают раны, при движении жертвы — рваные. Небольшие части тела (ушная раковина, палец, нос) могут при отку-сывании отделяться. Следы действия зубов столь индивидуальны, что позволяют добиваться их отождествления. Наиболее часто встречаются повреждения руками. Удары кулаком, ребром ладони приводят к возникновению кровоподтеков, ссадин, чаще овальной формы, а в местах, где под кожей близко расположены кости (нижняя челюсть, надбровная область), — к ранам. Удар кулаком может привести к перелому костей носа, а с большой силой — к переломам нижней и верхней челюсти или выпадению зубов. При сдавлении пальцами образуются округлые или овальные кровоподтеки, полулунные ссадины — от ногтей. От щипания пальцами остаются два рядом расположенных овальных кровоподтека. Сильные удары кулаком в рефлексогенные области солнечного сплетения, переднюю поверхность шеи заканчиваются шоком. Повреждения от ударов ногами локализуются (если жертва стояла) в нижних частях тела и зависят от наличия и характера обуви. При них образуются кровоподтеки и ссадины с обширными кровоизлияниями, которые иногда оставляют повреждения с отображением формы обуви и ее детали. При нанесении ударов в лежачем положении человека повреждения, особенно в области живота, приводят к разрывам внутренних органов, переломам ребер, грудины, других костей скелета, к закрытой черепно-мозговой травме.

9. Могут ли удары, нанесенные невооруженным человеком, быть опасными для жизни и в какие области тела? (УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-5, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10)

ОТВЕТ: Да, удары невооруженного человека, то есть нанесенные его рукой или ногой, могут быть опасными для жизни и вызвать смерть, если они нанесены в рефлексогенные зоны. К ним относят 4 области тела: область сердца на передней поверхности грудной клетки, область солнечного сплетения (подложечная область) на животе, передне-боковые поверхности шеи и промежность. Удары невооруженного человека, так же как и твердыми тупыми предметами в эти области, могут вызвать рефлекторную остановку сердца к смерть. Иногда удары могут наноситься в две рефлексогенные зоны в быстрой последовательности, вызывая сочетанную травму.

10. В чем особенность травмы, полученной в рефлексогенную область и какие клинические последствия наступают сразу после удара? (УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-5, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10)

ОТВЕТ: Прежде всего, сразу после воздействия наступают клинические проявления, которые либо мгновенно, либо быстро приводят к смерти или беспомощному состоянию потерпевшего. Полное отсутствие или незначительные поверхностные повреждения, особенно при отсутствии свидетелей, вызывают сомнения в причине наступления смерти. После удара нередко пострадавший вскрикивает, либо произносит одно—два слова, задерживает дыхание, хрипит, резко бледнеет, хватается за травмированную область, иногда изо рта выделяется пена, теряет сознание, медленно оседает или падает как подкошенный. При травме промежности острая боль сопровождается рвотой, тошнотой, головокружением, резкой потерей сознания и реже приводит к рефлекторной остановке сердца. Следует отметить, что при травме рефлексогенной области не исключаются сознательные действия, незначительное передвижение.

11. Какие повреждения могут возникать при ударах в рефлексогенные зоны? (УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-5, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10)

ОТВЕТ: На коже в области удара тупым предметом, в том числе кулаком, ребром ладони или ногой, может быть кровоподтек, ссадина, реже поверхностная рана. Как отмечалось, наружные повреждения могут отсутствовать. В подлежащей травме области выявляется кровоизлияние, разрывы ткани, переломы ребер, грудины. При ударе в область сердца возникают кровоизлияния в мышцы сердца, наружные и внутренние разрывы:

перикарда, перегородок и клапанов сердца. При травме живота обнаруживаются кровоизлияния в мышцы живота, диафрагму, поджелудочную железу. Удар в шею приводит к кровоизлияниям по ходу блуждающего и языкоглоточного нервов, вдоль сонной артерии, к повреждениям подъязычной кости, щитовидного хряща, надгортанника. Удар в промежность может привести к поверхностной ране и кровоизлиянию в мошонку, ушибу, разрыву или отрыву яичек.

12. В чем трудность секционной диагностики при травме рефлексогенной зоны? (УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-5, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10)

ОТВЕТ: Трудность заключается в объективном доказательстве причины смерти, прямой связи удара и наступившими последствиями при отсутствии видимых повреждений или их неадекватностью тяжким последствиям. Выявлению повреждений нередко способствует обязательно проводимое в таких случаях гистологическое исследование видимой или предполагаемой зоны травмы, при которой обнаруживаются кровоизлияния и очаги поражения, деформации мышечных волокон, кровеносных сосудов, клеток, поврежденных органов и тканей. Учитывая роль тимико-лимфатического состояния в генезе смерти, рекомендуется помимо микроскопического исследования всех органов брать также кусочки вилочковой железы, надпочечников, гипо4?иза, костного мозга.

После подробного изучения обстоятельств дела, клиники проводится исследование трупа, особенно рефлексогенных зон или видимой области травмы, берутся кусочки упомянутых органов для гистологического исследования, проводится судебно-химическое исследование на алкоголь.

При отсутствии вышеуказанных сведений, неполноте или их неточности причину смерти можно установить лишь предположительно с учетом исключения другой причины, либо следует отказаться от решения этого вопроса в связи с отсутствием достаточных объективных доказательств.

**4. Самоконтроль по тестовым заданиям данной темы**

1. ПРОБА НА ВОЗДУШНУЮ ЭМБОЛИЮ СЧИТАЕТСЯ ПОЛОЖИТЕЛЬНОЙ, ЕСЛИ ИЗ СЕРДЦА, ПРОКОЛОТОГО ПОД ВОДОЙ, ЗАЛИТОЙ В ОКОЛОСЕРДЕЧНУЮ СОРОЧКУ, ВЫДЕЛЯЮТСЯ ПУЗЫРЬКИ ГАЗА

1) из левых его отделов

2) из правых его отделов

3) из правых и левых отделов

4) из дуги аорты

5) из полых вен

Правильный ответ: 2 ПК-5

2. В КОМПЕТЕНЦИЮ СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКОГО ЭКСПЕРТА ВХОДИТ УСТАНОВЛЕНИЕ СОСТОЯНИЙ, ПРЕДШЕСТВОВАВШИХ СМЕРТИ

1) острота зрения

2) степень переваривания пищи

3) наличие сопутствующих заболеваний

4) выраженность производительной способности

5) половое сношение

Правильный ответ: 3 ПК-5

3. ОДЕЖДА, ОСТАВШАЯСЯ ПОСЛЕ ИССЛЕДОВАНИЯ (ЭКСПЕРТИЗЫ) ТРУПА, В СЛУЧАЯХ НАСИЛЬСТВЕННОЙ СМЕРТИ

1) уничтожается

2) выдается родственникам вместе с телом

3) передается следователю

4) сдается в камеру хранения

5) хранится в архиве морга

Правильный ответ: 3 ПК-5

4. ОБНАРУЖЕНИЕ ПРИ ИССЛЕДОВАНИИ ТРУПА В ПРОСВЕТАХ КРУПНЫХ СОСУДОВ И В ПОЛОСТЯХ СЕРДЦА РЫХЛЫХ КРАСНЫХ СВЕРТКОВ КРОВИ СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ О

1) коротком агональном периоде

2) смерти от инфаркта миокарда

3) длительной агонии

4) смерти от хронической ишемической болезни

5) смерти без агонального периода

Правильный ответ: 1 ПК-5

5. ПРОБА НА ВОЗДУШНУЮ ЭМБОЛИЮ ПРОВОДИТСЯ

1) во всех случаях скоропостижной смерти

2) при травматизации крупных артерий

3) подозрении на смерть от отравления

4) при подозрении на воздушную эмболию

(при внутривенных введениях)

5) в случаях наличия перелома кости

Правильный ответ: 4 ПК-5

6.ТЕРМИНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

1) критическим падением артериального давления

2) судорогами

3) нарушением сна

4) нарушением всасывания в кишечнике

5) дезориентацией в месте и времени

Правильный ответ: 1 ПК-5

7.ОБЪЕКТИВНЫМ ПРИЗНАКОМ БИОЛОГИЧЕСКОЙ СМЕРТИ ЯВЛЯЕТСЯ

1) головная боль

2) понижение температуры тела до 36 градусов

3) отсутствие реакции зрачков на свет

4) трупные пятна и трупное окоченение

5) гнилостные изменения

Правильный ответ: 3 ПК-5

8.КЛИНИЧЕСКИМИ КРИТЕРИЯМИ «СМЕРТИ МОЗГА» ПРИНЯТО СЧИТАТЬ

1) полную потерю речи

2) нарушение сна

3) исчезновение любых видов рефлексов и реакции на внешние раздражители

4) дезориентацию в месте и времени

5) полную потерю слуха

Правильный ответ: 3 ПК-5

9.РАЗЛИЧНЫЕ ПРИЧИНЫ СМЕРТИ МОГУТ

1) ускорять или замедлять развитие посмертных изменений

2) не оказывать влияния на посмертные изменения

3) связь усматривается только в случаях скоропостижной смерти

4) связь усматривается только при определенных обстоятельствах

5) связь усматривается только в случаях травмы

Правильный ответ: 1 ПК-5

10.СУПРАВИТАЛЬНЫЕ РЕАКЦИИ ОРГАНОВ И ТКАНЕЙ, ИМЕЮЩИЕ ЗНАЧЕНИЕ ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ДАВНОСТИ СМЕРТИ

1) механическая возбудимость мышц

2) пергаментные пятна на коже

3) трупные пятна

4) «пятна Лярше»

5) симптом кошачьего глаза (феномен Белоглазова)

Правильный ответ: 1 ПК-5

**5.Самоконтроль по ситуационным задачам**

Задача №1. (УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-5, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10)

ОБСТОЯТЕЛЬСТВА ДЕЛА: в направлении на судебно-медицинское исследование не указаны

Представлена история болезни на имя П., 64 лет, согласно которой она поступила с жалобами на кровотечение из уха и головную боль. Со слов врача скорой помощи во время судорог упала дома и ударилась головой. В запое несколько дней. Сама пострадавшая обстоятельств травмы не помнит. Общее состояние тяжелое. Определяется запах алкоголя изо рта. Дыхание спонтанное, проводится по всем полям, хрипов нет. ЧДД 19 в минуту, сердечные тоны ясные, ритмичные. ЧСС 100 в минуту АД 140/90 мм.рт.ст. Живот не вздут, симметричен, участвует в акте дыхания, мягкий, безболезненный. Сознание – глубокое оглушение, сопор. Дезориентирована в месте, времени, своей личности. Критика снижена. Зрачки равные, фотореакции живые. Движения глазных яблок ограничены в крайних отведениях. Левосторонний гемипарез. Сухожильные рефлексы больше справа, умерено оживлены. В позе Ромберга не устойчива. Ригидность мышц затылка до 2 мм, симптом Кернига 160 °. М-ЭХО: смещение справа налево на 2,5-3,0 мм, на фоне дополнительных сигналов. Локально: из левого уха отмечается кровотечение, симптом «двойного пятна» сомнителен. Диагноз: открытая черепно-мозговая травма? Ушиб головного мозга. Перелом основания черепа слева? 02.12.02г ЭХО-ЭС смещения срединных структур головного мозга не выявлено, дополнительные сигналы в передних отделах больше справа, где М-ЭХО выводится с трудом, и немного справа в средне задних, слева – в задних. Третий желудочек 6-7 мм, пульсация немного усилена. В протоколе рентгеновского исследования № 3726-1 от 11.12.02г справа отмечается сгущение легочного рисунка, инфильтративных, очаговых теней не выявлено. Купол диафрагмы четкий. На фоне нарастающей дыхательной и сердечно-сосудистой недостаточности 14.01.03 в 22-45 констатирована смерть больного. ПОСМЕРТНЫЙ ДИАГНОЗ: открытая черепно-мозговая травма, ушиб головного мозга тяжелой степени, линейный перелом левой височной кости с переходом на основание черепа по средней черепной ямке, отоликворея слева, ушиб мягких тканей головы. Осложнения: двусторонняя абсцедирующая пневмония, инфекционно-токсический шок, отек – набухание головного мозга.

Алкоголь – данных в истории болезни не обнаружено.

НАРУЖНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ. Труп женщины, доставлен без одежды, среднего телосложения, удовлетворительного питания, длиной тела 175 см. Кожа бледно-серая, холодная на ощупь во всех отделах, в отлогих местах тела сливные, фиолетовые, не исчезающие и не меняющие цвет при надавливании трупные пятна. Трупное окоченение достаточно выражено во всех обычно исследуемых группах мышц. Склеры глаз мутные, тусклые, суховаты, кровоизлияний в соединительные оболочки глаз не отмечается, зрачки равновелики по 0,4 см диаметром. Голова правильной формы, кости черепа и лицевого скелета на ощупь целы. Грудная клетка цилиндрическая, эластичная, упругая, ребра на ощупь целы. Живот на одном уровне с грудной клеткой. Естественные отверстия тела и полости рта и носоглотки свободны, чистые. Слизистая оболочка губ синюшная, подсохшая. Анальное отверстие сомкнуто, кожа вокруг него слегка обпачкана каловыми массами. Половые органы развиты правильно по женскому типу. Кости конечностей целы.

ПОВРЕЖДЕНИЯ. Каких-либо повреждений, кроме следов медицинских манипуляций, при наружном исследовании не обнаружено.

ВНУТРЕННЕЕ ИССЛЕДОВАНИЕ. Полость черепа: кожно-мышечный лоскут головы гладкий, влажный, блестящий, без кровоизлияний и повреждений, височные мышцы синюшные, сочные, полнокровны. Кости свода и основания черепа целы. Твердая мозговая оболочка серо-перламутрового цвета, цела, блестящая, гладкая, влажная, просвет ее синусов выполнен жидкой темной кровью в большом количестве. В правой лобной доле по передней и базальной поверхностям, на участке диаметром 10 см, диффузные субарахноидальные кровоизлияния, распространяющиеся в вещество мозга, с образованием в нем внутримозговой гематомы диаметром 4 см, выполненной ржавой кровью как жидкой, так и ржавыми и темно-вишневыми свертками. Мягкие мозговые оболочки тонкие, прозрачные со студневидным отеком и полнокровными сосудами, по ходу которых определяются рассеянные точечные кровоизлияния в небольшом количестве в толще мозговых оболочек. Сосуды Вилизиева круга с тонкими стенками, пустым просветом. Борозды мозга с обычным рисунком, на миндаликах мозжечка определяется полоса вдавления от краев большого затылочного отверстия. Головной мозг эластичный, на разрезах с четкой границей серого и белого вещества и мраморным рисунком подкорковых ядер. Поверхности разрезов тускловаты, липнут к лезвию ножа. Желудочки мозга симметричны, растянуты прозрачной жидкостью, эпендима их бледно-серая, блестящая, влажная. В крыше 4-го желудочка пятнистые множественные кровоизлияния. Сосудистые сплетения обычного вида, полнокровны. В задней атланто-затылочной мембране ржаво-красные пятнистые кровоизлияния.

ОРГАНЫ ГОЛОВЫ И ШЕИ. Язык синюшный, влажный, обложен серовато-желтым, не снимающимся налетом. Слизистые оболочки носоглотки синюшные, влажные, блестящие. Небные миндалины округлые, диаметром по 1,5 см, с бугристой поверхностью, без наложений, синюшные. В мягких тканях шеи повреждений и кровоизлияний не обнаружено. Вход и просвет гортани свободен, слизистая оболочка ее бледно-серая. Подъязычная кость и хрящи гортани целы, в мягких тканях ее повреждений не обнаружено. Просвет трахеи и главных бронхов свободен, хрящи трахеи целы. Щитовидная железа обычных размеров, с равновеликими долями, плотно-эластичная, темно-коричневая, на разрезе полнокровна, дольчатого строения. Просвет пищевода свободен, слизистая его бледно-серая, продольно складчатая.

ГРУДНАЯ ПОЛОСТЬ. В плевральных полостях следы прозрачной жидкости. Легкие выполняют 2\3 полостей, с блестящей, гладкой и влажной плеврой. Под висцеральной плеврой, особенно, в прикорневых отделах легких и по базальным поверхностям, множественные точечные кровоизлияния. Легкие синюшные в передних и темно-синюшные в задних отделах, тестоватой консистенции, на разрезах темно-красные с обычным рисунком, полнокровны. Слизистые оболочки воздухопроводящих путей светло-розовые, набухшие. Бифуркационные лимфоузлы располагаются в виде пакетов диаметром от 1 до 2 см, эластичные, не спаянные между собой и с окружающими тканями, темно-синюшные, на разрезах сочные, с обычным рисунком. В полости перикарда следы прозрачной жидкости, листки его гладкие, влажные, блестящие. Под эпикардом единичные точечные рассеянные темно-красные кровоизлияния. Сердце дрябло-эластичное, 11х9х8 см, с избыточным отложением жира под эпикардом. В полостях сердца немного жидкой темной крови с мелкими единичными темно-вишневыми свертками. Миокард розовато-синюшный, эластичный, неравномерного кровенаполнения. Толщина стенки правого желудочка 0,3 см, левого 1,2 см. Клапаны и пристеночный эндокард тонкий, полупрозрачный, клапаны сформированы правильно. Аорта эластична, со следами жидкой крови в просвете и рассеянными липидными пятнами в интиме. Коронарные артерии с тонкими стенками, пустым просветом.

БРЮШНАЯ ПОЛОСТЬ. Органы расположены анатомически правильно. В полости следы прозрачной жидкости соломенного цвета. Листки брюшины гладкие, влажные, блестящие. Желудок пустой, содержимое кишечника отделам соответствует, слизистые оболочки их бледно-серые. Мезентериальные лимфоузлы располагаются раздельно, диаметр их не более 1 см, эластичны. Печень 26х20х18х13 см, плотно-эластичная, желто-коричневая с поверхности и на разрезах, полнокровная, со смазанным рисунком долек. В желчном пузыре 15 мл жидкой темно-зеленой желчи, слизистая оболочка его темно-зеленая, бархатистая. Просвет внепеченочных желчевыводящих путей свободно проходим. Поджелудочная железа обычных размеров, плотно-эластичная, бледно-серая, на разрезах - дольчатого строения. Селезенка 6х5х4 см, синюшная, полнокровна, эластична, без соскоба. Надпочечники листовидной формы, обычных размеров, на разрезах граница слоев четкая. Почки равновелики, 11х6х5 см, дрябло-эластичные. Капсула сползает при надрезе, обнажая ровную поверхность. По краю разреза паренхима наползает на капсулу. На разрезах корковый слой - синюшный, с темно-красным крапом и подчеркнутым рисунком, мозговой слой также с подчеркнутым рисунком, граница слоев отчетливо выражена. Слизистые оболочки лоханок и чашечек бледно-синюшные, гладкие, блестящие, просвет последних свободен. Мочеточники проходимы на всем протяжении, с бледно-серой слизистой. Мочевой пузырь пуст, слизистая оболочка его складчатая, бледно-серая, уретра свободно проходима.

Из трупа для судебно-гистологического исследования взяты кусочки внутренних органов на патоморфологические изменения.

В качестве вещественного доказательства взята кровь на марле.

Вопросы:

1. Повреждения обнаруженные при исследовании?
2. Степень тяжести вреда здоровью?
3. Причина смерти?
4. Механизм травмы?
5. Состояние опьянения?

Задача №2. (УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-5, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10)

ОБСТОЯТЕЛЬСТВА ДЕЛА: в направлении на судебно-медицинское исследование указано, что «труп гр. И. был обнаружен 15.01.03г в кв. 00 по ул. Мира 00».

Представлена история болезни на имя гр. И., 1948 г.р., согласно которой она была доставлена 04.01.03г. Известно, что в течение последних 2-х месяцев злоупотребляла алкоголем. 03.01.03г вечером муж вернулся с работы, нашел дома на полу. Состояние крайне тяжелое. Кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски, влажные. В легких дыхание проводится по всем полям, хрипов нет. Тоны сердца ритмичные, ЧСС 96/мин, АД 200/100 мм.рт.ст. Температура 38,5°С. Живот мягкий, Стул, мочеиспускание не контролирует. Сознание – оглушение 3 степени, сопор. Не контактен. Зрачки правый больше левого. Реакция на свет сохранена. Асимметрия правой носогубной складки. Сухожильные рефлексы правый меньше левого. Мышечный тону снижен в правых конечностях. Симптом Кернига 170° с двух сторон. Диагноз: острое нарушение мозгового кровообращения по геморрагическому типу в бассейне левой средней мозговой артерии с правосторонней гемиплегией сенсорно-моторной афазией. Геморрагический инсульт. М-ЭХО срединные структуры головного мозга не смещены. 05.01.03г Заключение окулиста – На глазном дне левого глаза проявления кровавого отека ДЗН и прилежащей сетчатки, умеренная венозная инъекция на фоне выраженного сужения артерий клетчатки. Зрелая выраженная катаракта ОД, начальный парез взора вправо. В протоколе рентгеновского исследования № 2 от 05.01.03г легочные поля без очаговых и инфильтративных теней. Тень средостенья в норме. 14.1.03г – ЭХО-ЭГ сомнительно в виду множества дополнительных сигналов. Смещение срединных структур головного мозга справа налево в средне задних отделах 9мм. Третий желудочек 8мм. Множество дополнительных сигналов справа в средне задних отделах. Усилена пульсация. Несмотря не проводимую терапию, состояние больного прогрессивно ухудшалось, и 15.01.03г в 03-40 наступила смерть. ПОСМЕРТНЫЙ ДИАГНОЗ: Цереброваскулярная болезнь. Острое нарушение мозгового кровообращения по геморрагическому типу в бассейне левой средней мозговой артерии с правосторонней гемиплегией.

Алкоголь -

НАРУЖНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ. Труп женщины, доставлен без одежды, среднего телосложения, удовлетворительного питания, длиной тела 163 см. Кожа бледно-серая, холодная на ощупь во всех отделах, в отлогих местах тела сливные, фиолетовые, не исчезающие и не меняющие цвет при надавливании трупные пятна. Трупное окоченение достаточно выражено во всех обычно исследуемых группах мышц. Склеры глаз мутные, тусклые, суховаты, кровоизлияний в соединительные оболочки глаз не отмечается, зрачки равновелики по 0,4 см диаметром. Голова правильной формы, кости черепа и лицевого скелета на ощупь целы. Грудная клетка цилиндрическая, эластичная, упругая, ребра на ощупь целы. Живот на одном уровне с грудной клеткой. Естественные отверстия тела и полости рта и носоглотки свободны, чистые. Слизистая оболочка губ синюшная, подсохшая. Анальное отверстие сомкнуто, кожа вокруг него слегка обпачкана каловыми массами. Половые органы развиты правильно по женскому типу. Кости конечностей целы.

ПОВРЕЖДЕНИЯ. Каких-либо повреждений, кроме следов медицинских манипуляций, при наружном исследовании не обнаружено.

ВНУТРЕННЕЕ ИССЛЕДОВАНИЕ. Полость черепа: Слева в затылочной области в 7 см от оси тела ржаво-красное кровоизлияние диаметром 5см. В остальных отделах кожно-мышечный лоскут головы гладкий, влажный, блестящий, без кровоизлияний и повреждений, височные мышцы синюшные, сочные, полнокровны. Кости свода и основания черепа целы. Твердая мозговая оболочка серо-перламутрового цвета, цела, блестящая, гладкая, влажная, просвет ее синусов выполнен жидкой темной кровью в большом количестве. Слева по наружной поверхности мозга в средней и передней черепных ямках эпидуральное пластинчатое кровоизлияние объемом 100мл, состоящее из частично лизированных ржаво-красных свертков крови. По наружной поверхности левой теменной и лобной долей ржаво-красное прокрашивание мягких мозговых оболочек на участке диаметром 10см. Мягкие мозговые в остальных отделах оболочки тонкие, прозрачные со студневидным отеком и полнокровными сосудами, по ходу которых определяются рассеянные точечные кровоизлияния в небольшом количестве в толще мозговых оболочек. Сосуды Вилизиева круга с тонкими стенками, пустым просветом. Борозды мозга сглажены, извилины уплощены, на миндаликах мозжечка определяется полоса вдавления от краев большого затылочного отверстия. Головной мозг эластичный, на разрезах с четкой границей серого и белого вещества и мраморным рисунком подкорковых ядер. Поверхности разрезов тускловаты, липнут к лезвию ножа. Желудочки мозга симметричны, обычного объема, эпендима их бледно-серая, блестящая, влажная, в полостях желудочков следы прозрачной соломенного цвета жидкости. Сосудистые сплетения обычного вида, полнокровны.

При ревизии шейного отдела позвоночного столба диффузное кровоизлияние в связки атлантозатылочного и атлантоаксиального сочленений и диффузное эпидуральное кровоизлияние с 1 по 3 шейные позвонки по передней поверхности.

ОРГАНЫ ГОЛОВЫ И ШЕИ. Язык синюшный, влажный, обложен серовато-желтым, не снимающимся налетом. Слизистые оболочки носоглотки синюшные, влажные, блестящие. Небные миндалины округлые, диаметром по 1,5 см, с бугристой поверхностью, без наложений, синюшные. В мягких тканях шеи повреждений и кровоизлияний не обнаружено. Вход и просвет гортани свободен, слизистая оболочка ее бледно-серая. Подъязычная кость и хрящи гортани целы, в мягких тканях ее повреждений не обнаружено. Просвет трахеи и главных бронхов свободен, хрящи трахеи целы. Щитовидная железа обычных размеров, с равновеликими долями, плотно-эластичная, темно-коричневая, на разрезе полнокровна, дольчатого строения. Просвет пищевода свободен, слизистая его бледно-серая, продольно складчатая.

ГРУДНАЯ ПОЛОСТЬ. Слева листки плевры покрыты фибринозно-гнойным налетом. Легкие выполняют 2/3 полостей, уплотнены во всех отделах, на разрезах безструктурны, серо-красные, расползаются под пальцами с большим количеством абсцессов от 0,5 до 2 см диаметром. С поверхности разрезов стекает желтая мутная жидкость в повышенном количестве и темная жидкая кровь из сосудов. В просвете воздухо-проводящих путей немного жидкого желтого гноя, слизистые оболочки гортани, трахеи и бронхов гиперемированы, отечны с налетом фибрина.

Бифуркационные лимфоузлы располагаются в виде пакетов диаметром от 1 до 2 см, эластичные, не спаянные между собой и с окружающими тканями, темно-синюшные, на разрезах сочные, с обычным рисунком. В полости перикарда следы прозрачной жидкости, листки его гладкие, влажные, блестящие. Под эпикардом единичные точечные рассеянные темно-красные кровоизлияния. Сердце дрябло-эластичное, 11х9х8 см, с избыточным отложением жира под эпикардом. В полостях сердца немного жидкой темной крови с мелкими единичными темно-вишневыми свертками. Миокард розовато-синюшный, эластичный, неравномерного кровенаполнения. Толщина стенки правого желудочка 0,3 см, левого 1,2 см. Клапаны и пристеночный эндокард тонкий, полупрозрачный, клапаны сформированы правильно. Аорта эластична, со следами жидкой крови в просвете и рассеянными липидными пятнами в интиме. Коронарные артерии с тонкими стенками, пустым просветом.

БРЮШНАЯ ПОЛОСТЬ. Органы расположены анатомически правильно. В полости следы прозрачной жидкости соломенного цвета. Листки брюшины гладкие, влажные, блестящие. Желудок пустой, содержимое кишечника отделам соответствует, слизистые оболочки их бледно-серые. Мезентериальные лимфоузлы располагаются раздельно, диаметр их не более 1 см, эластичны. Печень 26х20х18х13 см, плотно-эластичная, желто-коричневая с поверхности и на разрезах, полнокровная, со смазанным рисунком долек. В желчном пузыре 50 мл жидкой темно-зеленой желчи, слизистая оболочка его темно-зеленая, бархатистая. Просвет внепеченочных желчевыводящих путей свободно проходим. Поджелудочная железа обычных размеров, плотно-эластичная, бледно-серая, на разрезах - дольчатого строения с множественными кальцинатами. Селезенка 6х5х4 см, синюшная, полнокровна, эластична, без соскоба. Надпочечники листовидной формы, обычных размеров, на разрезах граница слоев четкая. Почки равновелики, 11х6х5 см, дрябло-эластичные. Капсула сползает при надрезе, обнажая ровную поверхность. По краю разреза паренхима наползает на капсулу. На разрезах корковый слой - синюшный, с темно-красным крапом и подчеркнутым рисунком, мозговой слой также с подчеркнутым рисунком, граница слоев отчетливо выражена. Слизистые оболочки лоханок и чашечек бледно-синюшные, гладкие, блестящие, просвет последних свободен. Мочеточники проходимы на всем протяжении, с бледно-серой слизистой. Мочевой пузырь пуст, слизистая оболочка его складчатая, бледно-серая, уретра свободно проходима.

Из трупа для судебно-гистологического исследования взяты кусочки внутренних органов на патоморфологические изменения.

Вопросы:

* 1. Повреждения обнаруженные при исследовании?
  2. Степень тяжести вреда здоровью?
  3. Причина смерти?
  4. Механизм травмы?
  5. Состояние алкогольного опьянения?

Задача № 3. (УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-5, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10)

Представлен акт медицинского исследования трупа от 14.02.09г. Представлена медицинская карта стационарного больного из ГКБ 4 на имя гр. В., 1960 г.р., который 02.01.09г. в 21-40 бригадой "скорой помощи" был доставлен в токсикологическое отделение с нарушением сознания. Обнаружен без сознания по адресу: ул. Кутузова, 00, подъезд 0, между 2 и 3 этажами, рядом пустые бутылки из под алкоголя. В анамнезе цирроз печени. На догоспитальном этапе рвота. При поступлении сознание кома 1 степени. кожные покровы обычной окраски, влажности, субинтеричные, в наколках. В носовых ходах засохшая кровь. Зрачки обычные, равны. Фотореакция слабая. Рефлексы сохранены, равны. На боль реакция движениями в конечностях. Мышечный тонус удовлетворительный. Дыхание спонтанное, адекватное, частота дыхательных движений 19-20/мин, проводится равномерно, хрипов нет. Артериальное давление 130/80 мм.рт.ст. Пульс 88/мин. Изо рта определяется запах алкоголя. Живот не вздут, на пальпацию не реагирует. 03.01.09 состояние больного ухудшилось. Сознание оглушение 1, ориентирован. У больного рвота кровью со сгустками. Артериальное давление 120/80 мм.рт.ст., частота сердечных сокращений 98/мин. Живот не вздут, мягкий, умеренно болезненный в эпигастрии. В дальнейших записях состояние больного тяжелое, жалобы на слабость. 10.01.09 состояние больного с отрицательной динамикой, сознание оглушение 2-3. Кожные покровы бледно-желтушные. Артериальное давление 90/60 мм.рт.ст., пульс 100/мин. 11.01.09 состояние больного крайней степени тяжести. сознание сопор. Артериальное давление 40/60 мм.рт.ст. Пульс 88/мин. Живот не вздут. Печень +4 см из под края реберной дуги. Несмотря на проводимую терапию, состояние больного быстро ухудшалось, нарастали признаки печеночно-почечной недостаточности и 13.01.09 г. в 0-50 констатирована смерть больного. ПОСМЕРТНЫЙ ДИАГНОЗ: Цирроз печени в стадии декомпенсации. Синдром портальной гипертензии. Гепатоспленомегалия. Варикозное расширение вен пищевода 3-4 степени. кровотечение. Печеночно-клеточная недостаточность. Эндотоксикоз тяжелой степени. токсическая энцефалопатия. Полиорганная недостаточность. Отек головного мозга. Фоновое заболевание. Алкогольная болезнь с полиорганными поражениями. Алкогольная полинейропатия. При поступлении в стационар в крови потерпевшего обнаружен этиловый алкоголь в концентрации 2,78 промилле.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Данные анализов | | | | |
| Параметры  дата | 02.01 | 03.01 | 04.01 | 05.01 |
| эритроциты |  | 3,6 |  |  |
| Цветной п. |  | 0,95 |  |  |
| гемоглобин | 128 | 114 | 96 | 101 |
| лейкоциты | 14,2 |  |  |  |
| РОЭ | 42 |  |  |  |
| Амилаза | 284 |  |  | 113 |
| мочевина | 7,1 |  |  | 4,9 |
| Билирубин общ. | 32,9 |  |  | 60,4 |
| Прямой | 8,5 |  |  | 41,4 |
| непрямой | 24,4 |  |  | 19,0 |
| Сахар | 7,8 |  |  | 6,5 |
| АЛТ | 101,5 |  |  | 50,8 |
| Белок крови | 82,4 |  |  | 66,5 |
| Калий | 3,5 |  |  | 3,0 |
| Натрий | 169 |  |  | 149 |
| АСТ |  |  |  | 93,8 |
| Уд. вес мочи | 1012 |  |  |  |
| Белок мочи | 35 |  |  |  |
| Лейкоциты мочи | 4-6 |  |  |  |
| Эритроциты мочи | 0-1-2 |  |  |  |

НАРУЖНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ. На секционном столе труп мужчины, доставлен из стационара ГКБ без одежды, среднего телосложения, удовлетворительного питания, длиной тела 170 см. Кожа бледно-серая, холодная на ощупь во всех отделах. По задней поверхности тела, в отлогих местах тела сливные, фиолетовые, не исчезающие и не меняющие цвет при надавливании трупные пятна. Трупное окоченение выражено во всех обычно исследуемых группах мышц. Склеры глаз мутные, суховаты, радужки тусклые, кровоизлияний в соединительные оболочки глаз не отмечается, зрачки равновелики по 0,4 см диаметром. Голова правильной формы, кости черепа и лицевого скелета на ощупь целы. Грудная клетка цилиндрическая, эластичная, упругая, ребра на ощупь целы. Живот несколько ниже уровня реберных дуг грудной клетки. Естественные отверстия тела и полости рта и носоглотки свободны, чистые. Слизистая оболочка губ синюшная, подсохшая без видимых кровоизлияний в слизистых оболочках. Анальное отверстие сомкнуто, кожа вокруг него слегка опачкана каловыми массами. Половые органы развиты правильно. Кости конечностей на ощупь целы. ПОВРЕЖДЕНИЯ. В левой окологлазничной области кровоподтек по типу замкнутого полуочка 4х3,5 см зеленовато-желтого цвета. Каких-либо иных повреждений, кроме следов медицинских манипуляций, при наружном исследовании не обнаружено. ВНУТРЕННЕЕ ИССЛЕДОВАНИЕ. Полость черепа: Внутренняя поверхность кожно-мышечного лоскута головы бледно-розовая. В нем, в затылочной области слева отмечается кровоизлияние 5х4 см. Кости черепа вскрыты угловым распилом. При исследовании костей черепа отмечается линейный перелом затылочной кости слева, идущий от левого края большого затылочного отверстия, длиной 12 см. Твердая мозговая оболочка умеренно напряжена, вскрыта, над и под ней кровоизлияний нет. Головной мозг извлечен, масса его 1280 грамм. Мягкие мозговые оболочки отечны, сосуды их заполнены кровью. Под ними отмечается буро-красное кровоизлияние в области левой лобной доле 5х7 см. Головной мозг дрябло-эластичный, борозды и извилины несколько уплощены за счет отека. Ткань мозга на разрезах блестящая, полнокровная, прилипает к ножу. На поверхности разрезов выступает большое количество точек и полосок крови, которые легко снимаются спинкой ножа. Граница между серым и белым веществом четкая. Очаг разрушения ткани мозга в полюсе правой лобной доли с пропитыванием бурой кровью, размером 3х3х2 см. Желудочки мозга щелевидны, содержат незначительное количество розоватого прозрачного ликвора. Сосуды основания мозга тонкостенные, просвет их свободен. На миндалинах мозжечка по базальной поверхности отмечается борозда вдавления шириной до 1 см. Твердая мозговая оболочка с основания черепа удалена, кости основания черепа целы. Толщина костей черепа в пределах распила в лобной области 0.7см, в затылочной 0.8см, в височных по 0.4см Язык синюшный, влажный, незначительно обложен серовато-желтым налетом. Слизистые оболочки носоглотки синюшные, влажные, блестящие. В мягких тканях шеи повреждений и кровоизлияний не обнаружено. Вход и просвет гортани свободен, слизистая оболочка ее бледно-серая. Подъязычная кость и хрящи гортани целы, в мягких тканях ее повреждений не обнаружено. Просвет трахеи и главных бронхов свободен, хрящи трахеи целы. Щитовидная железа обычных размеров, с равновеликими долями, плотно-эластичная, темно-коричневая, на разрезе полнокровна, дольчатого строения. Просвет пищевода свободен, слизистая его бледно-серая, продольно складчатая в слизистой отмечаются множественные расширенные вены, как бы выбухающие над поверхностью слизистой оболочки. ГРУДНАЯ БРЮШНАЯ ПОЛОСТИ. Органы брюшной и грудной полостей расположены анатомически правильно, легкие выполняют 2\3 полостей, петли кишечника умеренно вздуты. Органокомплекс извлечен единым блоком. Плевра влажная блестящая, в плевральных полостях следы прозрачной жидкости. Легочная плевра влажная, блестящая. Под ней плеврой, особенно, в прикорневых отделах легких и по базальным поверхностям, множественные точечные кровоизлияния. Левое легкое массо1 490 грамм, правое 550 грамм. Легкие розово-красные в передних и темно-красные в задних отделах, тестоватой консистенции, структура их хорошо выражена, над поверхностью разрезов незначительно выстоят мелкие бронхи и сосуды, ткань их полнокровна. Слизистые оболочки воздухопроводящих путей серовато-розовые, набухшие. Перикард не напряжен, вскрыт. В полости перикарда следы прозрачной жидкости, листки его гладкие, влажные. Сердце дрябло-эластичное, извлечено, весом 420 грамм, размеры его 13х11х8 см. Под эпикардом отмечается умеренное количество жировой ткани. В полостях сердца немного жидкой темной крови с мелкими единичными темно-вишневыми свертками. Миокард красно-коричневый, эластичный, неравномерного кровенаполнения. Толщина стенки правого желудочка 0,3 см, левого 1,7 см. Пристеночный эндокард тонкий, полупрозрачный, клапаны сформированы правильно, тонкие. Аорта эластична, со следами жидкой крови в просвете и рассеянными липидными пятнами в интиме. Коронарные артерии с тонкими стенками, пустым просветом. В брюшной полости следы прозрачной жидкости соломенного цвета. Листки брюшины гладкие, влажные, блестящие. В желудке 1000 мл кровянистых масс. В слизистой отмечаются множественные мелкие эрозии. Содержимое кишечника отделам соответствует, слизистые оболочки их бледно-серые. Печень 20х16х10х8 см, массой 1490 грамм, поверхность ее мелкобугристая, плотно-эластичная, желто-коричневая с поверхности и на разрезах, полнокровная, со смазанным рисунком долек. В желчном пузыре 20 мл жидкой темно-зеленой желчи, слизистая оболочка его темно-зеленая, бархатистая. Просвет внепеченочных желчевыводящих путей свободно проходим. Поджелудочная железа обычных размеров, плотно-эластичная, бледно-серая, на разрезах дольчатого строения. Селезенка массой 800 грамм, 20х12х9 см, синюшная, полнокровна, эластична, без соскоба. Надпочечники листовидной формы, обычных размеров, на разрезах граница слоев четкая. Почки равновелики, массой по 110 грамм, 11х6х4 см, дрябло-эластичные. Капсула сползает при надрезе, обнажая ровную поверхность. На разрезах корковый слой - синюшный, с темно-красным крапом и подчеркнутым рисунком, мозговой слой также с подчеркнутым рисунком, граница слоев отчетливо выражена. Слизистые оболочки лоханок и чашечек бледно-синюшные, гладкие, блестящие, просвет последних свободен. Мочеточники проходимы на всем протяжении, с бледно-серой слизистой. Мочевой пузырь пуст, слизистая оболочка его складчатая, бледно-серая, уретра свободно проходима. ДАННЫЕ ДОПОЛНИТЕЛЬНЫХ МЕТОДОВ ИССЛЕДОВАНИЯ. Представлен акт судебно-гистологического исследования от 06.02.09г. Судмедэксперт Головной мозг - между паутинной и сосудистой оболочками много лизированной красной крови с зернами темно бурой окраски, полнокровие пиальных сосудов, в ткани извилин большого полушария мозга на фоне равномерной гиперемии вен, венул, артерий и густой сети капилляров с многочисленными перивазальными кровоизлияниями в сером веществе коры, на ограниченном участке, сливающиеся гематомы разных размеров в сером (3) и белом веществе, вокруг гематомы трансформация клеток глии в макрофагально-тучные клетки, криброзность нейропиля, дегенерация проводящих путей, пролиферация мелких сосудов. В кусочке ствола мозга полнокровие Вени и венул, перивенулярные кровоизлияния с пропитыванием ткани мозга, дистрофические изменения и некроз нейронов ядерных образований. Выраженный аутолиз мозга. Твердая мозговая оболочка - оболочка скручена, в самой оболочке два-три очага кровоизлияния из красных разрозненных эритроцитов, рядом лежит красный сверток крови из полулизированных и лизированных масс эритроцитов, с вкраплением частиц черного зернистого пигмента. Сердце - кардиоциты крупные по размерам, на поперечном и косом сечении, стенки интрамуральных артерий без выраженных утолщений, очагов кардиосклероза не выявлено, полнокровие вен и венул. Легкое -полнокровие сосудов межальвеолярных септ и более крупных сосудов, в разных полях зрения очаги ателектаза, межальвеолярные перегородки сближены, извитые, в просвете альвеол не выявлено экссудата и жидкости, аутолиз. Пищевод - слизистая с сохраненной эпителиальной выстилкой, вены слизистой складчато-извитые, в узких просветах спавшихся вен красная кровь, выраженная гиперемия вен, венул и капилляров мышечной оболочки с диапедезными кровоизлияниями, очаговое кровоизлияние в жировой клетчатке адвентиции. Желудок - слизистая отделена от подслизистой, строение желез не нарушено, малокровие сосудов стромы слизистой, кровоизлияний и язвы в слизистой не выявлено, малокровие спавшихся вен подслизистой. Печень - строение классических долек нарушено, портальные тракты расширены, склерозированы, с пролиферацией желчных протоков и густоклеточной лимфогистиоцитарной инфильтрацией, много узлов регенератов небольших размеров, чаще с дольку, гепатоциты с набухшей гомогенной и микровезикулярной цитоплазмой, неравномерное кровенаполнение синусоидов. Почка - клубочки небольшие, на фоне аутолиза не видно кровенаполнения капилляров, не выражена сеть перитубулярных сосудов, нефроэпителий извитых канальцев с комковатой и зернистой цитоплазмой, с неокрашенными ядрами, умеренное кровенаполнение прямых сосудов.

Вопросы:

1. Какие телесные повреждения были обнаружены?
2. Степень тяжести причиненного вреда здоровью?
3. Время смерти, причина смерти?
4. Механизм повреждения?
5. Состояние опьянения?

Задача №4. (УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-5, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10)

ОБСТОЯТЕЛЬСТВА ДЕЛА. В направлении на судебно-медицинское исследование трупа не указаны.

Представлена медицинская карта стационарного больного из ГКБ на имя гр. В., 1953 г.р., который 12.01.09г. в 13-00 бригадой скорой помощи был доставлен в неврологическое отделение. Жалоб не предъявляет из-за снижения критики к состоянию. Дата появления расстройства 10.01.09г. В течение трех дней постепенно развивалась симптоматика, больной неадекватен, но ориентирован, речевые расстройства. Больной неделю не был дома, вернулся в таком состоянии. Из перенесенных заболеваний гипертоническая болезнь (давность не известна), злоупотребление алкоголем. 15.11.08г. была закрытая черепно-мозговая травма. При поступлении состояние средней степени тяжести. Кожные покровы и видимые слизистые чистые, розовые. Дыхание в легких проводится по всем полям, хрипов нет. АД 150\90 мм.рт.ст. Живот без особенностей. Сознание ясное, контакту доступен с ограничением. Сенсомоторная афазия. Зрачки равны, реакция на свет сохранена, движения глазных яблок в полном объеме. Горизонтальный нистагм. ПНП не выполняет из-за снижения корковых функций. 13.01 при рентгенографии черепа на краниограммах в левой теменной области отмечается посттрепанационный дефект костной ткани 7х0,3; свежих травматических повреждений не выявлено. При ЭХО-ЭС от 13.01 отмечается смещение м-эхо в средне-задних отделах на 1,5 мм. 15.01 в 6-30 состояние больного резко ухудшилось. АД 260\110 мм.рт.ст. нарушение сознания кома 1. Больной переведен в палату интенсивной терапии. В 9-00 у больного остановка сердечной деятельности. Пульсация на магистральных артериях не определяется. Сердечные тоны не выслушиваются. Реанимационные мероприятия без эффекта. Констатирована смерть больного 15.01.09г. в 9-30.

ПОСМЕРТНЫЙ ДИАГНОЗ. Комбинированный. 1. Геморрагический инсульт в левом полушарии головного мозга. 2. ЗЧМТ, внутримозговая гематома. Фон. 1. Гипертоническая болезнь 3, риск 4. Осложнения. Отек головного мозга, дислокация ствола, ОДН 3, ОССН 3.

Алкоголь – данных нет.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Данные анализов | | | | |
| Параметры  дата | 12.01 | 13.01 | 15.01 |  |
| эритроциты |  |  | 5,37 |  |
| Цветной п. |  |  | 1,02 |  |
| гемоглобин | 170 |  | 183 |  |
| тромбоциты |  |  | 170 |  |
| гематокрит |  |  | 46,2 |  |
| лейкоциты | 9,8 |  | 7,7 |  |
| палочкоядерные |  |  | 12 |  |
| сегментоядерные | 79 |  | 74 |  |
| лимфоциты | 15 |  | 10 |  |
| моноциты | 6 |  | 4 |  |
| Дегенеративные изменения нейтрофилов | + |  | + |  |
| РОЭ | 24 |  | 3 |  |
| Амилаза | 178 |  |  |  |
| мочевина | 6,4 |  | 3,4 |  |
| Билирубин общ. | 51,0 |  | 50,2 |  |
| Прямой | 10,0 |  | 6,6 |  |
| непрямой | 41,0 |  | 43,6 |  |
| Белок крови | 84,2 |  | 74,8 |  |
| Калий | 3,4 |  | 2,6 |  |
| Натрий | 139 |  | 110 |  |
| глюкоза | 8,0 |  |  |  |
| Уд. вес мочи |  | 1017 | 1010 |  |
| Белок мочи |  | 53 | 25 |  |
| Лейкоциты мочи |  | ед | 0-1 |  |
| Эритроциты мочи |  |  | 0-1 |  |

НАРУЖНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ. Труп мужчины, доставлен без одежды, среднего телосложения, правильного питания, длиной тела 175 см. Кожа бледно-серая, холодная на ощупь во всех отделах, в отлогих местах тела сливные, фиолетовые, не исчезающие и не меняющие цвет при надавливании трупные пятна. Трупное окоченение достаточно выражено во всех обычно исследуемых группах мышц. Склеры глаз мутные, тусклые, суховаты, кровоизлияний в соединительные оболочки глаз не отмечается, зрачки равновелики по 0,4 см диаметром. Голова правильной формы, кости черепа и лицевого скелета на ощупь целы. Грудная клетка цилиндрическая, эластичная, упругая, ребра на ощупь целы. Живот на одном уровне с грудной клеткой. Естественные отверстия тела и полости рта и носоглотки свободны, чистые. Слизистая оболочка губ синюшная, подсохшая. Анальное отверстие сомкнуто. Половые органы развиты правильно. Кости конечностей целы.

ПОВРЕЖДЕНИЯ. Каких-либо повреждений при исследовании не обнаружено.

При проведении воздушной пробы – воздух из плевральных полостей и полостей сердца не получен. При проведении судебно-медицинского исследования трупа использовались: кожные разрезы по методу Шора.

ВНУТРЕННЕЕ ИССЛЕДОВАНИЕ

Извлечение органокомплекса произведено по методу Шора, с распилом ребер спереди. Череп вскрывался угловым распилом. Доступ к спинному мозгу осуществлялся сзади по методу Медведева.

Масса органов.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Масса |  | норма |
| Мозг | 1700 | До 1400 |
| Легкое правое | 700 | 450 |
| левое | 650 | 375 |
| Сердце | 380 | 200-400 |
| Печень | 1600 | 1200-2000 |
| Селезенка | 100 | 80-180 |
| Почки обе |  | 275-310 |
| Правая/Левая | 160\160 |  |

ПОЛОСТЬ ЧЕРЕПА. В кожно-мышечном лоскуте головы слева в теменно-затылочной области темно-красное с четкими контурами кровоизлияние диаметром 8 см.

Слева в лобно-височной области неправильно прямоугольное трепанационное отверстие с подшитым костным лоскутом 4х3 см.

Слева в чешуе височной кости, замыкающиеся на середину трепанационного отверстия, вертикальная линия перелома длиной 2 см с красно-коричневыми эпидуральными кровоизлияниями в зоне перелома. Субдурально слева в передней и средней черепных ямках и по наружной поверхности мозга наложение эластичных темно-вишневых свертков крови общим объемом 150 мл, спаянных с твердой мозговой оболочкой. Субарахноидально справа по полюсной поверхности височной доли на участке диаметром 4 см округлое темно-вишневое кровоизлияние, как в мягких мозговых оболочках, так и в веществе мозга на глубину коры, мономорфного вида.

Слева аналогичные по характеристиками кровоизлияния на участке диаметром 5 см по полюсной поверхности лобной доли с 3-мя мелкими эрозиями оболочек в центре и, диаметром 2 см - по полюсной поверхности височной доли. Данные кровоизлияния окружены полосой темно-красных кровоизлияний по бороздам с шириной полосы от 1 до 2 см. Коричневое прокрашивание твердой мозговой оболочки в задней черепной ямке.

Головной мозг выполняет все резервные пространства. Борозды мозга сглажены, извилины уплощены, на миндаликах мозжечка кольцевидная с диффузными субарахноидальными кровоизлияниями полоса вдавления от краев большого затылочного отверстия. Головной мозг дряблый, на разрезах с четкой границей серого и белого вещества и мраморным рисунком подкорковых ядер. Поверхности разрезов тускловаты, липнут к лезвию ножа. Желудочки мозга симметричны, обычного объема, эпендима их бледно-серая, блестящая, влажная, в полостях желудочков следы прозрачной соломенного цвета жидкости. Сосудистые сплетения обычного вида, полнокровны.

ОРГАНЫ ШЕИ, ГРУДНОЙ И БРЮШНОЙ ПОЛОСТЕЙ: язык синюшный, влажный, обложен серовато-желтым, не снимающимся налетом. Слизистые оболочки носоглотки синюшные, влажные, блестящие. В мягких тканях шеи повреждений и кровоизлияний не обнаружено. В плевральных полостях следы прозрачной жидкости, легкие выполняют 2\3 полостей, с блестящей, гладкой и влажной плеврой. Органы брюшной полости расположены анатомически правильно, в полости следы прозрачной жидкости соломенного цвета. Листки брюшины гладкие, влажные, блестящие. Просвет пищевода свободен, слизистая его бледно-серая, продольно складчатая. Вход и просвет гортани свободен, слизистая оболочка ее с наложениями фибрина, смешанного с гноем, набухшая, темно-розовая. Подъязычная кость и хрящи гортани целы, в мягких тканях ее повреждений не обнаружено. Просвет трахеи и главных бронхов с небольшим количеством густого желто-зеленого гноя, слизистая оболочка их темно-розовая с наложениями фибрина, хрящи трахеи целы. Щитовидная железа обычных размеров, с равновеликими долями, плотно-эластичная, темно-коричневая, на разрезе полнокровна, дольчатого строения. Аорта эластична, со следами жидкой крови в просвете и рассеянными липидными пятнами в интиме. Легкие синюшные в передних и темно-синюшные в задних отделах, тестоватой консистенции, на разрезах темно-красные с подчеркнутым рисунком, полнокровны. Над поверхностями разрезов выступают бронхи в виде «гусиных перьев». В просвете воздухо-проводящих путей немного жидкого желтого гноя, слизистые оболочки гортани, трахеи и бронхов гиперемированы, отечны с налетом фибрина. Бифуркационные лимфоузлы располагаются в виде пакетов диаметром от 1 до 2 см, эластичные, темно-синюшные, на разрезах сочные, с обычным рисунком. В полости перикарда следы прозрачной жидкости, листки его гладкие, влажные, блестящие. Сердце 14х12х8 см, дряблое, с темной жидкой кровью в полостях. Миокард розовато-синюшный, эластичный, неравномерного кровенаполнения. Толщина стенки правого желудочка 0,3 см, левого 1,2 см. Клапанный и пристеночный эндокард тонкий, прозрачный, клапаны сформированы правильно. Коронарные артерии с тонкими стенками, пустым просветом. Желудок пустой, содержимое кишечника отделам соответствует, слизистые оболочки желудочно-кишечного тракта бледно-серые. Мезентериальные лимфоузлы располагаются раздельно, диаметр их не более 1 см, эластичны. Печень 27х20х16х10 см, дрябло-эластичная, желто-коричневая с поверхности и на разрезах, полнокровная, со смазанным рисунком долек. Просвет внепеченочных желчевыводящих путей свободно проходим. Поджелудочная железа обычных размеров, плотно-эластичная, бледно-серая, на разрезах – дольчатого строения. Селезенка 9х5х3 см, синюшная, дряблая, без соскоба. Надпочечники листовидной формы, обычных размеров, на разрезах граница слоев четкая. Мочеточники проходимы, мочевой пузырь пуст. Почки 12х6х4 см равновелики, эластичные. Капсула сползает при надрезе, обнажая ровную поверхность. По краю разреза паренхима наползает на капсулу. На разрезах корковый слой - синюшный, с темно-красным крапом и подчеркнутым рисунком, мозговой слой также с подчеркнутым рисунком, граница слоев отчетливо выражена с полнокровием. Слизистые оболочки лоханок и чашечек бледно-синюшные, гладкие, блестящие, просвет их свободен. Мочеточники проходимы на всем протяжении, с бледно-серой слизистой. Мочевой пузырь пуст, слизистая оболочка его складчатая, бледно-серая, уретра свободно проходима.

ПОЗВОНОЧНИК И СПИННОЙ МОЗГ: при ревизии позвоночного столба повреждений не обнаружено. Эпи- и субдуральные пространства свободны, твердая мозговая оболочка напряжена, бледно-серая, блестящая, мягкие мозговые оболочки тонкие, прозрачные, спинной мозг дряблый, на разрезах обычного рисунка.

Из трупа для судебно-гистологического исследования взяты кусочки внутренних органов на патоморфологические изменения. Кровь на биологию.

А К Т Судебно-гистологического исследования

Судебно-медицинским экспертом, произведено исследование кусочков внутренних органов от трупа В., 1953 г.р.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Головной мозг – субарахноидальные и внутримозговые очаговые кровоизлияния с некрозом вещества мозга в зоне кровоизлияний, с наличием гемосидерофагов и лейкоцитарной инфильтрацией по периферии, так же по периферии умеренная глиальная пролиферация. Фрагмент субдуральной гематомы с краевой пролиферацией фибробластов и наличием сосудов. В стволовых отделах мозга выраженная внеклеточная гидратация, вплоть до образования криброзных структур. Стаз крови в сосудах.

Миокард – перивазальный и очаговый постинфарктный кардиосклероз. Межуточный отек.

Печень – полнокровие синусоидов, воспалительных изменений не выявлено.

Почки – стаз крови в сосудах, эктазия просвета почечных канальцев. Воспалительных изменений не выявлено.

Твердая мозговая оболочка - на твердой мозговой оболочке остатки субдуральной гематомы, которая на примыкании к оболочке с разрастанием фибробластов и большим количеством гемосидерофагов. Гемосидероз определяется и в толще твердой мозговой оболочки.

Вопросы:

1. Судебно-медицинский диагноз?
2. Осложнения?
3. Сопутствующие?
4. Степень тяжести вреда здоровью?
5. Механизм травмы?

Задача №5. (УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-5, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10)

ОБСТОЯТЕЛЬСТВА ДЕЛА. В направлении на судебно-медицинское исследование трупа не указаны.

Представлена медицинская карта стационарного больного из ГКБ на имягр. Ф., 1972 г.р., который 10.04.09г. в 12-15 бригадой "скорой помощи" был доставлен в НХО-1 с нарушением сознания. Известно, что с 8.04 по 10.04 находился на лечении в КНД с диагнозом: синдром отмены алкоголя, судорожный синдром. Состояние средне тяжелое, появилась очаговая симптоматика. При люмбальной пункции получен геморрагический ликвор. При поступлении состояние субкомпенсации. Кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски. Костно-суставная система без видимой патологии. Дыхание проводится по всем полям. ЧСС 88 в минуту. АД 140/90 мм.рт.ст. Живот при пальпации мягкий, в акте дыхания участвует. Сознание оглушение 3, моторное возбуждение, не адекватен, не ориентирован. Зрачки равны, взор фиксирует с трудом. Лицо симметрично, парезов нет. левосторонний гемипарез до 3-4 баллов. Ригидность мышц затылка до 2 см. Симптом Кернига 140-150°. Патологические стопные рефлексы, больше слева. В затылочной области имеется ссадина кожи под струпом. На руках множественные следы от инъекций и гематомы. Рентгенограмма черепа не производилась из-за моторного возбуждения. При ЭХО-ЭС от 10.04.09г. смещения срединных структур головного мозга не выявлено. В дальнейшем состояние больного с отрицательной динамикой в виде углубления сознания – сопор, дважды генерализованные судороги с тонико-клоническим компонентом (купированы самостоятельно). После судорог непроизвольное мочеиспускание. АД 150/100 мм.рт.ст. 10.04.09 произведена операция: Резекционная трепанация черепа в правой теменно-височной области. Удаление острой субдуральной гематомы объёмом 60 мл, дренирование субдурального пространства. Наложение поискового фрезевого отверстия в типичном месте слева. В левой теменно-височной области произведен линейный разрез мягких тканей длиной до 10 см, кость скелетирована, этапный гемостаз электрокоагуляцией. Наложено поисковое фрезевое отверстие, ТМО синюшна, напряжена, пульсацию мозгового вещества не передаёт, последняя надсечена крестообразно, под давлением выделилось до 20 мл крови тёмно-вишнёвого цвета. Произведена резекционная трепанация черепа, сформирована трепанационное окно, размером 4х4см, ТМО вскрыта крестообразно, выявлена и удалена острая субдуральная гематома в виде сгустков тёмно-вишнёвого цвета, объёмом 60 мл. В проекции трепанационного окна отмечается контузионный очаг багрового цвета, с которого отмечалось умеренное диффузное кровотечение, гемостаз электрокоагуляцией, феракрилом. Мозговое вещество отёчно, после удаления гематомы появилась вялая, еле заметная пульсация мозга. В субдуральное пространство, по направлению к основанию черепа установлен активный дренаж, последний фиксирован к коже. Наложены швы на ТМО. Контроль на гемостаз, и инородные тела. Рана послойно ушита до дренажа. В типичном месте слева наложено поисковое фрезевое отверстие. ТМО напряжена, не пульсирует. Вскрыта крестообразно. При ревизии с основания черепа удалены незначительные сгустки крови тёмно-вишнёвого цвета. Мозговое вещество отёчно, светло-жёлтого цвета, пульсирует. Контроль на гемостаз. Послойные швы на рану. Послеоперационный диагноз: Закрытая черепно-мозговая травма. Ушиб головного мозга тяжёлой степени, со сдавлением острой субдуральной гематомой и контузионным очагом правой гемисферы. Дислокационный синдром. Отёк головного мозга. Судорожный синдром. Абстинентный синдром. Ушибы мягких тканей головы. 12.04 состояние больного крайне тяжелое. Сознание нарушено по типу кома 1. на болевые раздражители реагирует слабыми движениями. Зрачки широкие, реакция на свет очень вялая. Дыхание спонтанное через интубационную трубку. Аускультативно проводится по всем полям, жесткое, в нижних отделах с обеих сторон выслушиваются сухие рассеянные и разнокалиберные влажные хрипы. Из трахеи санируется большое количество слизисто-гнойной мокроты. АД 160/100 мм.рт.ст. 13.04 больному произведена операция верхняя трахеостомия. 14-18.04 состояние больного терминальное. Атоническая кома. АД 60/30 мм.рт.ст. ЧСС 120 в минуту. Несмотря на проводимую терапию, 18.04.09г. в 08-25 произошла остановка сердечной деятельности, констатирована смерть больного.

ПОСМЕРТНЫЙ ДИАГНОЗ. Закрытая черепно-мозговая травма. Ушиб головного мозга тяжелой степени тяжести со сдавлением внутричерепной гематомой. Конкурирующий. ЦВБ. ОНМК по геморрагическому типу с внутримозговой гематомой правого полушария большого мозга с прорывом в желудочковую систему. Вентрикулрно-паренхиматозное кровоизлияние от 10.04.09г. Осложнения. Постдислокационные ишемические поражения ствола на мезэнцефальном уровне. Двусторонняя нижнедолевая пневмония.

Алкоголь – данных в медицинской карте не обнаружено.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Данные анализов | | | | |
| Параметры  дата | 10.04 | 13.04 | 15.04 | 17.04 |
| эритроциты | 3,81 | 3,89 | 3,66 | 3,31 |
| Цветной п. | 0,95 | 0,96 | 1,0 | 0,96 |
| гемоглобин | 121 | 124 | 123 | 106 |
| тромбоциты | 62 | 149 | 156 | 87 |
| гематокрит | 33,2 | 35,3 | 34,6 | 31,6 |
| лейкоциты | 4,3 | 12,4 | 10,4 | 15,9 |
| палочкоядерные |  | 6 |  |  |
| сегментоядерные |  | 67 |  |  |
| Индекс ядерного сдвига |  |  |  |  |
| лимфоциты |  | 15 |  |  |
| моноциты |  | 12 |  |  |
| Дегенеративные изменения нейтрофилов |  | + |  |  |
| Анизоцитоз | + | + |  |  |
| Пойкилоцитоз |  | + |  |  |
| Полихромазия |  | + |  |  |
| РОЭ | 25 | 46 | 50 | 62 |
| Амилаза | 13,2 | 6,7 |  |  |
| мочевина | 5,9 | 2,6 | 7,2 | 13,7 |
| Билирубин общ. | 24,7 | 4,6 | 17,9 | 10,7 |
| Прямой | 6,0 | 1,4 | 9,2 | 4,9 |
| непрямой | 18,6 | 3,2 | 8,7 | 5,8 |
| Белок крови | 73,4 | 64,4 | 66,5 | 60,6 |
| Калий | 2,5 | 3,4 | 4,4 | 6,2 |
| Натрий | 138 | 141 | 167 | 177 |
| Уд. вес мочи |  | 1000 | 1000 | м/м |
| Белок мочи |  |  | 70 | 700 |
| Лейкоциты мочи |  | Не обн | 0-1 | 3-4 |
| Эритроциты мочи |  |  | 0-1 | 5-6 |

НАРУЖНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ. Труп мужчины, доставлен без одежды, среднего телосложения, правильного удовлетворительного питания, длиной тела 185 см. Кожа бледно-серая, холодная на ощупь во всех отделах, в отлогих местах тела сливные, фиолетовые, не исчезающие и не меняющие цвет при надавливании трупные пятна. Трупное окоченение достаточно выражено во всех обычно исследуемых группах мышц. Склеры глаз мутные, тусклые, суховаты, кровоизлияний в соединительные оболочки глаз не отмечается, зрачки равновелики по 0,4 см диаметром. Голова правильной формы, кости черепа и лицевого скелета на ощупь целы. Грудная клетка цилиндрическая, эластичная, упругая, ребра на ощупь целы. Живот на одном уровне с грудной клеткой. Естественные отверстия тела и полости рта и носоглотки свободны, чистые. Слизистая оболочка губ синюшная, подсохшая. Анальное отверстие сомкнуто, кожа вокруг него слегка обпачкана каловыми массами. Половые органы развиты правильно. Кости конечностей целы.

ПОВРЕЖДЕНИЯ. Каких-либо повреждений при исследовании не обнаружено. При проведении воздушной пробы – воздух из плевральных полостей и полостей сердца не получен. При проведении судебно-медицинского исследования трупа использовались: кожные разрезы по методу Шора.

ВНУТРЕННЕЕ ИССЛЕДОВАНИЕ

Извлечение органокомплекса произведено по методу Шора с распилом ребер спереди. Череп вскрывался угловым распилом. Доступ к спинному мозгу осуществлялся сзади по методу Медведева.

Масса органов.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Масса | № 68 | норма |
| Мозг | 1600 | До 1400 |
| Легкое правое | 710 | 450 |
| левое | 700 | 375 |
| Сердце | 320 | 200-400 |
| Печень | 1610 | 1200-2000 |
| Селезенка | 90 | 80-180 |
| Почки обе. Правая/Левая | 145/150 | 275-310 |

ПОЛОСТЬ ЧЕРЕПА. Слева в височной и теменной областях вертикальный ушитый операционный разрез длиной 6 см. Описанный выше разрез располагается по краю подковообразного кровоизлияния в апоневроз шириной 3 см, выпуклостью вправо и кзади, а в коже слева в нижней части теменно-височной области кровоизлияние диаметром 5 см с четкими контурами, темно-красного цвета. Слева, в теменной и височной костях - трепанационный дефект 4х4см, твердая мозговая оболочка с крестообразным швом в зоне дефекта, шов состоятелен. Эпидурально в этой зоне дисковидная гематома из тусклых темно-красных свертков крови, эластичная, объемом 120 мл. При отмывании крови, слева линейный перелом по ходу лямбдовидного шва, условно начинаясь от вершины шва, распространяющийся на основание черепа в задней черепной ямке до середины заднего края пирамиды левой височной кости. При ревизии перелома сколы компакта слева на протяжении 2 см в нижней части лямбдовидного шва на границе с височной костью. Перелом заканчивается по наружному краю яремного отверстия. Субдурально справа пластинчатые темно-вишневые свертки крови. Геморрагический некроз правых лобной и височной долей и аналогичный некроз полюсной и внутренней поверхности левой лобной доли с сохраненными множественными темно-красными плотными микрогематомами в мягких мозговых оболочках в зонах некроза. Поверхность мозга «лакирована», на миндаликах мозжечка кольцевидная с диффузными субарахноидальными кровоизлияниями полоса вдавления от краев большого затылочного отверстия шириной 1,0 см, внутри кольца мозжечок и продолговатый мозг расползаются под пальцами. Головной мозг дряблый, на разрезах с четкой границей серого и белого вещества и мраморным рисунком подкорковых ядер. Поверхности разрезов тускловаты, липнут к лезвию ножа. Желудочки мозга симметричны, обычного объема, эпендима их бледно-серая, блестящая, влажная, в полостях желудочков следы прозрачной соломенного цвета жидкости. Сосудистые сплетения обычного вида, полнокровны.

Отмечается пропитывание кровью мягких тканей обоих яремных отверстий. Полосчатые, вертикально ориентированные темно-красные кровоизлияния в заднюю атланто-затылочную мембрану. При ревизии позвоночного столба повреждений не обнаружено. Эпи- и субдуральные пространства свободны, твердая мозговая оболочка напряжена, бледно-серая, блестящая, мягкие мозговые оболочки тонкие, прозрачные, спинной мозг дряблый, на разрезах обычного рисунка.

ОРГАНЫ ШЕИ, ГРУДНОЙ И БРЮШНОЙ ПОЛОСТЕЙ: язык синюшный, влажный, обложен серовато-желтым, не снимающимся налетом. Слизистые оболочки носоглотки синюшные, влажные, блестящие. В мягких тканях шеи повреждений и кровоизлияний не обнаружено. В плевральных полостях следы мутной сероватой жидкости, легкие выполняют 3/4 полостей с тусклой, шероховатой, покрытой нежным налетом фибрина влажной плеврой. Органы брюшной полости расположены анатомически правильно, в полости следы прозрачной жидкости соломенного цвета. Листки брюшины гладкие, влажные, блестящие. Просвет пищевода свободен, слизистая его бледно-серая, продольно складчатая. Вход и просвет гортани свободен, слизистая оболочка ее серо-розовая с наложениями фибрина. Подъязычная кость и хрящи гортани целы, в мягких тканях ее повреждений не обнаружено. Просвет трахеи и главных бронхов с небольшим количеством желто-зеленого гноя, слизистые оболочки серо-красные с наложениями фибрина, хрящи трахеи целы. Щитовидная железа обычных размеров, с равновеликими долями, плотно-эластичная, темно-коричневая, на разрезе полнокровна, дольчатого строения. Аорта эластична, со следами жидкой крови в просвете и рассеянными липидными пятнами в интиме. Легкие синюшные в передних и темно-синюшные в задних отделах, неравномерно уплотнены, на разрезах пестрые, темно-красные выбухающие очаги чередуются с бледно-красными. Слизистые оболочки воздухо-проводящих путей светло-розовые, набухшие в просвете их немного густого желто-зеленого гноя. Бифуркационные лимфоузлы располагаются в виде пакетов, эластичные, темно-синюшные, на разрезах сочные, с обычным рисунком. В полости перикарда следы прозрачной жидкости, листки его гладкие, влажные, блестящие. Сердце эластичное, 11,5х10х9 см,. В полостях сердца смешанные свертки. Миокард розовато-синюшный, эластичный, неравномерного кровенаполнения. Толщина стенки правого желудочка 0,3 см, левого 1,3 см. Клапанный и пристеночный эндокард тонкий, прозрачный, клапаны сформированы правильно. Коронарные артерии тонкими стенками, пустым просветом. Желудок пустой, содержимое кишечника отделам соответствует, слизистые оболочки желудочно-кишечного тракта бледно-серые. Мезентериальные лимфоузлы располагаются раздельно, диаметр их не более 1 см, эластичны. Печень 25х18х16х13 см, плотно-эластичная, мелкобугристая, желтая с поверхности и на разрезах, полнокровная, со смазанным рисунком долек. Просвет внепеченочных желчевыводящих путей свободно проходим. Поджелудочная железа обычных размеров, плотно-эластичная, бледно-серая, на разрезах – дольчатого строения. Селезенка 8х4х3 см, эластичная, синюшная с гипоплазией белой пульпы, на разрезах без соскоба. Надпочечники листовидной формы, обычных размеров, на разрезах граница слоев четкая. Почки равновелики, 11х6х5 см, дрябло-эластичные. Капсула сползает при надрезе, обнажая ровную поверхность. По краю разреза паренхима наползает на капсулу. На разрезах корковый слой - синюшный, с темно-красным крапом и подчеркнутым рисунком, мозговой слой также с подчеркнутым рисунком, граница слоев отчетливо . Слизистые оболочки лоханок и чашечек бледно-синюшные, гладкие, блестящие, просвет их свободен. Мочеточники проходимы на всем протяжении, с бледно-серой слизистой. Мочевой пузырь пуст, слизистая оболочка его складчатая, бледно-серая, уретра свободно проходима.

Из трупа для судебно-гистологического исследования взяты кусочки внутренних органов на патоморфологические изменения.

Для судебно-биологического исследования кровь на определение антигенной характеристики.

А К Т Судебно-гистологического исследования

Судебно-медицинским экспертом от трупа Ф., 1972 г.р.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Субарахноидальные и внутримозговые кровоизлияния с мелкими фрагментами кости в зоне кровоизлияний, в кровоизлияниях гемолиз эритроцитов, по их периферии мелкие скопления лейкоцитов. В сохраненных отделах мозга выраженный периваскулярный перицеллюлярный отек, стаз крови в сосудах. В мозжечке сосудистые кровоизлияния и некрозы.

Твердая мозговая оболочка с наличием подоболочечной гематомы, с наличием кровоизлияний в примыкающей части оболочки, с частичным гемолизом эритроцитов в гематоме без перифокальной реакции.

Печень – жировой гепатоз 3 степени, формирующийся микронодуллярный цирроз печени.

Почки – стаз крови в венах и капиллярах клубочков, воспалительных изменений не выявлено.

Легкие – стаз крови в сосудах с агрегацией эритроцитов вплоть до сладж-феномена, множественные кровоизлияния в межальвеолярные перегородки с их выраженным межуточным отеком, неравномерно выраженный внутриальвеолярный отек. Очаговый десквамативный альвеолит, в ряде полей зрения серозно-гнойный. Гнойный эндобронхит.

Миокард – очаговый кардиосклероз, преимущественно перивазальный, очаговая неравномерная гипертрофия кардиоцитов, стаз крови в сосудах.

Вопросы:

1. Телесные повреждения?
2. Степень тяжести вреда здоровью?
3. Причина смерти?
4. механизм травмы?
5. Состояние алкогольного опьянения?

Эталон №1

1. При судебно-медицинском исследовании трупа обнаружены следующие телесные повреждения: а) закрытая черепно-мозговая травма – субарахноидальные и внутримозговые кровоизлияния в правой лобной доле головного мозга и в крышу 4-го желудочка; б) закрытая спинальная травма – кровоизлияния в связки атланто-затылочного сочленения в стадии рассасывания.
2. Обнаруженная ЧЕРЕПНО-МОЗГОВАЯ ТРАВМА причинила вред, опасный для жизни человека и согласно пункту 4.а Правил определения степени тяжести вреда, причиненного здоровью человека (Постановление Правительства РФ от 17 августа 2007 г. N 522) и пункта 6.1. приказа МЗиСР РФ 194н от 24.04.2008.г., квалифицируется, как обусловившая тяжкий вред здоровью. Черепно-мозговая травма имеет прямую причинную связь со смертью.
3. Смерть наступила в результате сочетанной шейно-затылочной травмы с повреждениями головного и спинного мозга (см пункт 1), осложнившейся отеком и дислокацией головного мозга. Заключение подтверждается картиной, найденной на вскрытии, и данными медицинской документации.
4. Вероятный механизм травмы – однократное травматическое ударное воздействие в затылочную область с действием травмирующей силы сзади наперед, что возможно при падении с высоты собственного роста навзничь.
5. Данных в истории болезни о наличия алкоголя в крови пострадавшего не обнаружено.

Эталон №2

1. При судебно-медицинском исследовании трупа обнаружены следующие телесные повреждения: а) закрытая черепно-мозговая травма – субдуральная плащевидная гематома слева в передней и средней черепных ямках, субарахноидальное кровоизлияние в левой теменной и височной долях головного мозга; б) закрытая спинальная травма кровоизлияния в связки атланто-затылочного и атланто-аксиального сочленений, эпидуральное кровоизлияние с 1 по 3 шейные позвонки.
2. Обнаруженная при настоящей экспертизе, ЧЕРЕПНО-МОЗГОВАЯ ТРАВМА причинила вред, опасный для жизни человека и согласно пункту 4.а Правил определения степени тяжести вреда, причиненного здоровью человека (Постановление Правительства РФ от 17 августа 2007 г. N 522) и пункта 6.1. приказа МЗиСР РФ 194н от 24.04.2008.г., квалифицируется, как обусловившая тяжкий вред здоровью. Черепно-мозговая травма имеет прямую причинную связь со смертью.
3. Смерть наступила в результате сочетанной шейно-затылочной травмы тела, сопровождавшейся ушибом головного и спинного мозга (см пункт №1), осложнившейся отеком и набуханием головного мозга с дислокацией. Заключение подтверждается картиной, найденной на вскрытии, и данными медицинской документации.
4. Травма возникла от однократного травматического ударного воздействия твердого тупого предмета с преобладающей контактирующей поверхностью на левую затылочную область с действием травмирующей силы слева направо и сзади наперед, что возможно пари падении пострадавшего навзничь.
5. Данных в истории болезни о наличия алкоголя в крови пострадавшего не обнаружено.

Эталон №3

1. При исследовании трупа гр. Кучина обнаружена закрытая черепно-мозговая травма - кровоподтек в левой окологлазничной области, кровоизлияние в кожном лоскуте в затылочной области слева, перелом затылочной кости слева, кровоизлияние под мягкие мозговые оболочки в левой лобной доле, очаг разрушения ткани мозга в полюсе правой лобной доли.

2. Данная черепно-мозговая травма, согласно пункту 6.1.2. – «перелом свода (лобной, теменной костей) и (или) основания черепа: черепной ямки (передней, средней или задней) или затылочной кости», приказа МЗиСР РФ 194н от 24.04.2008г отнесена к критериям, характеризующим квалифицирующий признак вреда, опасного для жизни человека. По указанному признаку, согласно правилам «Определения тяжести вреда, причиненного здоровью человека» (постановление правительства РФ №522 от 17.08.2007г) указанная черепно-мозговая травма, квалифицируется как ТЯЖКИЙ ВРЕД ЗДОРОВЬЮ. Обнаруженная черепно-мозговая травма состоит в прямой причинной связи с наступившей смертью.

3. Смерть наступила 13.01.09 г. в 0-50 (что зафиксировано в истории болезни) в результате описанной выше закрытой черепно-мозговой травмы, приведшей к отеку головного мозга. Данное заключение подтверждается данными вскрытия, дополнительных методов исследования и медицинской документации.

4.Указанные повреждения возникли от воздействия тупого твердого предмета (предметов) без четких идентифицирующих свойств, либо при ударе о таковой (таковые). При этом, учитывая локализацию точек приложения силы, можно говорить что имело место не менее двух воздействий – в область левого глаза и в левую затылочную область. Указанные повреждения могли образоваться, в том числе при падении пострадавшего с высоты собственного роста, в том числе неоднократно, что не исключает и другие условия возникновения травмы.

5. При поступлении в стационар в крови потерпевшего обнаружен этиловый алкоголь в концентрации 2,78 промилле, что по аналогии с живыми лицами, при наличии соответствующей клинической картины, обычно расценивается как тяжелая степень алкогольного опьянения.

Эталон №4

1. Закрытая черепно-мозговая травма – кровоизлияние в коже слева в теменно-затылочной области, субдуральная гематома слева в передней, средней черепных ямках и по наружной поверхности мозга объемом 150 мл, субарахноидальные и внутримозговые кровоизлияния по полюсной поверхности правой височной доли, по полюсным поверхностям левых лобной и височной долей.

2. Осложнения: отек и набухание головного мозга с дислокацией; отек легких; венозное полнокровие внутренних органов.

3. Сопутствующее: черепно-мозговая травма в стадии организации – перелом левой височной кости, трепанационное отверстие теменной и височной костей слева, организовавшиеся эпидуральные кровоизлияния в зоне перелома.

4. Обнаруженная при исследовании трупа, ЧЕРЕПНО-МОЗГОВАЯ ТРАВМА причинила вред, опасный для жизни человека и согласно пункту 4.а Правил определения степени тяжести вреда, причиненного здоровью человека (Постановление Правительства РФ от 17 августа 2007 г. N 522) и пункта 6.1. приказа МЗиСР РФ 194н от 24.04.2008.г., квалифицируется, как обусловившая тяжкий вред здоровью. Черепно-мозговая травма имеет прямую причинную связь со смертью.

5. Локализация и совокупность телесных повреждений (кровоизлияние в коже теменно-затылочной области, полюсные кровоизлияния в головном мозге) позволяют говорить, что травма имеет инерционный механизм и, возникла при воздействии твердого тупого предмета без четких идентифицирующих признаков с массой больше массы головы на левую теменно-затылочную область с действием травмирующей силы сзади наперед. Пострадавший мог получить черепно-мозговую травму при падении с высоты собственного роста.

Эталон №5

1. При судебно-медицинском исследовании трупа обнаружены следующие телесные повреждения: закрытая черепно-мозговая травма - кровоизлияние в коже слева в нижней части теменно-височной области, линейный перелом слева затылочной кости до наружного края яремного отверстия, дисковидная эпидуральная гематома в зоне перелома объемом 120 мл, геморрагический некроз правых лобной и височной долей и полюсной и внутренней поверхности левой лобной доли с микрогематомами в мягких мозговых оболочках в зонах некроза; кровоизлияния в мягких тканях обоих яремных отверстий и в заднюю атланто-затылочную мембрану.
2. Обнаруженная при настоящей экспертизе, ЧЕРЕПНО-МОЗГОВАЯ ТРАВМА причинила вред, опасный для жизни человека и согласно пункту 4.а Правил определения степени тяжести вреда, причиненного здоровью человека (Постановление Правительства РФ от 17 августа 2007 г. N 522) и пункта 6.1. приказа МЗиСР РФ 194н от 24.04.2008.г., квалифицируется, как обусловившая тяжкий вред здоровью. Черепно-мозговая травма имеет прямую причинную связь со смертью.
3. Смерть наступила в результате черепно-мозговой травмы с переломом затылочной кости, контузионными противоударными повреждениями головного мозга, эпидуральной гематомой в зоне перелома, осложнившейся дислокацией головного мозга с некрозом стволовых отделов. Заключение подтверждается клинико-морфологической картиной – на операции и на вскрытии обнаружены перелом костей черепа, внутричерепная гематома и ушибы головного мозга.
4. Локализация и совокупность телесных повреждений позволяют говорить, что травма имеет инерционный механизм, и возникла от однократного ударного воздействия на левую теменно-затылочную область твердого тупого предмета с массой больше массы головы с действием травмирующей силы сзади наперед и слева направо. Заключение подтверждается наличием перелома в затылочной кости с прогибанием кости (область сжатия по наружной костной пластинке) в нижней части лямбдовидного шва с расхождением шва и распространением перелома на латеральную часть затылочной кости до яремного отверстия; а так же противоударными кавитационными повреждениями лобной и височной долей справа и лобной слева.
5. Данных в истории болезни о наличия алкоголя в крови пострадавшего не обнаружено.

**6. Перечень и практических умений по изучаемой теме.**

(УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-5, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10)

- установить причину смерти;

- провести судебно-медицинское исследование трупа при различных видах насильственной смерти;

- определить степень тяжести телесных повреждений;

- установить причинно-следственную связь между повреждением и неблагоприятным исходом;

**7. Рекомендации по выполнению НИР**

Примерная тематика по НИР по теме - не предусмотрена.

**8. Рекомендованная литература по теме занятия (обязательная, дополнительная, электронные ресурсы, включая законодательные и нормативно-правовые документы)**

**Занятие № 18**

**1. Индекс: ОД.О.01.1.4.18** **Тема: «Судебно-медицинская экспертиза повреждений от воздействия предметов, обладающих свойствами тупого твердого. Субарахноидальные кровоизлияния».**

**2. Форма организации учебного процесса:** практическое занятие.

**3. Перечень вопросов для самоподготовки по теме практического занятия:**

1. Как отображается форма и другие свойства ударяющей поверхности предмета на особенностях повреждения? (УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-5, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10)

ОТВЕТ: В зависимости от характеристики травмирующей поверхности предмета возникают различные по своим особенностям повреждения. Они зависят от размера, рельефа, плотности, устойчивости, формы поверхности, вошедшей в соприкосновение с кожей. Например, при ударе с неограниченной плоской поверхностью возникают кровоподтеки, ссадины, реже раны ветвистой, зигзагообразной, углевидной формы, образование которых зависит от локализации, с обширным осаднением и надрывами. Если удар был нанесен в область головы, повреждения имеют овальную форму с образованием паутинного перелома теменных костей либо трещин, направленных в сторону движения предмета. Иногда образуются 2 и более раны от одного удара.

Плоские предметы с ограниченной поверхностью оставляют раны, реже ссадины, повторяющие форму травмировавшей поверхности (круглую, треугольную, продольную, «Х»-образную и пр.); трехгранные, угловатые предметы образуют трехлучевые, звездчатые раны. Предметы с цилиндрической поверхностью приводят к образованию полосовидных кротоподтеков, иногда с двумя рядом расположенными параллельными полосами, или линейных ссадин. Если удар наносился по коже, под которой расположена кость, то появляются разрывы в виде прямолинейных или дугообразных ран, а так же линейных вдавленных переломов. Раны, нанесенные ребром тупого предмета, схожи с повреждениями острым орудием (резаной или рубленой раной). Нередко только при стереомик-роскопии обнаруживаются неровные, осадненные края, «мостики» неповрежденных волос между краями. При ударе сферической поверхностью образуются звездчатые раны с 3—5 лучами и овальным (округлым) осаднением вокруг, под которыми нередко обнаруживаются вдавленные оскольчатые переломы кости.

2. Какие повреждения называют ссадинами и кровоподтеками и какое судебно-медицинское значение они имеют? (УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-5, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10)

ОТВЕТ: Ссадина — это повреждение поверхностного слоя кожи (эпидермиса) или слизистой. Ее разновидность — царапина — узкая линейная ссадина.

Кровоподтек — это подкожное кровоизлияние, которое может быть поверхностным или глубоким (гематома) и проявляться изменением окраски кожи.

Несмотря на то, что они не вызывают расстройства здоровья, ссадины и кровоподтеки имеют большое судебно-медицинское значение, так как показывают, что произведено насилие в виде механического действия тупым предметом, указывают на место приложения силы. Иногда соответственно этим повреждениям кожи целенаправленное исследование выявляет повреждение подлежащих тканей, внутренних органов, переломы. Локализация ссадин и кровоподтеков при учете других особенностей позволяет судить о характере насилия. Так, полулунные ссадины и овальные кровоподтеки на шее позволяют полагать о ее сдавлении, что бывает при удавлении

руками. Такие же повреждения на внутренней поверхности бедер женщины характерны для раздвигания их при насильственном половом сношении. Множественные ссадины и кровоподтеки на тыльной поверхности кистей, лучезапястного сустава свидетельствуют о самообороне. Форма кровоподтеков и особенно ссадин нередко повторяет форму поверхности соударения травмировавшего предмета или той его части, которая была в большем соприкосновении. По отклонению чешуек эпидермиса на поверхности ссадины и царапины, их форме и расположению можно установить направление движения предмета. На поверхности этих повреждений (чаще ссадин) иногда удается выявить металлизацию, инородные включения, которые позволяют судить о характере применявшегося при нанесении травмы предмета. Наконец, по этим повреждениям решается вопрос об ориентировочной давности их нанесения.

3. Что такое рана и какое судебно-медицинское значение она имеет? (УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-5, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10)

ОТВЕТ: Рана — это нарушение целости кожи и слизистой оболочки. Если она охватывает не все слои кожи, то ее называют поверхностной, в отличие от глубокой, захватывающей и подлежащие ткани. Если ее раневой канал соединяется с полостью, то такую рану называют проникающей. В отличие от кровоподтеков и ссадин раны могут быть нанесены тупыми, острыми предметами и огнестрельным оружием.

Значение раны схоже со значением кровоподтеков и ссадин. Рана также показывает место приложения силы, локализация помогает решать вопрос о возможности действия собственной руки, степень заживления — о давности нанесения. Особенности раны позволяют устанавливать вид орудия, а форма и другие особенности нередко идентифицировать травмировавший тупой предмет. По образованию отслоенного лоскута, выраженности осаднения краев определяется направление движения предмета, а при стратегическом действии твердого тупого предмета определять его характер и форму. Наличие инородных включений, загрязнений и следов наслоений, выявляемых при дополнительных исследованиях, помогает решать вопрос о характере материала действовавшего предмета. Направление потеков крови из раны показывает положение потерпевшего вскоре после нанесения повреждения.

4. Какие признаки характерны для раны, возникшей от действия тупого твердого предмета? (УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-5, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10)

ОТВЕТ: Формирование особенностей ран зависит от многочисленных факторов, связанных как с особенностями орудия, так и с условиями его действия, о чем указано выше. В зависимости от механизма действия тупого предмета раны могут быть ушибленными, рваными, ушибленно- рваными. По форме встречаются щелевидные, веретенообразные, треугольные, лучистые, древовидные, овальные, округлые и прочие. Иногда, форма неопределенная или неправильно отражающая геометрическую фигуру. В других случаях она может с известной долей точности отображать форму и размеры травмировавшей поверхности твердого тупого предмета. Вместе с тем, есть ряд признаков, по которым можно в обычных случаях даже при визуальном исследовании, то есть при осмотре невооруженным глазом, определять вид орудия. К таким признакам относят неровные, осадненные, размозженные края, иногда с отслоением от подлежащих костей, перемычки между краями, которые лучше видны при раздвигании краев, при сильном натяжении кожи — надрывы. На волосистой части тела обращают внимание на «мостики» неповрежденных волос между краями, наличие обнаженных луковиц волос по краям и на внутренней стороне края раны, а также разделение волос на разном уровне, а не строго по одной линии. Помогает установлению вопроса обнаружение оскольчатого перелома кости и неровный край отделения. В некоторых случаях признаки выражены настолько слабо, что требуется применение метода непосредственной стереомикроскопии или хотя бы лупы при осмотре деталей.

5. Что такое перелом кости и какое судебно-медицинское значение он имеет? (УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-5, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10)

ОТВЕТ: Перелом кости — это частичное или полное нарушение ее целости, при этом, если поврежденные поверхности не расходятся, он именуется трещиной. Различают открытые переломы, когда на коже соответственно перелому имеется рана и он сообщается с внешней средой, и закрытые — без повреждения кожных покровов. Переломы возникают при действии различных механизмов: изгибе, сдвиге, растяжении, сжатии, кручении, отрыве, что устанавливается по особенностям образовавшегося перелома. При действии твердого тупого предмета непосредственно на кость перелом может возникнуть в месте контакта и называется прямым (локальным), либо на отдаленном участке отточки приложения силы. Такие переломы именуют непрямыми или конструктивными, когда энергия действия передается по конструкции и в месте наибольшего сгиба производит нарушение целостности кости.

Судебно-медицинское значение перелома состоит в том, что, как и другие повреждения, он показывает место воздействия, вид орудия, форму, размеры контактных переломов повторяют другие особенности травмирующей поверхности. Исследование кости позволяет решать вопрос об ориентировочном сроке и силе нанесения травмы. Еще большее значение приобретает исследование костей, когда мягкие ткани отсутствуют (например, при исследовании скелетированного трупа или изменены гнилостным процессом или хирургическим вмешательством.

6. От чего зависят особенности образования переломов? (УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-5, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10)

ОТВЕТ: Формирование особенностей перелома, позволяющих определять характер травмировавшей поверхности действовавшего орудия, зависит от ряда факторов. Как и при возникновении повреждений на мягких тканях, особенности повреждения костей соотносятся с характеристикой травмирующей поверхности тупого орудия, его размеров, формы, плотности, устойчивости, рельефа, а также от механизма его направления и действия удара, сдавления, растяжения и трения, что в зависимости от конструкции кости приводит к изгибу, сдвигу, сжатию, кручению, растягиванию и даже отрыву. В отличие от повреждений кожи в этом случае имеет значение, прямым, (то есть локальным) было воздействие или непрямым (на отдалении от места приложении силы). Большую роль следует придавать особенностям конструктивного строения, архитектоники и характеру поверхности кости, а при непрямом действии и всей конструкции. Например, кости черепа, таза, лопатка, грудина, ребра существенно отличаются друг от друга, хотя при одинаковых механизмах разрушаются во многом однотипно. Еще в большей степени это касается трубчатых костей, позвоночника, нижней челюсти или ключицы, других костей скелета, формирование особенностей переломов которых различно.

Например, удар по голове с переломом свода черепа с повреждением теменных костей, теменно-лобных, теменно-затылочных, теменно-височных, •то есть при однотипной локализации, однотипном механизме приводит к разным повреждениям в зависимости от особенностей травмировавшего предмета. Так, при ударе твердого тупого предмета с плоской неограниченной поверхностью действия образуется многоскольчатый перелом с уплощением, при гладком ровном рельефе поверхности вследствие изгиба возникают меридиальные трещины, идущие от места удара, и экваториальные кольцевидные — от растягивания. Это оскольчатый перелом овальной формы носит название паутинного. При ударе ограниченным твердым тупым предметом в зависимости от силы возникает дырчатый или вдавленный перелом, повторяющий форму и размеры ударной поверхности предметами. Если удар был нанесен под острым углом к поверхности головы и действие на кость было неравномерным, формируется террасовидный перелом со ступенчатыми отлом-ками со стороны наклона твердого предмета.

7. Какие механизмы переломов костей различают и по каким признакам его можно определить? (УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-5, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10)

ОТВЕТ: Как правило, обследование позволяет определить вид деформации. Так, сгибание плоской кости, которое приводит к сжатию одной компактной пластинки и растяжению другой, способствует образованию трещины с дополнительным повреждением кости вдоль ее сторон — вы-крашиванию, наблюдающемуся на стороне сжатия. Поверхность излома здесь крупнозубчатая с образованием треугольных осколков, а при сопоставлении краев выявляется дефект края излома. Причем это встречается при непрямых переломах, но может иметь место и при нанесении их локально. При сгибании трубчатой кости возникают поперечные оскольчатые переломы с треугольным отломком, обращенным вершиной в сторону направления силы.

Сдавление при локальном воздействии приводит к образованию раздробленных многоосколь-чатых переломов, а при непрямом действии — к компрессионным переломам, как это имеет место при падении с большой высоты на ноги. При сдавлении с укорочением расстояния между действующими предметами происходит укорочение кости, утолщение ее поперечника, что приводит к вспучиванию компактных пластинок, которые разрушаясь вклиниваются одна на другую. Край перелома зубчатый с продольно возникающими трещинами.

Сдвиг образуется при сильном направленном поперечно трубчатой кости ударе с образованием поперечного перелома в месте приложения силы и с веерообразно расходящимися трещинами.

Кручение, возникающее на трубчатых костях нижних конечностей при резком повороте туловища в момент фиксации стопы, составляет винтообразный перелом.

Встречаются и комбинированные механизмы, действующие на различные кости одного комплекса, что усложняет диагностику.

8. В каком отделе Бюро СМЭ занимаются исследованием повреждений костей и какие при этом применяются методы? (УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-5, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10)

ОТВЕТ: Повреждения костей изучаются в танато-логическом отделе экспертом при исследовании трупа. Вычленяя поврежденный участок кости, он подробно описывает перелом, графически отображая на схемах расположение и направление его. Особенно это касается переломов костей черепа, которые в соответствии с письмом Главного СМЭ МЗ РФ (№ 801/04 1989 г.) фиксируются условными обозначениями на схемах-топограммах, с отображением разных морфологических проявлений при век-торно-графическом анализе.

Повреждения костей изучаются также в су-дебно-медицинской амбулатории или в стационаре у потерпевших, то есть в отделе освидетельствования живых лиц. В таких случаях после установления наличия повреждения и его характера важным является определение тяжести вреда, причиненного здоровью переломом, а также вопросы, связанные с определением травмировавшего орудия и механизма его действия. Более детально повреждения костей изучаются в медико-криминалистическом отделении, куда обычно их направляют после исследования трупа. Наиболее распространенными методами исследования, используемыми при судебно-медицинской экспертизе, являются визуальные исследования, непосредственная стереомикроскопия с применением различных контрастных средств для выявления микротрещин, а также рентгено- и томогра-фическое исследование.

9. Какие сведения может дать исследование одежды при экспертизе повреждений тупыми предметами? (УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-5, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10)

ОТВЕТ: При действии тупым предметом в зависимости от характера материала одежды, особенностей действующей поверхности орудиям и других факторов в месте контакта могут возникать повреждения в виде разрывов, вдавления тканей или следы-наложения.

Разрывы образуются при ударе углом или ребром твердого предмета при наличии твердой подкладки в месте воздействия. Как правило, они щелевидной или лоскутной формы, с неровными, разлохмаченными краями, с уплощением концов отдельных нитей. Иногда выявляются только разрывы отдельных нитей при стерео-микроскопии с неровными, уплощенньши или веерообразно расширенными краями в зависимости от особенностей ткани одежды.

Вдавления образуются от удара твердым ограниченным предметом, в ряде случаев они повторяют форму поверхности соударения. При стереомикроскопии выявляется нарушение рисунка строения ткани из-за сдвига или повреждения нитей. На стороне, прилегающей к коже соответственно месту удара, могут оставаться чешуйки эпидермиса, повторяющие форму вдавливающей поверхности травмирующего предмета, и следы крови.

Следы-наложения имеют различное происхождение. Это могут быть микрочастицы самого ударяющего предмета в виде металлизации, ржавчины, краски, либо различные загрязнения контактной поверхности орудия, в том числе кровью, при повторных ударах. Нс всегда их можно выявить при осмотре невооруженным глазом. Целесообразно исследование повреждений или подозреваемых мест соответственно повреждению на теле с помощью цветных отпечатков, ультрафиолетовых или инфракрасных лучей. В результате можно не только обнаружить следы наложения, то есть места, контакта, но и проявить форму, указать размеры в дополнение к видимым деталям повреждения. Иногда при этом выявляются следы скольжения, показывающие динамический механизм действия.

**4. Самоконтроль по тестовым заданиям данной темы**

1. ОДЕЖДА, ОСТАВШАЯСЯ ПОСЛЕ ИССЛЕДОВАНИЯ (ЭКСПЕРТИЗЫ) ТРУПА, В СЛУЧАЯХ НАСИЛЬСТВЕННОЙ СМЕРТИ

1) уничтожается

2) выдается родственникам вместе с телом

3) передается следователю

4) сдается в камеру хранения

5) хранится в архиве морга

Правильный ответ: 3 ПК-5

2. ПРОБА НА ВОЗДУШНУЮ ЭМБОЛИЮ СЧИТАЕТСЯ ПОЛОЖИТЕЛЬНОЙ, ЕСЛИ ИЗ СЕРДЦА, ПРОКОЛОТОГО ПОД ВОДОЙ, ЗАЛИТОЙ В ОКОЛОСЕРДЕЧНУЮ СОРОЧКУ, ВЫДЕЛЯЮТСЯ ПУЗЫРЬКИ ГАЗА

1) из левых его отделов

2) из правых его отделов

3) из правых и левых отделов

4) из дуги аорты

5) из полых вен

Правильный ответ: 2 ПК-5

3. В КОМПЕТЕНЦИЮ СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКОГО ЭКСПЕРТА ВХОДИТ УСТАНОВЛЕНИЕ СОСТОЯНИЙ, ПРЕДШЕСТВОВАВШИХ СМЕРТИ

1) острота зрения

2) степень переваривания пищи

3) наличие сопутствующих заболеваний

4) выраженность производительной способности

5) половое сношение

Правильный ответ: 3 ПК-5

4. ОБНАРУЖЕНИЕ ПРИ ИССЛЕДОВАНИИ ТРУПА В ПРОСВЕТАХ КРУПНЫХ СОСУДОВ И В ПОЛОСТЯХ СЕРДЦА РЫХЛЫХ КРАСНЫХ СВЕРТКОВ КРОВИ СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ О

1) коротком агональном периоде

2) смерти от инфаркта миокарда

3) длительной агонии

4) смерти от хронической ишемической болезни

5) смерти без агонального периода

Правильный ответ: 1 ПК-5

5. ПРОБА НА ВОЗДУШНУЮ ЭМБОЛИЮ ПРОВОДИТСЯ

1) во всех случаях скоропостижной смерти

2) при травматизации крупных артерий

3) подозрении на смерть от отравления

4) при подозрении на воздушную эмболию

(при внутривенных введениях)

5) в случаях наличия перелома кости

Правильный ответ: 4 ПК-5

6.ТЕРМИНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

1) критическим падением артериального давления

2) судорогами

3) нарушением сна

4) нарушением всасывания в кишечнике

5) дезориентацией в месте и времени

Правильный ответ: 1 ПК-5

7.ОБЪЕКТИВНЫМ ПРИЗНАКОМ БИОЛОГИЧЕСКОЙ СМЕРТИ ЯВЛЯЕТСЯ

1) головная боль

2) понижение температуры тела до 36 градусов

3) отсутствие реакции зрачков на свет

4) трупные пятна и трупное окоченение

5) гнилостные изменения

Правильный ответ: 3 ПК-5

8.КЛИНИЧЕСКИМИ КРИТЕРИЯМИ «СМЕРТИ МОЗГА» ПРИНЯТО СЧИТАТЬ

1) полную потерю речи

2) нарушение сна

3) исчезновение любых видов рефлексов и реакции на внешние раздражители

4) дезориентацию в месте и времени

5) полную потерю слуха

Правильный ответ: 3 ПК-5

9.РАЗЛИЧНЫЕ ПРИЧИНЫ СМЕРТИ МОГУТ

1) ускорять или замедлять развитие посмертных изменений

2) не оказывать влияния на посмертные изменения

3) связь усматривается только в случаях скоропостижной смерти

4) связь усматривается только при определенных обстоятельствах

5) связь усматривается только в случаях травмы

Правильный ответ: 1 ПК-5

10.СУПРАВИТАЛЬНЫЕ РЕАКЦИИ ОРГАНОВ И ТКАНЕЙ, ИМЕЮЩИЕ ЗНАЧЕНИЕ ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ДАВНОСТИ СМЕРТИ

1) механическая возбудимость мышц

2) пергаментные пятна на коже

3) трупные пятна

4) «пятна Лярше»

5) симптом кошачьего глаза (феномен Белоглазова)

Правильный ответ: 1 ПК-5

**5. Самоконтроль по ситуационным задачам**

Задача №1. (УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-5, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10)

ОБСТОЯТЕЛЬСТВА ДЕЛА. В постановлении о назначении судебно-медицинской экспертизы указано, что «08 апреля 2009 года примерно в 23 часа 40 минут неустановленные лица на улице возле дома № 00 по ул. Мира, умышленно на­несли гр. К. многочисленные удары неустановленными предметами по голове, причинив ему открытую черепно-мозговую травму, ушиб головного мозга тяжелой степе­ни со сдавлением, вдавленный перелом теменно-височной области справа, эпидуральной гематомы и внутримозговой гематомы теменной области, что относится к тяжкому вреду здоровья. 13.04.2009 г. по данному факту в СУ при УВД по Свердловскому району г. К…… было возбуждено настоящее уголовное дело по ст. 111 ч. 3 п. «А» УК РФ. Допрошенный в качестве потерпевшего гр. Р. показал, что 08.04.2009 г. при­мерно в 23.30 часов он вместе с гр. К. и гр. С. стояли возле оста­новки «Водокачка» по ул. Мира, 00 В это время на противоположной стороне дороги и остановились три автомобиля, из которых вышло 5-7 молодых людей, у которых в руках находились металлические биты. Подбежав к ним, парни стали наносить ему, гр.К., гр. С. удары битами по голове, телу, рукам. Он видел как гр. К. парни сбили на землю и продолжили наносить ему удары битами по голове, телу. 14.04.2009 г. гр.К, 1982 г.р. скончался в реа­нимации МУЗ ГКБ № 6».

ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКАЯ ЧАСТЬ.

Представлена медицинская карта стационарного больного из ГКБ на имя К.., 1982 г.р., согласно которой 09.04.09г. в 1-00 бригадой скорой помощи он был доставлен в НХО-1 с нарушением сознания. При поступлении состояние тяжелое. Медзагрузка. Кожа и слизистые бледно-розовые. Дыхание ИВЛ через интубационную трубку. Пульс 92\мин. АД 130\90 мм.рт.ст. Живот мягкий, на пальпацию не реагирует. Симптом «12 ребра» отрицательный с обеих сторон. Диурез неизвестен. Сознание кома 2. Зрачки правый больше левого, фотореакции угнетены, взор фиксирован прямо. Асимметрии лица нет. Язык в полости рта. Мышечная гипотония. Рефлексы с рук и ног не вызываются. Патологические знаки не вызываются. Симптом Боголепова слева. Менингиальной симптоматики не определяется. В слуховых проходах геморрагическое отделяемое. При рентгенологическом исследовании № 6788 от 09.04.09г.: на краниограммах перелом лобной, теменной области справа с переходом на основание в переднюю черепную ямку; травматических повреждений костей таза не найдено. Больной госпитализирован в отделение реанимации. 09.04.09 осмотр хирурга, с диагностической целью произведена операция лапароцентез, отделяемого из брюшной полости не получено. 09.04.09г. проведена компьютерная томография головного мозга № 14599: срединные структуры смещены справа налево; умеренно выражена дислокационная гидроцефалия; справа в теменно-затылочно-височно-лобной области определяется гематома до 8-9 мм в глубину + контузионное поражение теменной области справа 45х37 мм (с имбибицией кровью); вдавленный перелом затылочной кости справа с глубиной проникновения костного фрагмента в ткань мозга до 6 мм; линейный перелом лобной и теменной костей справа. 09.04.09 произведена операция ПХО вдавленного перелома теменной и височной костей справа, удаление острой эпидуральной гематомы, частичное удаление контузионного очага правой теменной доли, удаление внутримозговой гематомы теменной доли справа. Произведен разрез мягких тканей до кости в теменно-височной области справа. Визуализируется многооскольчатый вдавленный перелом теменной и височной костей. От вдавленного перелома отходят множественные линейные переломы черепа, в том числе на основание средней черепной ямки и в сторону саггитального синуса. Произведено удаление отломков вдавленного перелома. Образовался дефект черепа 9х5 см. Под переломом обнаружена и удалена эпидуральная гематома в виде сгустков объемом 40 мл. После удаления гематомы визуализирован дефект твердой мозговой оболочки линейный длиной 1 см с выделяющимся в него детрит. твердая мозговая оболочка напряжена синюшна, крестообразно вскрыта. Визуализирован дефект коры теменной доли 8х2 см. Мозг напряжен, не пульсирует. Произведена пункция мозгового вещества. С глубины около 4 см эвакуирована внутримозговая гематома в виде жидкой крови с детритом объемом около 30 мл. Частично удален контузионный очаг субкортикально отсосом. Гемостаз. Наводящие вы на твердую мозговую оболочку. В ране оставлен резиновый выпускник. 10.04 состояние крайне тяжелое, сознание нарушено по типу кома 2. Зрачки равны, узкие, без реакции на свет, взор фиксирован прямо. Продолжается ИВЛ через интубационную трубку. В дальнейшем состояние больного без динамики. 14.04.09 на фоне проводимой терапии в 7-55 у больного наступила остановка сердечной деятельности. Кожные покровы бледно-серые с мраморным рисунком. Пульс и артериальное давление не определяются. При контроле на ЭКГ прямая изолиния. В 8-05 14.04.09г. констатирована смерть больного.

ПОСМЕРТНЫЙ ДИАГНОЗ. Открытая проникающая черепно-мозговая травма (08.04.09). Ушиб головного мозга тяжелой степени с поражением обоих полушарий головного мозга, открытый проникающий многооскольчатый перелом теменной кости слева со сдавлением эпидуральной гематомой и внутримозговой гематомой. Осложнения Отек и дислокация ствола головного мозга с ущемлением миндалин мозжечка в большом затылочном отверстии. Постдислокационные ишемические поражения ствола на мезэнцефальном уровне.

Алкоголь – данных в истории болезни нет.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Данные анализов | | | | |
| Параметры  дата | 9.04 | 11.04 | 12.04 | 13.04 |
| Эритроциты | 3,97 | 2,7 | 3,14 | 2,98 |
| Цветной п. | 0,95 | 0,93 | 0,97 | 0,96 |
| Гемоглобин | 126 | 83 | 101 | 95 |
| Тромбоциты | 136 | 78 | 100 | 119 |
| гематокрит | 35,3 | 24 | 29,0 | 28.8 |
| лейкоциты | 9,7 | 11,1 | 10,4 | 10,3 |
| эозинофилы | 1 | 1 |  |  |
| палочкоядерные |  | 4 |  | 6 |
| сегментоядерные | 72 | 78 |  | 63 |
| лимфоциты | 21 | 13 |  | 21 |
| моноциты | 6 | 4 |  | 10 |
| Дегенеративные изменения нейтрофилов |  | + |  | + |
| Анизоцитоз |  | + |  | + |
| Пойкилоцитоз |  | + |  |  |
| Полихромазия |  | + |  | + |
| РОЭ | 5 |  |  |  |
| Амилаза | 6,7 |  |  |  |
| мочевина | 6,2 | 5,4 | 4,1 | 5,3 |
| Билирубин общ. | 11,6 | 9.9 | 8,0 | 7,5 |
| Прямой | 2,4 | 2,5 | 1.1 | 2.5 |
| непрямой | 9,2 | 7,4 | 6,9 | 5,0 |
| Белок крови | 68,2 | 55,1 | 66.7 | 67,3 |
| калий | 2,9 | 4.0 | 3,9 | 3,3 |
| натрий | 149 | 155 | 176 | 190 |
| Уд. вес мочи | 1000 | м\м | 1000 | 1004 |
| Белок мочи |  | 35 |  |  |
| Лейкоциты мочи | 0-1-2 | 1-3 | 0-1-2 | 0-1-2 |
| Эритроциты мочи | 6-8-10 | 0-1 | 2-3 | 2-4-7 |

НАРУЖНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ. Труп мужчины, доставлен без одежды, среднего телосложения, правильного удовлетворительного питания, длиной тела 170 см. Кожа бледно-серая, холодная на ощупь во всех отделах, в отлогих местах тела сливные, фиолетовые, не исчезающие и не меняющие цвет при надавливании трупные пятна. Трупное окоченение достаточно выражено во всех обычно исследуемых группах мышц. Склеры глаз мутные, тусклые, суховаты, кровоизлияний в соединительные оболочки глаз не отмечается, зрачки равновелики по 0,4 см диаметром. Голова правильной формы, кости черепа и лицевого скелета на ощупь целы. Грудная клетка цилиндрическая. Живот на одном уровне с грудной клеткой. Естественные отверстия тела и полости рта и носоглотки свободны, чистые. Слизистая оболочка губ синюшная, подсохшая. Анальное отверстие сомкнуто. Половые органы развиты правильно. Кости конечностей целы.

ПОВРЕЖДЕНИЯ. Слева в лобной области на участке 2,5х3 см, расположенном выше края надбровной дуги на 2 см и гранича со средней линией отслаивающиеся корочки, обнажающие бледно-серую поверхность.

Справа в лобно-височно-теменной области дугообразный разрез, ушитый, длиной 12 см.

Каких-либо иных повреждений при исследовании не обнаружено. При проведении воздушной пробы – воздух из плевральных полостей и полостей сердца не получен. При проведении судебно-медицинского исследования трупа использовались: кожные разрезы по методу Шора. ВНУТРЕННЕЕ ИССЛЕДОВАНИЕ

Извлечение органокомплекса произведено по методу Шора, с распилом ребер спереди. Череп вскрывался угловым распилом.

Масса органов.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Масса |  | норма |
| Мозг | 1610 | До 1400 |
| Легкое правое | 650 | 450 |
| левое | 590 | 375 |
| Сердце | 280 | 200-400 |
| Печень | 1250 | 1200-2000 |
| Селезенка | 90 | 80-180 |
| Почки обе. Правая/Левая | 150/150 | 275-310 |

ПОЛОСТЬ ЧЕРЕПА. В лобно-теменных областях апоневроз пропитан кровью на участке 24х18 см. При послойном исследовании апоневроза в центре теменной области кровоизлияние в коже на горизонтальном участке 12х6 см. Кзади от данного участка на 1 см округлое кровоизлияние диаметром 4 см.

Справа в теменной и височной костях трепанационное горизонтальное отверстие 8х5 см с зубчатыми краями. От центра переднего края отверстия на 12 см выше наружного края надбровной дуги, в 5,5 см от стреловидного шва, справа налево и сзади наперед на лобную кость распространяется линия перелома длиной 9 см. При ее сопоставлении края перелом четко совпадают снаружи и изнутри. Перелома основания черепа не выявлено. В зоне перелома спаянная с твердой мозговой оболочкой эпидуральная дисковидная гематома объемом 30 мл.

Твердая мозговая оболочка напряжена, серо-перламутрового цвета, блестящая, в синусах ее темная жидкая кровь в большом количестве. Прокрашивание кровью твердой мозговой оболочки по всем отделам головного мозга, кроме задней черепной ямки. Справа в теменной доле по наружной поверхности прецентральной извилины размозжение вещества мозга на глубину до 2 см на участке 7х5 см. По всей наружной поверхности правой теменной доли темно-вишневые кровоизлияния в глубине борозд. По наружной поверхности левой лобной доли темно-красное с четкими контурами субарахноидальное и внутримозговое кровоизлияние на глубину коры на участке диаметром 1 см. По базальной поверхности правой лобной доли пятнистые кровоизлияния на участке диаметром 2 см. Аналогичные пятнистые кровоизлияния по базальной поверхности левой височной доли на участке диаметром 1 см.

Борозды мозга сглажены, извилины уплощены, на миндаликах мозжечка кольцевидная с диффузными субарахноидальными кровоизлияниями полоса вдавления шириной 0,5 см от краев большого затылочного отверстия, внутри кольца геморрагический некроз полушарий мозжечка и продолговатого мозга. Головной мозг дряблый, на разрезах с четкой границей серого и белого вещества и мраморным рисунком подкорковых ядер. Поверхности разрезов тускловаты, липнут к лезвию ножа. Желудочки мозга симметричны, обычного объема, эпендима их бледно-серая, блестящая, влажная, в полостях желудочков следы прозрачной соломенного цвета жидкости. Сосудистые сплетения обычного вида, полнокровны.

ОРГАНЫ ШЕИ, ГРУДНОЙ И БРЮШНОЙ ПОЛОСТЕЙ: язык синюшный, влажный, обложен серовато-желтым, не снимающимся налетом. Слизистые оболочки носоглотки синюшные, влажные, блестящие. В мягких тканях шеи повреждений и кровоизлияний не обнаружено. В плевральных полостях следы прозрачной жидкости, легкие выполняют 2\3 полостей, с блестящей, гладкой и влажной плеврой. Органы брюшной полости расположены анатомически правильно, в полости следы прозрачной жидкости соломенного цвета. Листки брюшины гладкие, влажные, блестящие. Просвет пищевода свободен, слизистая его бледно-серая, продольно складчатая. Вход и просвет гортани свободен, слизистая оболочка ее набухшая, роговая, с наложениями фибрина. Подъязычная кость и хрящи гортани целы, в мягких тканях ее повреждений не обнаружено. Просвет трахеи и главных бронхов с наложениями фибрина, смешанного с гноем на слизистой серо-красного цвета, хрящи трахеи целы. Щитовидная железа обычных размеров, с равновеликими долями, плотно-эластичная, темно-коричневая, на разрезе полнокровна, дольчатого строения. Аорта эластична, со следами жидкой крови в просвете и рассеянными липидными пятнами в интиме. Легкие синюшно-красные, равномерно уплотнены, «тяжелые», на разрезах темно-красные с обычным рисунком, полнокровны. П поверхности разрезов стекает большое количество пенистой розовой жидкости. Слизистые оболочки воздухо-проводящих путей светло-розовые, набухшие. Бифуркационные лимфоузлы располагаются в виде пакетов диаметром от 1 до 2 см, эластичные, темно-синюшные, на разрезах сочные, с обычным рисунком. В полости перикарда следы прозрачной жидкости, листки его гладкие, влажные, блестящие. Сердце дрябло-эластичное, 11х10х9 см,. В полостях сердца немного жидкой темной крови с мелкими единичными темно-вишневыми свертками. Миокард розовато-синюшный, эластичный, с сетчатым разрастанием соединительной ткани, неравномерного кровенаполнения. Толщина стенки правого желудочка 0,3 см, левого 1,2 см. Клапанный и пристеночный эндокард тонкий, прозрачный, клапаны сформированы правильно. Коронарные артерии с тонкими стенками, пустым просветом.

Желудок пустой, содержимое кишечника отделам соответствует, слизистые оболочки желудочно-кишечного тракта бледно-серые. Мезентериальные лимфоузлы располагаются раздельно, диаметр их не более 1 см, эластичны. Печень 24х18х16х13 см, эластичная, коричневая с поверхности и на разрезах, полнокровная, со смазанным рисунком долек. Просвет внепеченочных желчевыводящих путей свободно проходим. Поджелудочная железа обычных размеров, плотно-эластичная, бледно-серая, на разрезах – дольчатого строения. Селезенка 6х4х3 см, эластичная, синюшная, на разрезах темно-красная без соскоба. Надпочечники листовидной формы, обычных размеров, на разрезах граница слоев четкая. Почки равновелики, 11х6х5 см, эластичные. Капсула сползает при надрезе, обнажая ровную поверхность. По краю разреза паренхима слегка наползает на капсулу. На разрезах корковый слой - синюшный, с темно-красным крапом и подчеркнутым рисунком, мозговой слой также с подчеркнутым рисунком, граница слоев отчетливо выражена. Слизистые оболочки лоханок и чашечек бледно-синюшные, гладкие, блестящие, просвет их свободен. Мочеточники проходимы на всем протяжении, с бледно-серой слизистой. Мочевой пузырь пуст, слизистая оболочка его складчатая, бледно-серая, уретра свободно проходима.

Из трупа для судебно-гистологического исследования взяты кусочки внутренних органов на патоморфологические изменения.

Кровь на судебно-биологическое исследование.

Судебно-гистологического исследование: Судебно-медицинским экспертом, произведено исследование кусочков внутренних органов от трупа К., 1982 г.р.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ: Твердая мозговая оболочка – умеренно разволокнена. С твердой мозговой оболочкой интимно связана гематома, состоящая из красной крови без перифокальной реакции с частичным гемолизом эритроцитов.

Легкие – выраженный внутриальвеолярный отек, межуточный отек, мелкие скопления гемосидерофагов, неравномерное кровенаполнение сосудов вплоть до стаза. Воспалительных изменений не выявлено.

Почки – стаз крови в венах, малокровие капилляров клубочков, мелкоочаговый некронефроз, воспаления не выявлено.

Миокард – неравномерное кровенаполнение сосудов, умеренный межуточный отек.

Стволовые отделы головного мозга – выраженная внеклеточная гипергидратация, периваскулярный и перицеллюлярный отек, стаз крови в сосудах с большим количеством диапедезных кровоизлияний.

Печень – воспалительных изменений не выявлено, рисунок печеночных балок подчеркнут из-за полнокровия синусоидов, скопление бурого пигмента в гепатоцитах 3 зоны ацинуса.

Головной мозг – диффузные субарахноидальные, распространяющиеся на кору головного мозга кровоизлияния из неизмененных и выщелоченных эритроцитов, единичные скопления лейкоцитов по периферии, массивное выпадение нейронов коры. Выраженный периваскулярный и перицеллюлярный отек. В трех кусочках отмечается разрушение вещества мозга в зоне кровоизлияний с распространением кровоизлияний до белого вещества.

Вопросы:

1.Повреждения обнаруженные при исследовании?

2.Степень тяжести вреда причиненного здоровью человека?

3.Время наступления смерти, причина смерти?

4.Количество повреждающих воздействий, характер предмета которым были нанесены повреждения?

5.Состояние опьянения?

Задача №2. (УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-5, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10)

ОБСТОЯТЕЛЬСТВА ДЕЛА. В постановлении о назначении судебно-медицинской экспертизы указано, что «19.02.09г. примерно в 13 ч. 00 мин. Неустановленное лицо в кв. 00 по ул. Мира в Ленинском районе г. К…… причинило тяжкий вред здоровью гр. Ж. Со слов очевидцев мужчина ударил Ж. палкой по голове».

ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКАЯ ЧАСТЬ.

Представлена медицинская карта стационарного больного, согласно которой доставлен скорой помощью 20.02.09г в 03-55 с жалобами на головные боли, боли в области грудной клетки. Со слов больного избит неизвестными…,терял сознание. Со слов – длительно употребляет наркотики. При осмотре состояние средней степени тяжести, ближе к тяжелому…, в легких дыхание проводится по всем полям, в нижних отделах ослаблено. ЧДД 20 в мин, пульс 80 в мин, АД 140\90 мм.рт.ст. в неврологическом статусе сознание нарушено по типу оглушение 1-2, зрачки средних размеров, равные, горизонтальный нистагм. Сухожильные рефлексы с рук равные, коленные равные, ахилловы равные. Ригидность мышц затылка намечена. Симптом Кернига под углом 170 градусов. Патологические стопные знаки не вызываются. В области лица, головы участки кровоизлияний. Отоназоликвореи нет. Диагноз ЗЧМТ. Ушиб головного мозга. Ушибы лица, головы. 20.02.09г на ЭХО-ЭС отмечается смещение М-эхо слева направо в средне-задних отделах на 1,5 мм дополнительные сигналы в передних отделах и в средне-задних. 3-й желудочек 6-7 мм пульсация несколько усилена. На КТ головного мозга – средины структуры не смещены, начальные проявления смешанной водянки. Осмотрен окулистом: справа кровоподтеки век, ссадины кожи подбровной области. Глазные яблоки без особенностей, глазодвигательных нарушений нет. На глазном дне обоих глаз диски зрительных нервов бледно-розовые, контуры четкие. Артерии сужены равномерно, вены умеренно расширены. Заключение: на глазном дне обоих глаз ангиопатия сетчатки с умеренным сужением артерий и расширением вен. Контузия придаточного аппарата правого глаза (лечения не требует). 24.02 на рентгенограмме грудной клетки № 280 – справа снижена пневмотизация в нижней доле за счет наличия жидкости по ходу главной междолевой плевры и инфильтрации в нижней доле. Купол диафрагмы приподнят до переднего отрезка 4-го ребра. Заключение: пневмонии в нижней доле справа осложненная плевритом. 24.02 окулист – на глазном дне в динамике умеренная венозная инъекция сетчатки. Осмотрен пульмонологом – заключение – госпитальная пневмония в нижней доле справа, не исключается аспирационная, осложненная междолевым плевритом. В дальнейшем состояние тяжелое, оглушение 3 ригидность мышц затылка до 1-го см, симптом Кернига 160-170 гр. 04.03.09г состояние тяжелое, оглушение умеренное, головные боли умеренные, со слов отмечается парез голосовых связок, гнусавость голоса. Сухожильные рефлексы симметричные, глоточный рефлекс низкий . 06.03.09 на рентгенограмме грудной клетки №364 перелом 5-го и 7-го ребер справа со смещением фрагментов, легкие расправлены. Плевральные изменения и диафрагмальные спайки справа.10.03.09 осмотрен сосудистым хирургом, проведено УЗДС вен нижних конечностей, заключение – острый стенозирующий илеофеморальный тромбоз слева. 12.03.09 осмотр невролога Артюха – к осмотру безучастен, речь понимает…(неразборчиво). Зрачки равные, следит за предметом, ограничения движения глазных яблок нет. Лицо симметрично. Картина легкого тетрапареза до 4-х баллов. Брюшные рефлексы низкие. Сухожильные рефлексы живлены, без четкой разницы сторон, симптом Кернига 160гр. Заключение: наркомания, токсическая энцефалопатия на фоне тяжелой ЧМТ. Апатико-абулический синдром. 20.03 на рентгенографии грудной клетки №645-1 перелом 7-8 го ребер справа. Легкие расправлены, инфильтрации нет. В неврологическом статусе без динамики. 31.03.09. тахикардия до 100 в минуту. Менингиальных знаков нет. Отмечается грубый систолический шум. Осмотрен кардиологом – бактериальный эндокардит с локализацией на створках митрального клапана с развитием недостаточности митрального клапана 3 ст. легочная гипертензия. 04.04.09 состояние очень тяжелое, сопор, гипертермия до 40 гр. 06.04.09 в неврологическом статусе без динамики. 08.04.09 состояние очень тяжелое, сопор, гипертермия. В неврологическом статусе без динамики. При рентгенографии № 786 от 10.04.09г. пневмотизация легких с обеих сторон снижена за счет очаговоподобных теней; легочной рисунок усилен, обогащен за счет сосудистого компонента. Заключение: дифференцировать отек легких с двусторонней очаговой пневмонией. 10.04 произведено ультразвуковое исследование № 1790, заключение: выпот в брюшной полости, выпот в обеих плевральных полостях; спленомегалия, очаговое образование в проекции селезенки (подкапсульный разрыв селезенки?); гепатомегалия, диффузные изменения печени; диффузные изменения поджелудочной железы. 11.04 состояние больного ухудшилось, сопор. Живот мягкий, на пальпацию реагирует. С диагностической целью больному произведена операция лапароцентез, отделяемого не получено. При рентгенографии № 801 от 14.04.09г. двусторонняя очаговая пневмония, отек легких. 15.04 состояние больного крайне тяжелое, терминальное. АД 80\60 мм.рт.ст. Пульс 91\мин. ЧДД 17\мин. В 11-35 состояние при осмотре – клиническая смерть. Зрачки широкие, фотореакции нет. Пульс на магистральных артериях отсутствует. Реанимационные мероприятия в полном объеме без эффекта от терапии. 15.04.09г. в 11-50 констатирована смерть больного.

В истории болезни имеется анализ спинно-мозговой жидкости на имя Жукова : бесцветный, прозрачный, цитоз 0, в нативном препарате 52 свежих эритроцита в камере, реакция Панди +, Нонне-Аппельта+, белок 325 мг\мл

ПОСМЕРТНЫЙ ДИАГНОЗ. 1. Черепно-мозговая травма. Ушиб головного мозга. Ушиб мягких тканей, ссадины лица. 2. Госпитальная двусторонняя пневмония. *Осложнения.* Сепсис, септикопиемия, септический эндокардит, панкреатит.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Данные анализов | | | | |
| Параметры  дата | 20.02 | 25.02 | 30.03 | 14.04 |
| Эритроциты | 4,0 | 3,93 | 3,56 | 3,19 |
| Цветной п. | 0,97 | 0,99 | 0,92 | 0,89 |
| Гемоглобин | 130 | 131 | 109 | 95 |
| Тромбоциты | 167 | 248 | 269 | 288 |
| гематокрит | 35 | 36,5 | 32,0 | 28,6 |
| лейкоциты | 12,7 | 14,0 | 23,4 | 15,9 |
| базофилы |  |  |  | 1 |
| эозинофилы |  |  |  | 2 |
| юные |  |  |  | 1 |
| палочкоядерные | 4 | 12 | 20 | 7 |
| сегментоядерные | 70 | 72 | 67 | 78 |
| лимфоциты | 21 | 3 | 4 | 5 |
| моноциты | 5 | 13 | 9 | 6 |
| Дегенеративные изменения нейтрофилов |  | + | + | +++ |
| Анизоцитоз |  |  | + |  |
| РОЭ |  | 53 | 57 | 55 |
|  | 21.02 |  |  |  |
| Амилаза |  | 86 | 70 | 95 |
| мочевина | 5,3 | 10,2 | 6,2 | 11,5 |
| Билирубин общ. | 12,8 | 12,3 | 17,7 | 10,4 |
| Прямой | 2,6 | 4,3 | 5,1 | 0,4 |
| непрямой | 10,2 | 8,0 | 12,6 | 10,0 |
| Белок крови |  | 67,0 | 70,4 | 60,6 |
| калий | 4,4 | 4,0 | 3,8 | 4,0 |
| натрий | 140 | 145 | 145 | 140 |
| Уд. вес мочи |  | 1023 | 1013 | 1018 |
| Белок мочи |  | 80 | 185 | 215 |
| Лейкоциты мочи |  | Знач | 10-14 | Знач |
| Эритроциты мочи |  | 8-10 | 11-8 | знач |

НАРУЖНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ. Труп мужчины, доставлен без одежды, среднего телосложения, правильного питания, длиной тела 160 см. Кожа бледно-серая, холодная на ощупь во всех отделах, в отлогих местах тела сливные, фиолетовые, не исчезающие и не меняющие цвет при надавливании трупные пятна. Трупное окоченение достаточно выражено во всех обычно исследуемых группах мышц. Склеры глаз мутные, тусклые, суховаты, кровоизлияний в соединительные оболочки глаз не отмечается, зрачки равновелики по 0,4 см диаметром. Голова правильной формы, кости черепа и лицевого скелета на ощупь целы. Грудная клетка цилиндрическая, эластичная, упругая, ребра на ощупь целы. Живот на одном уровне с грудной клеткой. Естественные отверстия тела и полости рта и носоглотки свободны, чистые. Слизистая оболочка губ синюшная, подсохшая. Анальное отверстие сомкнуто. Половые органы развиты правильно. Кости конечностей целы.

ПОВРЕЖДЕНИЯ. Каких-либо повреждений при исследовании не обнаружено. При проведении воздушной пробы – воздух из плевральных полостей и полостей сердца не получен. При проведении судебно-медицинского исследования трупа использовались: кожные разрезы по методу Шора.

ВНУТРЕННЕЕ ИССЛЕДОВАНИЕ

Извлечение органокомплекса произведено по методу Шора, с распилом ребер спереди. Череп вскрывался угловым распилом.

Масса органов.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Масса |  | норма |
| Мозг | 1500 | До 1400 |
| Легкое правое | 890 | 450 |
| левое | 910 | 375 |
| Сердце | 350 | 200-400 |
| Печень | 1700 | 1200-2000 |
| Селезенка | 300 | 80-180 |
| Почки обе Правая/Левая | 190/200 | 275-310 |

ПОЛОСТЬ ЧЕРЕПА. Кожно-мышечный лоскут головы блестящий, полнокровный, без кровоизлияний и повреждений. Кости свода и основания черепа целы. Следов операций нет. Твердая мозговая оболочка напряжена, серо-перламутрового цвета, блестящая, в синусах ее темная жидкая кровь в большом количестве. Субдуральное пространство свободно. По наружной поверхности правой лобной доли в 1 см от срединной щели коричневого цвета кровоизлияние с размытыми контурами 4,5х2 см, ориентированное горизонтально и ниже его на 1 см аналогичное по характеристиками округлое, диаметром 3 см кровоизлияние. Слева по наружной поверхности лобной доли аналогичное по характеристикам кровоизлияние диаметром 4 см. В этих же областях коричневое прокрашивание вещества мозга на глубину коры. В глубине борозд пропитывание мягких мозговых оболочек желтоватой жидкостью, напоминающей гной. Борозды мозга сглажены, извилины уплощены, на миндаликах мозжечка кольцевидная с диффузными субарахноидальными кровоизлияниями полоса вдавления от краев большого затылочного отверстия. Головной мозг дряблый, на разрезах с четкой границей серого и белого вещества и мраморным рисунком подкорковых ядер. Поверхности разрезов тускловаты, липнут к лезвию ножа. Желудочки мозга симметричны, обычного объема, эпендима их бледно-серая, блестящая, влажная, в полостях желудочков следы прозрачной соломенного цвета жидкости. Сосудистые сплетения обычного вида, полнокровны.

ОРГАНЫ ШЕИ, ГРУДНОЙ И БРЮШНОЙ ПОЛОСТЕЙ: При ревизии грудной клетки справа - консолидированные переломы 5 и 6 ребер по передне-подмышечной линии. Слева консолидированные переломы 10 и 9 ребер по средне-подмышечной линии. Слева в плевральной полости 300 мл фибринозно-гнойной жидкости, на плевре наложения фибрина, смешанного с гноем до 0,3 см толщиной. Справа наложение фибрина на плевре толщиной до 0.1 см. Органы брюшной полости расположены анатомически правильно, в полости следы прозрачной жидкости соломенного цвета. Листки брюшины гладкие, влажные, блестящие. При ревизии брюшной полости в поддиафрагмальном пространстве слева множественные плоскостные, фиброзные, замыкающие селезеночный угол разделяемые тупым путем спайки. При разделении спаек селезенка разделилась на 2 части примерно по центру, края разрыва покрыты фибрином с гноем, толщиной фибринозно-гнойной прослойки до 1,0 см. У верхнего полюса селезенки полость диаметром 8 см со стенками покрытыми фибрином полость выполнена густой желто-коричневой жидкостью. Толщина фибрина в полости от 0,3 до 1 см, стенка серо-коричневая, толщиной до 1,5 см. Верхней стенкой является левая доля печени, правой – стенка желудка, нижней и задней стенкой селезенка и левой стенкой спаянной с селезенкой диафрагма. В задней части поперечного разрыва селезенки также полость диаметром 3 см, выполненная желтой густой жидкостью (гной), полость вплотную примыкает к передней поверхности левой почки и нижней части тела поджелудочной железы, толщина стенки до 1,0 см. В самой селезенке множество абсцессов диаметром до 1 см со сформированной капсулой. В вышеописанных абсцессах (полостях) творожистое грязно-бурое с серым оттенком содержимое.

Язык синюшный, влажный, обложен серовато-желтым, не снимающимся налетом. Слизистые оболочки носоглотки синюшные, влажные, блестящие. В мягких тканях шеи повреждений и кровоизлияний не обнаружено. Просвет пищевода свободен, слизистая его бледно-серая, продольно складчатая. Вход и просвет гортани свободен, слизистая оболочка ее бледно-серая. Подъязычная кость и хрящи гортани целы, в мягких тканях ее повреждений не обнаружено. Просвет трахеи и главных бронхов свободен, хрящи трахеи целы. Щитовидная железа обычных размеров, с равновеликими долями, плотно-эластичная, темно-коричневая, на разрезе полнокровна, дольчатого строения. Аорта эластична, со следами жидкой крови в просвете и рассеянными липидными пятнами в интиме.

Легкие уплотнены во всех отделах, на разрезах бесструктурные, серо-красные, расползаются под пальцами. С поверхности разрезов стекает желтая мутная жидкость в повышенном количестве и темная жидкая кровь из сосудов. В просвете воздухо-проводящих путей немного жидкого желтого гноя, слизистые оболочки гортани, трахеи и бронхов гиперемированы, отечны с налетом фибрина.

Бифуркационные лимфоузлы располагаются в виде пакетов диаметром от 1 до 2 см, эластичные, темно-синюшные, на разрезах сочные, с обычным рисунком. В полости перикарда следы прозрачной жидкости, листки его гладкие, влажные, блестящие. Сердце дрябло-эластичное, 11х10х9 см, с избыточным отложением жира под эпикардом. В полостях сердца немного жидкой темной крови с мелкими единичными темно-вишневыми свертками. Миокард розовато-синюшный, эластичный, с сетчатым разрастанием соединительной ткани, неравномерного кровенаполнения. Толщина стенки правого желудочка 0,3 см, левого 1,3 см. На двустворчатом клапане на створках наложения белесовато-серого цвета смешанные со темно-вишневыми свертками крови. Наложения на клапане не превышают по толщине 0,1 см. Под эндокардом левого желудочка - белесоватые включения размером не превышающим просяное зерно.

Клапанный и пристеночный эндокард утолщен, мутный, клапаны сформированы правильно. Коронарные артерии с неравномерно утолщенными стенками за счет полулунных и кольцевидных атеросклеротических бляшек с кальцинозом, с облитерацией просвета на 1/3.

Желудок пустой, содержимое кишечника отделам соответствует, слизистые оболочки желудочно-кишечного тракта бледно-серые. Мезентериальные лимфоузлы располагаются раздельно, диаметр их не более 1 см, эластичны. Печень 27х18х16х13 см, плотно-эластичная, желто-коричневая с поверхности и на разрезах, полнокровная, со смазанным рисунком долек. Просвет внепеченочных желчевыводящих путей свободно проходим. Поджелудочная железа обычных размеров, плотно-эластичная, бледно-серая, на разрезах – дольчатого строения. Селезенка 16х12х8 см, характеристики описаны выше. Надпочечники листовидной формы, обычных размеров, на разрезах граница слоев четкая. Почки равновелики, 14х8х6 см, дрябло-эластичные. Капсула сползает при надрезе, обнажая ровную поверхность. По краю разреза паренхима наползает на капсулу.

На разрезах пестрые почки со смазанной границей слоев и множественными очагами некрозов треугольной формы, основанием к капсуле, серо-красного цвета, типа инфарктов. Слизистые оболочки лоханок и чашечек бледно-синюшные, гладкие, блестящие, просвет их свободен. Мочеточники проходимы на всем протяжении, с бледно-серой слизистой. Мочевой пузырь пуст, слизистая оболочка его складчатая, бледно-серая, уретра свободно проходима.

Из трупа для судебно-гистологического исследования взяты кусочки внутренних органов на патоморфологические изменения.

Для судебно-биологического исследования кровь для определения антигенной характеристики.

АКТ Судебно-гистологического исследования. Судебно-медицинским экспертом, произведено исследование кусочков внутренних органов от трупа Ж., 1976 г.р. ЗАКЛЮЧЕНИЕ.

* Митральный клапан – 2 кус. + дорезка – в соединительной ткани клапана, как базофильный, так и эозинофильный фибриноидный некроз, лейкоцитарная неравномерно выраженная инфильтрация. На клапане наложение фибрина с активной пролиферацией фибробластов, лейкоцитарной инфильтрацией с наличием единичных гемосидерофагов, а также в части полей зрения массивное наложение смешанных с лейкоцитами фибрина с большим количеством колоний кокков. В ряде полей зрения в толще клапана выраженная лейкоцитарная инфильтрация вплоть до микроабсцессов. В одном из кусочков в толще клапана помимо вышеописанного кровоизлияния, большое количество колоний кокков, наложение фибрина и красной крови.
* Почки – 2 кус. + 2 кус дорезки – очаги некрозов, очаги лейкоцитарной инфильтрации. В одном из кусочков некроз почечной паренхимы с образованием микроабсцесса. Мелкие рассеянные очаги гломеруло- и нефросклероза. В части мелких артерий фибриновые, либо лейкоцитарные тромбы. Очаговые паренхиматозные кровоизлияния в области некрозов паренхимы. Стаз крови в венах мозгового слоя. В сохраненных канальцах гидропическая дистрофия клеток эпителия, эктазия просвета в котором определяются мелкозернистые эозинофильные массы. Сохраненные клубочки с набуханием мезангия, малокровны, в просвете капсулы Шумлянского эозинофильные массы.
* Селезенка – в зоне разрыва массивное наложение фибрина с выраженным гемосидерозом. В селезенке на границе с фибрином гемосидероз, лейкоцитарный инфильтрат, очаговые некрозы. В части полей зрения селезенка отделена только жировой прослойкой от хвоста поджелудочной железы с аутолитическими изменениями в ней. Во всех полях зрения в зонах наложения фибрина в селезенке

выраженный гемосидероз. У верхнего полюса селезенки ее паренхима является краем стенки абсцесса с разрастанием фибробластов в стенке и выраженным гемосидерозом. В части артерий селезенки бактериальные тромбы, в сохраненных отделах, фолликулы практически не определяются, в пульпе большое количество гемосидерофагов.

* Миокард – межуточный отек, фибриноидное набухание соединительной ткани вокруг части сосудов, неравномерное кровенаполнение сосудов.
* Диафрагма со стороны брюшной поверхности - диафрагма интимно связана с капсулой абсцесса, в которой большое количество гемосидерофагов, вновь образованных сосудов, активная пролиферация фибробластов и распространяющийся на прилегающую часть диафрагмы лейкоцитарный инфильтрат.
* Желудок – серозная оболочка интимно связана со стенкой абсцесса, строение которого аналогично вышеописанному, лейкоцитарный инфильтрат распространяется на мышечный слой до подслизистого. В слизистой желудка картина хронического гастрита.
* Головной мозг – в мягких мозговых оболочках очаговый склероз с наличием гемосидерофагов, в прилегающих участках коры глиальные рубцы с большим количеством молодых сосудов. В части полей зрения очаги некрозов мозгового вещества в зоне глиальных рубцов, в единичных полях зрения в мягких мозговых оболочках мелкие лейкоцитарные инфильтраты с микронекрозами. В неповрежденных отделах головного мозга стаз крови в сосудах, диапедезные кровоизлияния, выражен периваскулярный и перицеллюлярный отек и внеклеточная гипергидратация. Бактериальных тромбов в просмотренных кусочках мозга не выявлено.
* Легкие – картина очаговой гнойной с микроабсцедированием пневмонии, гнойного эндобронхита. В части полей зрения большое количество гемосидерофагов в просвете альвеол. В единичных перибронхиальных артериолах бактериальные тромбы.

Вопросы:

1. Повреждения обнаруженные при исследовании?
2. Степень тяжести вреда причиненного здоровью человека?
3. Время наступления смерти, причина смерти?
4. Могли ли данные повреждения образоваться в период указанный в постановлении?
5. Состояние опьянения?

Задача №3. (УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-5, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10)

ОБСТОЯТЕЛЬСТВА ДЕЛА. В постановлении о назначении судебно-медицинской экспертизы указано, что «04.08.08г. СО по району СУ СК при прокуратуре РФ по К……. краю возбуждено уголовное дело по факту смерти гр.К., 1951 г.р., по признакам преступления, предусмотренного ч.4 ст.111 УКРФ. Соглсно акту судебно-медицинского исследования трупа А., смерть последней наступила в результате закрытой травмы живота. Кроме того, обнаружены повреждения в виде ЗЧМТ, кровоподтеков».

Представлен акт судебно-медицинского исследования от 15.07.08г. Представлена медицинская карта стационарного больного из ГКБ на имя гр. К., 1951 г.р., которая 07.06.08 в 20-00 бригадой скорой помощи была доставлена в ХО-2 из центральной районной больницы с жалобами на боль в животе, тошноту, рвоту, слабость. Около 3-х дней назад появились вышеперечисленные жалобы. В течение длительного времени употребляла алкоголь, затем была избита неизвестными, состояние ухудшалось. При поступлении состояние средней тяжести. Сознание ясное, запаха алкоголя изо рта нет. Кожа и видимые слизистые бледно-розовые, умеренной влажности. Костно-мышечная система без патологии. Дыхание проводится по всем полям, везикулярное, ЧД 18/мин. АД 120/80 мм.рт.ст. ЧСС 76/мин. Поясничная область без особенностей. Симптом «12 ребра» отрицательный с обеих сторон. Язык сухой, налет серый. Живот не вздут, при пальпации мягкий, умеренно болезненный во всех отделах. Симптомы раздражения брюшины сомнительные. Диагноз: закрытая травма живота? Больной с диагностической целью показан лапароцентез – отказалась. Больная осмотрена нейрохирургом. Диагноз: множественные ушибы мягких тканей лица, тела; смешанная энцефалопатия. Осмотрена токсикологом, заключение: данных за отравление нет. Проведено рентгенологическое исследование № 11844 от 07.06.08г.: травматических изменений костей свода черепа не выявлено, свежих травматических изменений костей грудной клетки не выявлено, гемо- пневмоторакса не выявлено. 08.06 состояние средней тяжести, жалобы на боли в животе. АД 130/80 мм.рт.ст. Пульс 88/мин. Живот не вздут, мягкий, болезненный в области пупка. 09.06 проведена ФГДС, заключение: эрозивный эзофагит, недостаточность кардии, очаговый атрофический …- гастрит. 09.06 проведена операция Лапароцентез. Послеоперационный диагноз: закрытая травма живота? Асцит. 09.06.08 в 23-15 состояние больной тяжелое. АД 60/40 мм.рт.ст. Пульс 110/мин. Больная осмотрена реаниматологом, проведена катетеризация центральной вены. 10.06.08 состояние больной крайне тяжелое, в сознании, контакт затруднен. Пульс слабого наполнения 108/мин. АД 70/30 мм.рт.ст. Живот вздут, мягкий, болезненный во всех отделах. По катетеру мутное геморрагическое отделяемое. Больной показано оперативное лечение. 10.06.08. 11 час. 19 мин. – 14 час. 45 мин. проведена операция: лапаротомия, ревизия, дренирование брюшной полости, ушивание разрыва мочевого пузыря, эпицистостомия. В брюшной полости около 2-х литров мутной желтой жидкости с запахом мочи, на петлях кишечника наложения фибрина. Патологии со стороны органов брюшной полости не выявлено. Обнаружен дефект по задней стенке мочевого пузыря, приглашен уролог. При ревизии мочевого пузыря определяются множественные разрывы по задней боковой стенке от верхушки до дна мочевого пузыря. Раневых дефектов 4: у верхушки 3х3 см, по задней стенке 5х4 см и там же 2 по 2,5х2,5 см. Стенка мочевого пузыря в области разрывов истончена серого цвета с налетом фибрина. Произведено ушивание разрывов стенки мочевого пузыря изнутри и снаружи. На заднюю стенку мочевого пузыря – заплатка из большого сальника. Через верхушку мочевого пузыря установлен цистостомический дренаж. Брюшная полость осушена. В левой подвздошной области выведен перчаточный дренаж выпускник. В правой подвздошной области выведен дренаж по типу Редон, установлен в область малого таза. Послеоперационный диагноз: внутрибрюшинный разрыв мочевого пузыря, мочевой фибринозный перитонит, СПОН. На фоне проводимой интенсивной терапии в 18-05 10.06.08г. у больной наступила остановка дыхания и сердечной деятельности. Пульс, давление не определяются, констатирована смерть. Алкоголь – данных нет. ПОСМЕРТНЫЙ ДИАГНОЗ: Закрытая травма живота, внутрибрюшинные разрывы мочевого пузыря, фибринозный перитонит, множественные ушибы лица, тела. Смешанная энцефалопатия. Эрозивный эзофагит. СПОН.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Данные анализов | | | | |
| Параметры  дата | 07.06 | 08.06 | 09.06 | 10.06 |
| эритроциты | 2,9 |  |  |  |
| Цветной п. | 0,95 |  |  |  |
| гемоглобин | 89 | 80 | 84 | 80 |
| лейкоциты |  | 5,6 |  |  |

НАРУЖНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ. Труп женщины, доставлен без одежды, среднего телосложения, правильного удовлетворительного питания, длиной тела 155 см. Кожа бледно-серая, холодная на ощупь во всех отделах, в отлогих местах тела сливные, фиолетовые, не исчезающие и не меняющие цвет при надавливании трупные пятна. Трупное окоченение достаточно выражено во всех обычно исследуемых группах мышц. Склеры глаз мутные, тусклые, суховаты, кровоизлияний в соединительные оболочки глаз не отмечается, зрачки равновелики по 0,4 см диаметром. Голова правильной формы, кости черепа и лицевого скелета на ощупь целы. Грудная клетка цилиндрическая, эластичная, упругая, ребра на ощупь целы. Живот на одном уровне с грудной клеткой. Естественные отверстия тела и полости рта и носоглотки свободны, чистые. Слизистая оболочка губ синюшная, подсохшая. Половые органы развиты правильно. Кости конечностей целы. ПОВРЕЖДЕНИЯ. Багрово-синюшные с зеленоватым прокрашиванием множественные овальные и округлые с четкими контурами кровоподтеки: на правой нижней конечности, по передненаружной поверхности голени сплошной кровоподтек на участке 23х8 см; по передненаружной поверхности правого бедра с переходом на внутреннюю - 15 кровоподтеков на участке 30х23 см от 3 до 5 см диаметром; по передней, внутренней и наружной поверхности левого бедра 7 кровоподтеков размерами от 5 см в диаметре до 13х9 см на участке 30х30 см; кровоподтек сплошной окраски 20х15 см по наружной передней и внутренней поверхности левой голени; 19х9 см по наружной и тыльной поверхности тыльной стопы; 20х8 см по наружной и задней поверхности ягодичной области в проекции крыла подвздошной кости; 4 кровоподтека диаметром по 3 см, на участке 12х12 см по передней поверхности верхней трети левого плеча; по задней и наружного поверхности левого плеча - диаметром 8 см; в средней трети наружной поверхности средней трети правого плеча 7х6 см; внутренней поверхности нижней трети правого плеча 7х3 см; наружная поверхность лучезапястного сустава диаметром 5 см; наружный конец правой ключицы, диаметром 4 см; область пупка диаметром 7 см; правая поверхность проекции нижней челюсти с переходом на подбородочную область диаметром 7 см; правая скуловая область с переходом на область глаза и боковую поверхность лобной области на участке диаметром 15 см; диаметром 5 см вокруг левого глаза; 2х1 см в центре подбородочной области; диаметр 1 см - проекция левой ветви нижняя челюсть в 0, 5см левее вышеописанного кровоподтека. На животе ушитый лапаротомный разрез длиной 25 см, справа и слева в мезогастрии операционные разрезы длиной по 5 см, справа подключичный катетер. Каких-либо иных повреждений, кроме следов медицинских манипуляций, при исследовании не обнаружено. При проведении воздушной пробы – воздух из плевральных полостей и полостей сердца не получен. При проведении судебно-медицинского исследования трупа использовались: кожные разрезы по методу Шора. ВНУТРЕННЕЕ ИССЛЕДОВАНИЕ Извлечение органокомплекса произведено по методу Шора, с распилом ребер спереди. Череп вскрывался угловым распилом. ПОЛОСТЬ ЧЕРЕПА. Головной мозг исследовался методом Вирхова. В кожно-мышечной лоскуте головы кровоизлияние диаметром 3,5 см в лобной области, в проекции правой надбровной дуги и переносицы. Твердая мозговая оболочка напряжена, серо-перламутрового цвета, блестящая, в синусах ее смешанные свертки крови в большом количестве. Слева по наружной поверхности мозга с переходом на среднюю черепную ямку темно-красное, блестящее пластинчатое плащевидное кровоизлияние субдурально объемом не более 10 мл. Справа по верхней поверхности затылочной доли на участке диаметром 5 см темно-вишневое кровоизлияние в глубине борозд. Мягкие мозговые оболочки вне повреждений тонкие, прозрачные с полнокровными сосудами. Борозды мозга несколько сглажены, извилины слегка уплощены. На миндаликах мозжечка кольцевидная полоса вдавления от краев большого затылочного отверстия, шириной 0,3 см, без губовидного выпячивания вещества мозга внутри кольца и без кровоизлияний. Головной мозг весом 1250 гр. дрябло-эластичный, на разрезах с четкой границей серого и белого вещества и мраморным рисунком подкорковых ядер. Поверхности разрезов тускловаты, липнут к лезвию ножа. Желудочки мозга симметричны, обычного объема, эпендима их бледно-серая, блестящая, влажная, в полостях желудочков следы прозрачной соломенного цвета жидкости. Сосудистые сплетения обычного вида, полнокровны. ОРГАНЫ ШЕИ, ГРУДНОЙ И БРЮШНОЙ ПОЛОСТЕЙ: При ревизии живота - ушитые разрывы мочевого пузыря - у верхушки, горизонтальный, длиной 3 см, на задней стенке – горизонтальный разрыв в виде единого шва с жировой клетчаткой, длина данной зоны 6 см, швы состоятельны. Через переднюю стенку вставлен резиновый катетер, слизистая мочевого пузыря с множественными кровоизлияниями, серо-красная, покрыта фибрином. На листках брюшины множественные наложения фибрина в виде пленок до 0,1 см толщиной, листки розовые, тусклые, мутные. Клетчатка малого таза уплотнена, тусклая на разрезах. Язык синюшный, влажный, обложен желтым, не снимающимся налетом. Слизистые оболочки носоглотки синюшные, влажные, блестящие. В мягких тканях шеи повреждений и кровоизлияний не обнаружено. В плевральных полостях следы прозрачной жидкости, легкие выполняют 2\3 полостей, с блестящей, гладкой и влажной плеврой. Органы брюшной полости расположены анатомически правильно. Просвет пищевода свободен, слизистая его бледно-серая, продольно складчатая, эрозий не обнаружено. Вход и просвет гортани свободен, слизистая оболочка ее бледно-серая. Подъязычная кость и хрящи гортани целы, в мягких тканях ее повреждений не обнаружено. Просвет трахеи и главных бронхов свободен, хрящи трахеи целы. Щитовидная железа обычных размеров, с равновеликими долями, плотно-эластичная, темно-коричневая, на разрезе полнокровна, дольчатого строения. Аорта эластична, с рассеянными липидными пятнами в интиме. Легкие синюшные в передних и темно-синюшные в задних отделах, неравномерно уплотнены, на разрезах пестрые, выбухающие темно-красно-серые очаги чередуются с западающими красными. Правое легкое 600 грамм, левое 650 грамм. Слизистые оболочки воздухо-проводящих путей светло-розовые, набухшие. В полости перикарда следы прозрачной жидкости, листки его гладкие, влажные, блестящие. Сердце дрябло-эластичное, весом 250 грамм, 9х8х7 см. В полостях сердца смешанные свертки крови. Миокард розовато-синюшный, эластичный, полнокровен. Толщина стенки правого желудочка 0,3 см, левого 1,2 см. Клапаны сформированы правильно. Коронарные артерии с тонкими стенками, пустым просветом. Желудок пустой, содержимое кишечника отделам соответствует, слизистые оболочки желудочно-кишечного тракта бледно-серые. Печень желто-коричневая 23х18х15х10 см, 1450 грамм, с закругленным краем, на разрезах, полнокровная, со смазанным рисунком долек. Просвет внепеченочных желчевыводящих путей свободно проходим. Селезенка 50 грамм, 5х5х2 см, дряблая, темно-красная, без соскоба, с кровоизлиянием темно-вишневого цвета под капсулой в области корня на участке диаметром 1,5 см. Почки по 120 грамм, малокровные, 8х4х3 см каждая, эластичные, равновелики. Капсула сползает при надрезе, обнажая ровную поверхность. По краю разреза паренхима наползает на капсулу. На разрезах корковый слой - синюшный, с темно-красным крапом и подчеркнутым рисунком, мозговой слой также с подчеркнутым рисунком, граница слоев отчетливо выражена. Слизистые оболочки лоханок и чашечек бледно-синюшные, гладкие, блестящие, просвет их свободен. Мочеточники проходимы на всем протяжении, с бледно-серой слизистой. Представлен акт судебно-гистологического исследования от: Головной мозг (2 кус, 6 срезов) - малокровие внутримозговых сосудов, отек нейропиля, невроциты с просветленной цитоплазмой, гиперхромным ядром, в одном из кусочков по краю среза со стороны коры отдельно лежащие и прилежащие фрагмента мозгового вещества с умеренным эритродиапедезом, множественные мелкие фрагменты плотных оксифильных масс (костные отломки), кровоизлияний в ткань мозга не обнаружен, мягкая мозговая оболочка отсутствует; во втором кусочке - малокровие сосудов, отек нейропиля, умеренный дистрофические изменения невроцитов, мягкая мозговая оболочка с полнокровными сосудами, разрыхленными, отечными волокнами, на поверхности и в оболочке мелкие множественные фрагменты плотных оксифильных массы, диффузное субарахноидальное кровоизлияние, состоящее из неизмененных эритроцитов, выход небольшого количества лейкоцитов. Твердая мозговая оболочка (1 кус, 4 среза) - оболочки разрыхлены, сосуды полнокровные, на арахноидальной поверхности диффузно-мелкоочаговое наложение неизмененных эритроцитов в виде тонкой полоски с выраженной лейкоцитарной реакцией, выход макрофагов с началом фагоцитоза. Сердце (2 кус, 5 срезов) - малокровие сосудов миокарда, интрамуральные артерии с утолщенными за счет склероза стенками, кардиомиоциты обычных размеров с сохранными ядрами, умеренный склероз периваскулярной стромы. При поляризационной микроскопии набухание миофибрилл, соотношение анизотропных и изотропных дисков 2:1. Некрозов, кровоизлияний, клеточной инфильтрации в представленных кусочках не обнаружено. Легкое (1 кус, 2 среза) - полнокровие сосудов, стаз, агрегация эритроцитов, во всех полях зрения в просвете альвеол светлые эозинофильные массы, большое количество зернистых лейкоцитов, стенки единичных мелких бронхов с лейкоцитарной инфильтрацией, в просвете клетки слущеного эпителия. Плевра не представлена. Печень (1 кус, 2 среза) - умеренное неравномерное полнокровие синусоидов, малокровие портальных и центральных вен, портальная строма умеренно склерозирована сю скудной лимфогистиоцитарной инфильтрацией, тотальная мелко-, средне-, крупнокапельная жировая дистрофия гепатоцитов, некрозов, кровоизлияний, клеточной инфильтрации в представленном кусочке не обнаружено. Почки (1 кус, 2 среза) - на фоне аутолиза малокровие сосудов, клубочки обычных размеров, в просвете извитых канальцев светлые эозинофильные массы, канальцевый нефроэлителий с набухшей цитоплазмой, ровными апикальными краями, сохраненными ядрами, некрозов, кровоизлияний, клеточной инфильтрации в представленном кусочке не обнаружено. Селезенка (1 кус, 3 среза) - на фоне аутолиза полнокровие сосудов, гипоплазия части фолликулов, гиперемия красной пульпы, диффузный, равномерно выраженный гемосидероз, капсула без повреждений, под капсулой диффузное кровоизлияние состоящее из аутолизированных эритроцитов, перифокально лейкостазы. Поджелудочная железа (1 кус, 2 среза) - малокровие сосудов, некрозов, кровоизлияний, клеточной инфильтрации в представленном кусочке не обнаружено. Желудок (1 кус, 3 среза) - полнокровие сосудов подслизистого слоя, малокровие слизистой, некрозов, кровоизлияний, клеточной инфильтрации в представленном кусочке не обнаружено. Мягкие ткани без маркировки (2 кус, 6 срезов) - представленные мышечной и рыхлой соединительной тканью, на фоне аутолиза полнокровие сосудов, единичные лейкостазы, диффузные перивазальные кровоизлияния, состоящие из обесцвеченных, аутолизированных эритроцитов. Заключение: В кусочках мягких тканей без маркировки диффузные перивазальные кровоизлияния с начальными реактивными изменениями. Подкапсульное полосовидное кровоизлияние в селезенке с начальными реактивными изменениями. Диффузно-мелкоочаговое субдуральное кровоизлияние с начальными реактивными изменениями. Диффузное субарахноидальное кровоизлияние с начальными реактивными изменениями. Отек головного мозга и мягкой мозговой оболочки. Дольково-сливная серозно-гнойная бронхопневмония. Жировой гепатоз. Гемодинамическое расстройство кровообращения в легком. Малокровие головного мозга, миокарда, печени, почки, поджелудочной железы, желудка.

Вопросы:

1. Повреждения обнаруженные при исследовании?
2. Время наступления смерти, причина смерти?
3. Количество воздействий, характер повреждающего предмета?
4. За какое время до наступления смерти были нанесены повреждения?
5. Состояние опьянения?

Задача № 4. (УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-5, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10)

ОБСТОЯТЕЛЬСТВА ДЕЛА. В постановлении о назначении судебно-медицинской экспертизы указано, что «Настоящее уголовное дело возбуждено 17 августа 2009 года следственным отделом по Советскому району г. Красноярска следственного управления Следст­венного комитета при прокуратуре Российской Федерации по К…… краю по признакам преступления, предусмотренного ч. 4 ст. 111 УК РФ по факту причинения тяжкого вреда здоровью гр. П., повлекшего смерть послед­ней. 12.08.2009 было проведено исследование трупа гр. П.»

Представлен акт от 12.08.09, согласно которому: «Представлена медицинская карта стационарного больного из ГКБ на имя П., 03.08.1967 г.р., согласно которой она была доставлена бригадой скорой помощи 08.08.2009г. в 00.05. в ГКБ во втрое хирургическое отделение.

Совместный осмотр хирурга и нейрохирурга при поступлении: жалобы на боли в области ушибов, боль в животе, слабость, головокружение. Травма криминальная, со слов больной, 07.08.09 в 22.00., была избита неизвестными по адресу пр.Комсомольский 0, сознание после травмы не теряла. 07.08.09 употребляла алкоголь. Бригадой скорой помощи доставлена в ГКБ. общее состояние больной средней степени тяжести, нормостенического типа телосложения, удовлетворительного питания. Кожные покровы и видимые слизистые бледные, умеренно влажные, периферические л\у без особенностей. При пальпации грудная клетка безболезненная, дыхание в легких везикулярное, проводится по всем полям, хрипов нет. ЧДД 17\мин, сердечные тоны ясные, ритмичные, ЧСС 90\мин, АД 100\70 мм рт.ст. Язык влажный. Живот симметричный, не вздут, участвует в акте дыхания ограниченно, при пальпации мягкий, болезненный, во всех отделах, перитонеальные симптомы сомнительные. Печень по краю реберной дуги. Данных о диурезе нет, периферических отеков нет. Симптом 12 ребра отрицательный с двух сторон. Неврологический статус: в сознании, адекватна, ориентирована, эмоционально лабильна, изо рта запах, похожий на алкоголь. Зрачки равны, фотореакции сохранены, установочный горизонтальный нистагм. Язык по средней линии, лицо симметрично, бульбарных нарушений нет. Мышечный тонус в конечностях умеренный, сухожильные рефлексы без разницы сторон, снижены. Менингеальной симптоматики нет, стопных знаков нет, пнн - не уверенно. Нарушения чувствительности нет. Тазовых нарушений нет. Локально: данных за отоназоликворею нет. Изо рта запах, похожий на алкоголь. На рентгенографии черепа – без травматических повреждений. В области левой скулы багрово-фиолетовый кровоподтек, незначительно болезненный при пальпации. Данных за черепно-мозговую травму нет. Диагноз: закрытая травма живота? Ушибы мягких тканей лица. Алкогольное опьянение. Для исключения у больной повреждения органов брюшной полости – больной показана операция – лапароцентез.

08.08.09 операция лапароцентез: получена кровь. Диагноз: закрытая травма живота. Гемоперитонеум. Показано оперативное лечение.

В истории болезни имеется протокол ультразвукового исследования от 08.08.09.: печень расположена обычно, увеличена правая доля, левая доля (КВР 16,4; ККР 13,1), контуры ровные, структура однородная алкогольное опьянение? Эхогенность повышенная, зернистость средняя, эхоплотность повышенная, неэластичная. Кисты не выявлены. Сосудистый рисунок сохранен. Печеночные протоки не расширены. Холедох 0,62, вена поргальная 1,1. желчный пузырь расположен обычно, сокращен, размеры 6,6х1,5, стенки уплотнены. Полость гомогенная, камни….. Поджелудочная железа расположена обычно, контуры неровные. Размеры головки 3,4, тело 2,1, хвост 4,1. структура однородная, уплотнена, повышенной эхогенности. Очаги, кисты не визуализируются. Вирсунгов проток не визуализируется. Селезенка размеры 13,5х6,6 ровные контуры, …., повышенной эхогенности. Эксудат в брюшной полости, в плевральной полости не визуализируется. Заключение: камень в желчном пузыре. Гепатоспленомегалия. Диффузные изменения печени, поджелудочной железы, селезенки. Хр.панкреатит.

В истории болезни имеется протокол рентгенологического исследования черепа от 08.08.09: травматических изменений свода черепа не выявлено.

08.08.09 операция: лапаротомия, ревизия, спленэктомия, дренирование брюшной полости: после обработки рук, операционного поля под интубационным наркозом произведена верхнесрединная лапаротомия. В брюшной полости до 1,5 л крови со сгустками. Брюшная полость осушена. При ревизии в области ворот селезенки обнаружен разрыв 3х1 см, кровоточит. Селезенка увеличена в … 15х8х5, на сосудистую ножку наложен зажим. Спленэктомия, кожа прошита лавсаном. Получен гемостаз. При осмотре печени обнаружено, что последняя плотная бугристая, белесоватой окраски, цирротически изменена. Далее осмотрен желудок, ДПК, толстая, тонкая кишка, диафрагма, органы забрюшинного пространства, повреждений не выявлено. Санация брюшной полости. Дренирование брюшной полости. Диагноз: закрытая травма живота. Разрыв селезенки. Внутрибрюшное кровотечение. Геморрагический шок 3. Цирроз печени.

09.08.09 рентгенологическое исследование грудной клетки №15031: легочные поля расправлены. Гемопневмоторакса нет. Синусы свободные. Легочной рисунок диффузно усилен и обогащен за счет сосудистого компонента. Тень сердца расположена срединно.

09.08.09. состояние больной резко ухудшилось, без сознания. АД не определяется, пульс нитевидный. Дыхание не определяется. Начаты реанимационные мероприятия.

Осмотр реаниматолога: на момент осмотра состояние больной терминальное. Зрачки широкие, D<S, фотореакции нет. Мышечный тонус, рефлексы снижены. Кожа и видимые слизистые бледно-серые, на ощупь холодные, периферический кровоток резко снижен. Спонтанное дыхание … Пульсации на магистральных сосудах нет. Сердечные тоны не выслушиваются. Реанимационные мероприятия без эффекта. 09.08.09 в 10.50. констатирована смерть. Посмертный диагноз: закрытая травма живота. Разрыв селезенки. Осл.: геморрагический шок 3. постгеморрагическая анемия. ТЭЛА. Соп.диагноз: цирроз печени. Операция 08.09.08.: лапаротомия, спленэктомия, дренирование брюшной полости.

Алкоголь – анализы крови и мочи на алкоголь в истории болезни отсутствуют.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Данные анализов | | | | |
| Параметры  дата | 08.08.2009 |  |  |  |
| эритроциты | 3,4 |  |  |  |
| Цветной п. | 0,8 |  |  |  |
| гемоглобин | 93 |  |  |  |
| тромбоциты |  |  |  |  |
| гематокрит |  |  |  |  |
| лейкоциты |  |  |  |  |
| базофилы |  |  |  |  |
| эозинофилы |  |  |  |  |
| миелоциты |  |  |  |  |
| Юные |  |  |  |  |
| палочкоядерные |  |  |  |  |
| сегментоядерные |  |  |  |  |
| лимфоциты |  |  |  |  |
| моноциты |  |  |  |  |
| Дегенеративные изменения нейтрофилов |  |  |  |  |
| Анизоцитоз |  |  |  |  |
| Пойкилоцитоз |  |  |  |  |
| Полихромазия |  |  |  |  |
| РОЭ |  |  |  |  |
| Амилаза |  |  |  |  |
| мочевина | 2,4 |  |  |  |
| Билирубин общ. | 12,6 |  |  |  |
| Прямой | 4,6 |  |  |  |
| непрямой | 8,0 |  |  |  |
| Глюкоза | 7,6 |  |  |  |
| Белок крови |  |  |  |  |
| Калий | 4,2 |  |  |  |
| Натрий | 126 |  |  |  |
| Уд. вес мочи |  |  |  |  |
| Белок мочи |  |  |  |  |
| Лейкоциты мочи |  |  |  |  |
| Эритроциты мочи |  |  |  |  |

НАРУЖНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ. Труп женщины, доставлен без одежды, среднего телосложения, правильного телосложения повышенного питания, длиной тела 160 см. Кожа бледно-серая, холодная на ощупь во всех отделах, в отлогих местах тела сливные, фиолетовые, не исчезающие и не меняющие цвет при надавливании трупные пятна. Трупное окоченение достаточно выражено во всех обычно исследуемых группах мышц. Склеры глаз мутные, тусклые, суховаты, кровоизлияний в соединительные оболочки глаз не отмечается, зрачки равновелики по 0,4 см диаметром. Голова правильной формы. Грудная клетка цилиндрическая, эластичная, упругая, ребра на ощупь целы. Живот на одном уровне с грудной клеткой. Естественные отверстия тела и полости рта и носоглотки свободны, чистые. Слизистая оболочка губ синюшная, подсохшая. Анальное отверстие сомкнуто. Половые органы развиты правильно. Кости конечностей целы.

ПОВРЕЖДЕНИЯ. На лице слева в скуловой области у нижнего угла глаза –горизонтальная овальная ссадина 2х3 см; на фоне синюшного кровоподтека в скуловой области диаметр которого 6 см. На животе средне-срединный лапаротомический разрез длиной 27 см. Иных повреждений не выявлено.

При проведении воздушной пробы – воздух из плевральных полостей и полостей сердца не получен. При проведении судебно-медицинского исследования трупа использовались: кожные разрезы по методу Шора.

ВНУТРЕННЕЕ ИССЛЕДОВАНИЕ

Извлечение органокомплекса произведено по методу Шора, с распилом ребер спереди. Череп вскрывался угловым распилом. Доступ к спинному мозгу осуществлялся сзади по методу Медведева.

Масса органов.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Масса |  | норма |
| Мозг | 1300 | До 1400 |
| Легкое правое | 855 | 450 |
| левое | 810 | 375 |
| Сердце | 310 | 200-400 |
| Печень | 1300 | 1200-2000 |
| Селезенка | - | 80-180 |
| Почки Правая/Левая | 168/180 | 275-310 (обе) |

ПОЛОСТЬ ЧЕРЕПА. Кожно-мышечный лоскут головы блестящий, полнокровный, без кровоизлияний и повреждений. Кости свода и основания черепа целы. Твердая мозговая оболочка напряжена, серо-перламутрового цвета, блестящая, в синусах ее темная жидкая кровь в большом количестве. Субдуральное пространство свободно. Мягкие мозговые оболочки тонкие, прозрачные с полнокровными сосудами, походу которых рассеянные точечные субарахноидальные кровоизлияния в глубине борозд. Борозды мозга несколько сглажены, извилины слегка уплощены. На миндаликах мозжечка кольцевидная полоса вдавления от краев большого затылочного отверстия, шириной 0,3 см, без губовидного выпячивания вещества мозга внутри кольца и наличием кровоизлияний внутри кольца. Головной мозг дрябло-эластичный, на разрезах с четкой границей серого и белого вещества и мраморным рисунком подкорковых ядер. Поверхности разрезов тускловаты, липнут к лезвию ножа. Желудочки мозга симметричны, обычного объема, эпендима их бледно-серая, блестящая, влажная, в полостях желудочков следы прозрачной соломенного цвета жидкости. Сосудистые сплетения обычного вида, полнокровны. Очагов повреждений не выявлено.

ОРГАНЫ ШЕИ, ГРУДНОЙ И БРЮШНОЙ ПОЛОСТЕЙ: язык синюшный, влажный, обложен серовато-желтым, не снимающимся налетом. Слизистые оболочки носоглотки синюшные, влажные, блестящие. В мягких тканях шеи повреждений и кровоизлияний не обнаружено. В плевральных полостях следы прозрачной жидкости, легкие выполняют 2\3 полостей, с блестящей, гладкой и влажной плеврой. Органы брюшной полости расположены анатомически правильно, в полости следы прозрачной жидкости соломенного цвета. Листки брюшины гладкие, влажные, блестящие. Просвет пищевода свободен, слизистая его бледно-серая, продольно складчатая. Вход и просвет гортани свободен, слизистая оболочка ее бледно-серая. Подъязычная кость и хрящи гортани целы, в мягких тканях ее повреждений не обнаружено. Просвет трахеи и главных бронхов свободен, хрящи трахеи целы. Щитовидная железа обычных размеров, с равновеликими долями, плотно-эластичная, темно-коричневая, на разрезе полнокровна, дольчатого строения. Аорта эластична, со следами жидкой крови в просвете и рассеянными липидными пятнами в интиме. При ревизии брюшной стенки слева, не связанное с операционным разрезом, в мезогастрии в 5 см от проекции пупка, кровоизлияние диаметром 6 см под париетальную брюшину, селезенка отсутствует. Корень ее перевязан, швы состоятельны. Коричневая инфильтрация хвоста поджелудочной железы; в теле и хвосте – множественные жировые некрозы. Множественные точечные кровоизлияния под висцеральную плевру и эпикард. На кишечнике нежное наложение фибрина. В брыжейке тонкой кишки слева – кровоизлияния в количестве 3-х, диаметром по 3 см. По центру большой кривизны желудка кровоизлияние в толщу стенки диаметром 5 см. Легкие темно-синюшные, равномерно уплотнены, «тяжелые», на разрезах темно-красные с обычным рисунком, полнокровны. Слизистые оболочки воздухо-проводящих путей светло-розовые, набухшие. Бифуркационные лимфоузлы от 1 до 2 см, эластичные, не спаянные между собой и с окружающими тканями, темно-синюшные, на разрезах сочные, с обычным рисунком. В полости перикарда следы прозрачной жидкости, листки его гладкие, влажные, блестящие. Сердце дрябло-эластичное, 11х10х9 см, с избыточным отложением жира под эпикардом. В полостях сердца следы жидкой крови. Миокард розовато-синюшный, эластичный, с сетчатым разрастанием соединительной ткани, неравномерного кровенаполнения. Толщина стенки правого желудочка 0,3 см, левого 1,2 см. Клапанный и пристеночный эндокард тонкий, прозрачный, клапаны сформированы правильно. Коронарные артерии с неравномерно утолщенными стенками за счет полулунных и кольцевидных атеросклеротических бляшек с кальцинозом, с облитерацией просвета не более чем на 1/3. Желудок пустой, содержимое кишечника отделам соответствует, слизистые оболочки желудочно-кишечного тракта бледно-серые. Мезентериальные лимфоузлы располагаются раздельно, диаметр их не более 1 см, эластичны. Печень 25х16х15х13 см, плотно-эластичная, мелкобугристая, желто-коричневая с поверхности и на разрезах, полнокровная, со смазанным рисунком долек. Просвет внепеченочных желчевыводящих путей свободно проходим. Поджелудочная железа описана выше. Надпочечники листовидной формы, обычных размеров, на разрезах граница слоев четкая. Почки равновелики, 13х8х5 см, дряблые. Капсула сползает при надрезе, обнажая ровную поверхность. По краю разреза паренхима наползает на капсулу. На разрезах слои синюшные, не различимы, с темно-красным крапом. Слизистые оболочки лоханок и чашечек бледно-синюшные, гладкие, блестящие, просвет их свободен. Мочеточники проходимы на всем протяжении, с бледно-серой слизистой. Мочевой пузырь пуст, слизистая оболочка его складчатая, бледно-серая, уретра свободно проходима.

Данные дополнительных методов исследования.

Представлена служебная записка к акту судебно-химического исследования № 3795 от 18.08.2009г.: при судебно-химическом исследовании вещественных доказательств, изъятых при вскрытии трупа гр. Бедаревой О.П., 1967 г.р. экспертом-химиком Старковой Т.С. не обнаружен этиловый спирт в концентрации: в крови 0,0 промилле, в мочевом пузыре 0,0 промилле.

А К Т Судебно-гистологического исследования Судебно-медицинским экспертом, произведено исследование кусочков внутренних органов от трупа Б., с целью подтверждения/установления диагноза «Заключение эксперта» Судебно-медицинский диагноз: «ЗТЖ». Дата поступления объектов в отделение Ход исследования: Фиксация – 10% формалин, проводка парафиновая, окраска – гематоксилин - эозин. Пикрофуксин.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

* В передней брюшной стенке (а) кровоизлияния с лейкоцитарной инфильтрацией и гемосидерозом.
* Поджелудочная железа – тотальный панкреонекроз с очаговым гемосидерозом, мелкими очагами гнойного воспаления и сохраненными мелкими гематомами с начальной организацией.
* Легкие – межуточный отек, неравномерное кровенаполнение сосудов.
* Тонкая кишка – фибринозно-гнойный перитонит, реактивный с очагами некрозом энтерит.
* Почки – субтотальный некронефроз.
* Печень – микронодуллярный цирроз.

Вопросы:

1. Повреждения обнаруженные при исследовании?
2. Степень тяжести вреда здоровью?
3. Причина смерти?
4. Могли ли данные повреждения образоваться от падения с «высоты собственного роста»?
5. Состояние опьянения?

Задача № 5. (УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-5, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10)

ОБСТОЯТЕЛЬСТВА ДЕЛА. В ходе проведенной проверки было установлено, что 23.11.2008 г. около 20 час. 00 мин. находясь на лестничной площадке д. № 00 по ул. Мира, г. К……. между гр. В. и гр. Г. произошел конфликт, в ходе которого гр. В. нанес гр. Г. один удар ногой в живот.

Согласно акта судебно-медицинского исследования трупа от 31.12.2008 г. следует, что смерть гр. Г. наступила в результате закрытой тупой травмы живота с разрывом кишечника и печени, приведшей к развитию разлитого гнойного перетонита.

В настоящее время возникла необходимость в применении специальных познаний в области медицины, с целью квалификации действия гр. В.

На основании изложенного и руководствуясь ст. 195 - 205 УПК РФ,

* Представлен Акт СМИ от 04.12.08. в котором: представлена медицинская карта стационарного больного из ГКБ на имя гр. Г., 1940 г.р., согласно которой он поступил 25.11.2008 года в 18.40 с жалобами на боли в животе, тошноту. Травма бытовая, дома, около 2-х дней назад. Со слов врача "скорой помощи" – был избит. Объективно: состояние тяжелое, сознание ясное. Контактен, адекватен, ориентирован. Артериальное давление 90/60 мм.рт.ст., пульс 78 в минуту. Локально: живот болезненный во всех отделах, печеночная тупость сохранена. Произведена операция – лапаротомия, ревизия, ушивание разрыва тонкой кишки, санация и дренирование брюшной полости. При ревизии в брюшной полости 1,5 литра гнойно-фибринозного выпота с примесью тонкокишечного содержимого. Полость осушена. В 80 см от связки Трейца имеется разрыв тонкой кишки по противобрыжеечному краю до 2,5 см в диаметре, края разрыва рассечены, рана ушита. В послеоперационном периоде состояние больного остается крайне тяжелым, сознание оглушение 2. Живот не вздут. Находится в реанимационном отделении, 28.11.2008 года произведена повторная лапаротомия, санация брюшной полости. 02.12.2008 в 21-30, несмотря на проводимое лечение, констатирована смерть больного. ПОСМЕРТНЫЙ ДИАГНОЗ: закрытая травма живота, разрыв тонкой кишки. Разлитой гнойный перитонит, эндотоксикоз тяжелой степени. Данных о наличии этилового алкоголя в крови в истории болезни не обнаружено.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Данные анализов | | | | |
| Параметры  дата | 25.11.08 | 28.11.08 | 30.11.08 |  |
| эритроциты | 3,3 | 3,85 | 4,1 |  |
| Цветной п. | 1,05 | 0,97 | 0,96 |  |
| гемоглобин | 119 | 124 | 130 |  |
| тромбоциты | 132 | 70 агр | 87 |  |
| ретикулоциты |  |  |  |  |
| лейкоциты | 3,0 | 6,2 | 17,9 |  |
| базофилы | 1 |  |  |  |
| миелоциты | 1 |  |  |  |
| Юные | 2 |  |  |  |
| палочкоядерные | 57 | 15 | 22 |  |
| сегментоядерные | 20 | 74 | 73 |  |
| Индекс ядерного сдвига |  |  |  |  |
| лимфоциты | 13 | 4 | 4 |  |
| моноциты | 6 | 7 | 1 |  |
| Плазматические клетки |  |  |  |  |
| Дегенеративные изменения нейтрофилов | ++ лейколиз | ++ | ++ |  |
| Анизоцитоз |  | + с макроцитами | + |  |
| Полихромазия |  |  | + |  |
| Нормобласты |  |  |  |  |
| РОЭ | 15 | 44 | 22 |  |
| Амилаза | 357 | 457 |  |  |
| мочевина | 12,8 | 15,4 | 16,6 |  |
| Билирубин общ. | 16,3 | 10,7 | 10,2 |  |
| Прямой | 7,4 | 4,2 | 4,7 |  |
| непрямой | 8,9 | 6,5 | 5,5 |  |
| Сахар | 12,8 | 9,0 | 5,5 |  |
| АЛТ | 40,0 | 52,8 |  |  |
| АСТ | 92,1 | 112,5 |  |  |
| Креотинин | 230,8 | 160,5 |  |  |
| Белок крови | 38,2 | 53,6 | 51,0 |  |
| Калий | 3,9 | 4,6 | 3,8 |  |
| Натрий | 120 | 156 | 166 |  |
| Уд. вес мочи | 1002 | 1011 | 1011 |  |
| Белок мочи | 125 | 170 | 200 |  |
| Лейкоциты мочи | 5-10 | ед | 1-3 |  |
| Эритроциты мочи | Значит. Кол-во | 0-2-3 | 0-1 |  |

НАРУЖНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ. На секционном столе труп мужчины, доставлен из стационара ГКБ № 6 без одежды, среднего телосложения, удовлетворительного питания, длиной тела 167 см. Кожа бледно-серая, холодная на ощупь во всех отделах. По задней поверхности тела, в отлогих местах тела сливные, фиолетовые, не исчезающие и не меняющие цвет при надавливании трупные пятна. Трупное окоченение выражено во всех обычно исследуемых группах мышц. Склеры глаз мутные, суховаты, радужки тусклые, кровоизлияний в соединительные оболочки глаз не отмечается, зрачки равновелики по 0,4 см диаметром. Голова правильной формы, кости черепа и лицевого скелета на ощупь целы. Грудная клетка цилиндрическая, эластичная, упругая, ребра на ощупь целы. Живот несколько ниже уровня реберных дуг грудной клетки. Естественные отверстия тела и полости рта и носоглотки свободны, чистые. Слизистая оболочка губ синюшная, подсохшая без видимых кровоизлияний в слизистых оболочках. Анальное отверстие сомкнуто, кожа вокруг него слегка опачкана каловыми массами. Половые органы развиты правильно. Кости конечностей на ощупь целы. ПОВРЕЖДЕНИЯ. На передней брюшной стенке имеется ушитая хирургическим швами операционная рана. Каких-либо иных повреждений, кроме следов медицинских манипуляций, при наружном исследовании не обнаружено.

ВНУТРЕННЕЕ ИССЛЕДОВАНИЕ. Полость черепа: Внутренняя поверхность кожно-мышечного лоскута головы бледно-розовая. Кровоизлияний в нем не видно. Кости черепа вскрыты угловым распилом, в пределах распила целы. Твердая мозговая оболочка умеренно напряжена, вскрыта, над и под ней кровоизлияний нет. Головной мозг извлечен, масса его 1360 грамм. Мягкие мозговые оболочки отечны, сосуды их заполнены кровью. Под мягкими оболочками кровоизлияний нет. Головной мозг эластичный, борозды и извилины несколько уплощены за счет отека. Ткань мозга на разрезах блестящая, полнокровная, прилипает к ножу. На поверхности разрезов выступает большое количество точек и полосок крови, которые легко снимаются спинкой ножа. Граница между серым и белым веществом четкая. Визуально кровоизлияний и очагов разрушения в ткани мозга нет. Желудочки мозга щелевидны, содержат незначительное количество розоватого прозрачного ликвора. Сосуды основания мозга тонкостенные, просвет их свободен. Твердая мозговая оболочка с основания черепа удалена, кости основания черепа целы. Толщина костей черепа в пределах распила в лобной области 0.7см, в затылочной 0.8см, в височных по 0.4см. Язык синюшный, влажный, незначительно обложен серовато-желтым налетом. Слизистые оболочки носоглотки синюшные, влажные, блестящие. В мягких тканях шеи повреждений и кровоизлияний не обнаружено. Вход и просвет гортани свободен, слизистая оболочка ее бледно-серая. Подъязычная кость и хрящи гортани целы, в мягких тканях ее повреждений не обнаружено. Просвет трахеи и главных бронхов свободен, хрящи трахеи целы. Щитовидная железа обычных размеров, с равновеликими долями, плотно-эластичная, темно-коричневая, на разрезе полнокровна, дольчатого строения. Просвет пищевода свободен, слизистая его бледно-серая, продольно складчатая. ГРУДНАЯ БРЮШНАЯ ПОЛОСТИ. Органы брюшной и грудной полостей расположены анатомически правильно, легкие выполняют 2\3 полостей, петли кишечника умеренно вздуты. Органокомплекс извлечен единым блоком. Плевра влажная блестящая, в плевральных полостях следы прозрачной жидкости. Легочная плевра влажная, блестящая. Под ней, особенно, в прикорневых отделах легких и по базальным поверхностям, множественные точечные кровоизлияния. Легкие розово-красные в передних и темно-красные в задних отделах, тестоватой консистенции, структура их хорошо выражена, над поверхностью разрезов незначительно выстоят мелкие бронхи и сосуды, ткань их полнокровна. Слизистые оболочки воздухопроводящих путей серовато-розовые, набухшие. Перикард не напряжен, вскрыт. В полости перикарда следы прозрачной жидкости, листки его гладкие, влажные. Сердце дрябло-эластичное, извлечено, весом 440 грамм, размеры его 14х14х10 см. Под эпикардом отмечается умеренное количество жировой ткани. В полостях сердца немного жидкой темной крови с мелкими единичными темно-вишневыми свертками. Миокард красно-коричневый, эластичный, неравномерного кровенаполнения. Толщина стенки правого желудочка 0,4 см, левого 1,7 см. Пристеночный эндокард тонкий, полупрозрачный, клапаны сформированы правильно, тонкие. Аорта эластична, со следами жидкой крови в просвете и рассеянными липидными пятнами в интиме. Коронарные артерии с тонкими стенками, пустым просветом. В брюшной полости нет какой-либо жидкости. Париетальная и висцеральная брюшина выглядят тусклыми, грязно-серыми, на ощупь представляются шероховатыми, сухими. На них, особенно в области печеночного угла и на желудке отмечается наложение белесоватых нитей фибрина и незначительного количества гноевидных масс. Желудок пустой в его полости следы сероватой жидкости. На тонкой кишке имеются хирургические швы, содержимое кишечника отделам соответствует, слизистые оболочки их бледно-серые. Печень 26х20х15х11 см, плотно-эластичная, желто-коричневая с поверхности и на разрезах, полнокровная, со смазанным рисунком долек. По диафрагмальной поверхности левой доли печени отмечается кровоизлияние в паренхиму 5х5х2 см на глубине 1 см от капсулы. В желчном пузыре 15 мл жидкой темно-зеленой желчи, слизистая оболочка его темно-зеленая, бархатистая. Просвет внепеченочных желчевыводящих путей свободно проходим. Поджелудочная железа обычных размеров, плотно-эластичная, бледно-серая, на разрезах дольчатого строения. Селезенка массой 150 грамм, 7х6х4 см, синюшная, полнокровна, эластична, без соскоба. Надпочечники листовидной формы, обычных размеров, на разрезах граница слоев четкая. Почки равновелики, массой по 140 грамм, 13х6х4 см, дрябло-эластичные. Капсула сползает при надрезе, обнажая ровную поверхность. На разрезах корковый слой - синюшный, с темно-красным крапом и подчеркнутым рисунком, мозговой слой также с подчеркнутым рисунком, граница слоев отчетливо выражена. Слизистые оболочки лоханок и чашечек бледно-синюшные, гладкие, блестящие, просвет последних свободен. Мочеточники проходимы на всем протяжении, с бледно-серой слизистой. Мочевой пузырь пуст, слизистая оболочка его складчатая, бледно-серая, уретра свободно проходима. Из трупа для судебно-гистологического исследования взяты кусочки внутренних органов на патоморфологические изменения. Для судебно-биологического исследования взята кровь. ДАННЫЕ ДОПОЛНИТЕЛЬНЫХ МЕТОДОВ ИССЛЕДОВАНИЯ. Представлен акт судебно-гистологического исследования от 22.12.08 Микроскопически: Головной мозг (2кус.7срез)- В извилине большого полушария малокровие артерий и артериол сосудистой оболочки и вещества мозга, полнокровие тонких вен в сером и белом веществе с перивенулярными кровоизлияниями, в избыточной межклеточной жидкости более темное окрашивание чем обычно, невроциты сморщены с гиперхромными ядрами; в кусочке из ствола мозга избыточное скопление межклеточной жидкости, переполнение кровью вен и венул с многочисленными перивенулярными кровоизлияниями. Сердце (1кус.Зср.)-В эпикарде полоска жировой ткани с полнокровными венами и капиллярами, небольшое кровоизлияние в строме жировой ткани; кардиоциты средние по размерам, строма рыхлого вида, расширена с разобщением многих миоцитов, полнокровие вен и венул, стаз крови в густой сети капилляров; интрамуральные артерии с очаговыми утолщениями интимы, слабо кровенаполнены. Легкое (1кус.Зср.)-Полнокровие сосудов плевры и межальвеолярных перегородок и более крупных вен и артерий, в просвете альвеол экссудат из белковой жидкости, большого числа сегментоядерных лейкоцитов, альвеолярных макрофагов и. эритроцитов, гиперемия сосудов стенка бронхов, в просвете бронхов экссудат из лейкоцитов, под плеврой небольшие кровоизлияния в альвеолы. Печень (1кус.Зср.)-В препарате с одной из поверхностей кусочка плотно прилежит красный сверток крови из красных эритроцитов без границ клеток, с противоположной стороны под свертком крови некроз ткани печени с более бледной окраской гепатоцитов, на границе тканей очаговое скопление сегментоядерных лейкоцитов, макрофагов, на удалении в центре долек вокруг центральных вен некроз гепатоцитов с умеренной лейкоцитарной и макрофагальной реакцией, полнокровие синусоидов. Кишечник (2 кус.6ср.)-Кровоизлияния в серозной, мышечной ( с расслоением пучке в мышечных волокон) и подслизистой оболочках кишки, мелкоочаговые кровоизлияния в строме слизистой, полная десквамация покровного эпителия ворсинок, отек стромы слизистой. Поджелудочная железа (1 кус.)-Строение долек не нарушено, полнокровие мелких сосудов в дольках и междольковой ткани, в адвентиции одной из междольковых вен небольшое скопление эритроцитов, экзокринные отделы не нарушены, воспалительной инфильтрации не выявлено. Желудок (1 кус.)-В слизистой перестройка многих желез по кишечному типу, малокровие сосудов стромы слизистой, на поверхности слизистой бесструктурные комочки желтоватой окраски малокровие сосудов мышечной оболочки, в серозной перивазальные макрофагальные инфильтраты и диапедезные кровоизлияния, на поверхности серозной оболочки широкая полоска из уплотненных нитей фибрина и распадающихся лейкоцитов между нитями фибрина. Почка(1кус.3ср)-В клетчатке над капсулой почки мелкоочаговые кровоизлияния из красных эритроцитов, склероз артерий и артериол вблизи клубочков клубочки с умеренно и слабо кровенаполненными капиллярами, полнокровие некоторых перитубулярных сосудов, полнокровие.

Вопросы:

1. Повреждения обнаруженные при исследовании?
2. Степень тяжести вреда причиненного здоровью человека?
3. Время наступления смерти, причина смерти?
4. Соответствуют ли повреждения, обстоятельствам указанным в постановлении?
5. Состояние опьянения?

Эталон №1

1. При судебно-медицинской экспертизе трупа обнаружены телесные повреждения в виде: закрытая черепно-мозговая травма – ссадина слева в лобной области, 2-ва кровоизлияния в коже теменной области, вдавленный многооскольчатый перелом левых теменной и височной костей с распространением линии перелома на лобную кость, эпидуральная дисковидная гематома в зоне перелома, субарахноидальные и внутримозговые кровоизлияния справа в теменной доле, по наружной поверхности левой лобной доли, по базальной поверхности правой лобной доли, по базальной поверхности левой височной доли.
2. Обнаруженная при настоящей экспертизе, ЧЕРЕПНО-МОЗГОВАЯ ТРАВМА причинила вред, опасный для жизни человека и согласно пункту 4.а Правил определения степени тяжести вреда, причиненного здоровью человека (Постановление Правительства РФ от 17 августа 2007 г. N 522) и пункта 6.1. приказа МЗиСР РФ 194н от 24.04.2008.г., квалифицируется, как обусловившая тяжкий вред здоровью. Черепно-мозговая травма имеет прямую причинную связь со смертью.
3. Смерть наступила В 8-05 14.04.09. в результате закрытой черепно-мозговой травмы с переломом костей свода черепа, множественными ушибами головного мозга, осложнившейся отеком и дислокацией головного мозга тс некрозом стволовых отделов. Вывод подтверждается клинико-морфологической картиной - обнаружение многооскольчатого вдавленного перелома теменной и височной костей и ушибов головного мозга, обнаруженных во время операции и экспертизы трупа.
4. Локализация и совокупность телесных повреждений позволяет говорить, что травма имеет импрессионный механизм, и возникла от воздействий твердого тупого предмета (предметов), без четких идентифицирующих признаков, с массой меньше массы головы, каковыми могут быть, в том числе и указанные в постановлении металлические биты. Количество ударных воздействий на голову не менее 4-х. 2-ва воздействия на центр теменной области (2-ва кровоизлияния в коже) с направлением действия травмирующих сил сверху вниз с наличием противоударных кровоизлияний в по базальной поверхности лобных и височной доли. 1-но воздействие на левую лобную область с прогибанием кости и ушибом лобной доли в месте воздействия с действием травмирующей силы спереди назад. Не менее чем однократное воздействие сверху вниз с права налево на правую теменно-височную область с образованием вдавленного перелома и размозжения головного мозга в зоне воздействия. Указать характеристики предмета (предметов) не представляется возможным из-за хирургической обработки перелома черепа.
5. Данных за алкогольное опьянение пострадавшего при поступлении в стационар, в истории болезни не обнаружено.

Эталон№2

1. При судебно-медицинской экспертизе трупа обнаружены телесные повреждения в виде: а) сочетанная торакоабдоминальная травма - переломы 10 и 9 ребер слева по средне-подмышечной линии, полный поперечный разрыв селезенки, внутрибрюшная гематома у верхнего полюса селезенки; б) закрытая черепно-мозговая травма – очаги ушиба головного мозга в виде субарахноидальных и внутримозговых кровоизлияний в лобных долях; в) переломы 5 и 6 ребер справа по передне-подмышечной линии; г) ушибы мягких тканей лица по клиническим данным.

1. Обнаруженная при настоящей экспертизе сочетанная торакоабдоминальная травма - причинила вред, опасный для жизни человека и согласно пункту 4.а Правил определения степени тяжести вреда, причиненного здоровью человека (Постановление Правительства РФ от 17 августа 2007 г. N 522) и пункта 6.1.16 приказа МЗиСР РФ 194н от 24.04.2008.г., квалифицируется, как обусловившая тяжкий вред здоровью. Сочетанная торакоабдоминальная травма имеет прямую причинную связь со смертью. Обнаруженная при настоящей экспертизе, ЧЕРЕПНО-МОЗГОВАЯ ТРАВМА причинила вред, опасный для жизни человека и согласно пункту 4.а Правил определения степени тяжести вреда, причиненного здоровью человека (Постановление Правительства РФ от 17 августа 2007 г. N 522) и пункта 6.1. приказа МЗиСР РФ 194н от 24.04.2008.г., квалифицируется, как обусловившая тяжкий вред здоровью, но в прямой причинной связи со смертью не состоит. Обнаруженные при настоящей экспертизе переломы 5 и 6 ребер справа по передне-подмышечной линии, согласно пункту 7.1. приказа МЗиСР РФ 194н от 24.04.2008.г. причинили средней тяжести вред здоровью, т.к. для их заживления необходим срок продолжительностью свыше трех недель (более 21 дня). Ушибы мягких тканей лица по клиническим данным, сокгласно пункту 9 раздела № 2 приказа МЗиСР РФ 194н от 24.04.2008.г. не вызвали расстройства здоровья и утрату общей трудоспособности, расцениваются как повреждения, не причинившие вред здоровью человека
2. Смерть наступила 15.04.09 г. в 11-50 в результате закрытой торакоабдоминальной травмы с разрывом селезенки, с образованием внутрибрюшной гематомы у ее верхнего полюса. Травма осложнилась нагноением гематомы и развитием сепсиса с гнойным воспалением в селезенке, почках, мягких мозговых оболочках, легких, митральном клапане. Вывод подтверждается наличием клинико-морфологической картины торакоабдоминальной травмы (10.04 произведено ультразвуковое исследование № 1790, очаговое образование в проекции селезенки, подкапсульный разрыв селезенки?), выявление на вскрытии трупа селезенки с полным поперечным разрывом, нагноившейся гематомы у верхнего полюса селезенки, консолидированного перелома 9 и 10 ребер слева. Так же вывод подтверждается наличием системной воспалительной реакции – клинически (31.03.09. осмотрен кардиологом – бактериальный эндокардит с локализацией на створках митрального клапана с развитием недостаточности митрального клапана) и морфологически - наличие гнойного воспаления в паренхиматозных органах, подострого тромбэндокадита митрального клапана.
3. Учитывая морфологическую картину в поврежденных органах - в травмированной селезенке (толщина слоя фибрина в зоне разрыва до 1,0 см, толщина капсулы загноившейся гематомы у верхнего полюса селезенки до 1,5 см со склерозом и гемосидерозом), наличие консолидированных переломов 9 и 10 ребер слева; очагового склероза и гемосидероза мягких мозговых оболочек, глиальных рубцов в прилегающих участках коры можно говорить, что торакоабдоминальная и черепно-мозговая травмы находятся в морфологически хроническом периоде, давностью более 2-х недель и могли образоваться в срок указанный в постановлении, т.е. 19.02.09. примерно в 13 ч. 00 мин.

5.Данных за алкогольное опьянение пострадавшего при поступлении в стационар, в истории болезни не обнаружено.

Эталон №3

1.При судебно-медицинской экспертизе трупа обнаружены телесные повреждения в виде: сочетанная травма - а) закрытая травма живота – кровоподтек на передней брюшной стенке в области пупка, множественные разрывы мочевого пузыря; подкапсульное кровоизлияние в области корня селезенки; б) закрытая черепно-мозговая травма - кровоподтеки в правой лобной и скуловой областях и вокруг левого глаза, кровоизлияние в кожно-мышечной лоскуте головы в правой лобной области, субдуральное кровоизлияние слева по наружной поверхности мозга с переходом на среднюю черепную ямку объемом не более 10 мл; субарахноидальное кровоизлияние в глубине борозд справа по верхней поверхности затылочной доли; в) множественные кровоподтеки лица, верхних и нижних конечностей. Закрытая травма живота квалифицируется, как причинившая вред опасный для жизни человека, обусловила тяжкий вред здоровью и имеет прямую причинную связь со смертью. Закрытая черепно-мозговая травма клинически не проявлялась, обнаружена только при исследовании трупа, вследствие чего оценить тяжесть причиненного травмой вреда здоровью не представляется возможным. В какой либо причинной связи со смертью черепно-мозговая травма не состоит. Кровоподтеки лица и конечностей вреда здоровью не причинили.

2.Смерть наступила в 18-05 10.06.08. в результате закрытой травмы живота с разрывом мочевого пузыря, с развитием разлитого фибринозного перитонита и перльвиоперитонита. Заключение подтверждается обнаружением разрывов мочевого пузыря и перитонита при операции и исследовании трупа.

3.Наличие кровоподтека на передней брюшной стенке, повреждений селезенки и мочевого пузыря позволяют предположить, что закрытая травма живота возникла от однократного воздействия на переднюю брюшную стенку твердого тупого предмета без четких идентифицирующих признаков с действием травмирующей силы спереди назад. Закрытая черепно-мозговая травма является инерционной, о чем свидетельствует наличие плащевидного субдурального кровоизлияния слева, возникшего вероятнее всего в результате разрыва мелкой вены впадающей в сагиттальный синус, с отсутствием повреждений мягких мозговых оболочек с этой стороны, и наличие субарахноидального кровоизлияния справа в затылочной доле, при отсутствии ударных воздействий в затылочной и теменной областях. Учитывая наличие кровоизлияния в коже головы в правой лобной и скуловой областях, кровоподтеков правой лобной и скуловой областей и вокруг левого глаза вероятнее всего имели место неоднократные воздействия твердого тупого предмета (предметов) без четких идентифицирующих признаков на правую скуловую и лобную области с действием травмирующей силы спереди назад и справа налево (указать количество воздействий не представляется возможным), и однократное воздействие на область левого глаза аналогичного предмета с действием травмирующей силы спереди назад и слева направо. Общее количество ударных воздействий на голову и конечности не менее 41.

4.Все повреждения морфологически находятся в подостром периоде, давностью не менее 3-х суток, но не более 2-х недель к моменту смерти и причинены в этот промежуток времени. Установление взаиморасположения потерпевшего и нападавшего (нападавших), а так же разделение повреждений на полученные во время борьбы, либо самообороны является прерогативой органов дознания и в компетенцию судмедэксперта не входит.

5.Данных в истории болезни о наличия алкоголя в крови пострадавшего не обнаружено.

Эталон №4

1. При судебно-медицинской экспертизе трупа обнаружены следующие телесные повреждения: а) закрытая тупая травма живота – кровоизлияние в передней брюшной стенке слева в мезогастрии, разрыв селезенки, ушиб поджелудочной железы; б) кровоподтек и ссадина скуловой области слева
2. Обнаруженная при настоящей экспертизе, тупая ТРАВМА живота причинила вред, опасный для жизни человека и пункта 6.1. приказа МЗиСР РФ 194н от 24.04.2008.г., квалифицируется, как обусловившая тяжкий вред здоровью. Тупая травма живота имеет прямую причинную связь со смертью.
3. Смерть наступила в результате закрытой тупой травмы живота с разрывом селезенки, ушибом поджелудочной железы, осложнившейся тотальным посттравматическим панкреонекрозом и панкреатогенным шоком. Заключение подтверждается клинико-морфологической картиной вышеописанной травмы.
4. Маловероятно что описанная выше тупая травма живота могла возникнуть у потерпевшего в результате падения с высоты собственного роста из положения стоя и ударе о плоскую по­верхность, либо об имеющиеся выступающие предметы.
5. При поступлении пострадавшего в стационар в крови не обнаружен этиловый спирт, а при вскрытии трупа пища в желудке.

Эталон №5

1. При экспертизе трупа гр. К. обнаружена закрытая тупая травма живота в виде разрыва тонкой кишки и подкапсульного разрыва печени.

2. Данная закрытая травма живота с повреждением кишечника и печени согласно пункту 6.1.16 – «закрытое повреждение органов брюшной полости печени, тонкой кишки» приказа МЗиСР РФ 194н от 24.04.2008 г отнесена к критериям, характеризующим квалифицирующий признак Вреда, опасного для жизни человека. По указанному признаку, согласно правилам «Определения тяжести вреда, причиненного здоровью человека» (постановление правительства РФ №522 от 17.08.2007 г) данная закрытая травма живота, квалифицируется как ТЯЖКИЙ ВРЕД ЗДОРОВЬЮ. Указанная травма состоит в прямой причинной связи с наступлением смерти.

3. Смерть наступила 02.12.2008 года в 21.30 (что зафиксировано в истории болезни) в результате закрытой тупой травмы живота с разрывом кишечника и ушибом печени, приведшей к развитию разлитого гнойного перитонита. Вывод подтверждается обнаружением во время операции разрыва тонкой кишки по противобрыжеечному краю до 2,5 см в диаметре в 80 см от связки Трейца и клинико-морфологической картины разлитого гнойного перитонита.

4. На момент поступления пострадавшего в стационар давность тупой травмы живота составила не менее суток, что подтверждается обнаружением во время операции (25.11.2008. лапаротомия, ревизия, ушивание разрыва тонкой кишки, санация и дренирование брюшной полости) гнойного воспаления в брюшной полости (1,5 литра фибринозно-гнойной жидкости). Давность травмы может соответствовать условиям ее возникновения, указанным в постановлении (23.11.2008 г. около 20 час. 00 мин. гр. В. нанес гр. Г. один удар ногой в живот).

5. Данных в истории болезни о наличии и концентрации этилового алкоголя в крови в истории болезни не обнаружено.

**6. Перечень практических умений по изучаемой теме**

(УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-5, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10)

- установить причину смерти;

- провести судебно-медицинское исследование трупа при различных видах насильственной смерти;

- определить степень тяжести телесных повреждений;

- установить причинно-следственную связь между повреждением и неблагоприятным исходом.

**7. Рекомендации по выполнению НИР**

Примерная тематика по НИР по теме - не предусмотрена.

**8. Рекомендованная литература по теме занятия (обязательная, дополнительная, электронные ресурсы, включая законодательные и нормативно-правовые документы)**

**Занятие № 19**

**1. Индекс: ОД.О.01.1.4.19 Тема:** «Судебно-медицинская экспертиза повреждений острыми орудиями».

**2. Форма организации занятия:** подготовка к практическому занятию.

**3. Перечень вопросов для самоподготовки по теме практического занятия**

1. Какие орудия называют острыми? (УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-5, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10)

ОТВЕТ: Острыми называются предметы, орудия и оружия, имеющие острый конец или острый край, либо то и другое. В зависимости от особенностей устройства, механизма действия они делятся на следующие подвиды: режущие (бритвы, ножи, край стекла или металлической пластинки), рубящие (различные топоры, шашки, тяпка, саперная лопата и др.), колюще-режущие (различные ножи, имеющие клинок с острым концом 1 или 2 лезвиями), колющие (штык, заостренный напильник, стамеска, шило, вилка и др.), пилящие (пилы и подобные им орудия).

2. В чем особенность повреждений острым орудием? (УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-5, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10)

ОТВЕТ: В отличие от механизмов, свойственным тупым предметам, приводящим к разным повреждениям, острые рассекают ткани и образуют в основном раны. Чаще, но не всегда, такие раны имеют линейную форму с ровными краями, одним или двумя острыми концами, зияют и кровоточат. Эти общие признаки дополняются при действии указанных выше подвидов острого орудия, и тогда возникают резаные, рубленые, колотые, колото-резаные или пиленые раны, каждая из которых имеет свои особенности.

3. Каковы особенности резаной раны? (УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-5, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10)

ОТВЕТ: Они обусловлены механизмом протягивания лезвия касательно к коже с большим или меньшим давлением и образованием раны. Обычно ее форма прямолинейная, но в зависимости от направления движения и его изменения, может быть дугообразной либо углевидной. При действии под острым углом получается лоскутообраз-ная рана либо срезается поверхность кожи. Если лезвие продвигалось по складкам кожи, то при расправлении ее, рана будет иметь зигзагообразную, иногда прерывистую форму.

К признакам, характерным для действия режущего орудия, следует отнести следующие. Такая рана имеет длину больше своей глубины, которая представляется неравномерной. В начале и конце движения лезвия глубина меньше, чем в середине. Иногда вначале и, в особенности, в конце раны от острых углов отходят поверхностные надрезы или насечки, называемые на экспертном жаргоне «усиками» раны. Насечка может быть выражена только у конца раны («хвостик раны»), и тогда она указывает на направление

движения орудия. Края раны и внутренняя сторона обычно ровные. Лишь при действии затупленного с зазубринками лезвия края раны могут быть неровными, рваными, с повреждением эпидермиса по краям.

4. Можно ли установить, что резаная рана нанесена стеклом? (УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-5, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10)

ОТВЕТ: При исследовании резаной раны обращают внимание на ее дно, поврежденные ткани, металлизацию краев и инородные включения, ибо после установления действия режущего орудия важно обратить внимание на то, каким предметом она могла быть нанесена. При выявлении каких-либо необычных признаков (форма, края, концы, инородные включения) надо выяснить материал, из которого изготовлено лезвие, по наличию и характеру металлизации либо обнаружению осколков стекла. Иногда это может быть решающим в расследовании дела. При осмотре раны и раневого канала можно обнаружить осколки стекла, а при их отсутствии провести непосредственную стереомикроскопию и участково-послойную рентгенографию кожного лоскута с области раны. В случае выявления микрочастиц с ними проводятся химические пробы с концентрированной серной, соляной или азотной кислотой. Если при их воздействии частица не разрушается, то это стекло. Еще проще и надежнее использовать метод фотограмм. На эмульсионный слой фотобумаги при красном свете накладываются исследуемые частицы, затем бумага засвечивается с экспозицией 20—30 сек., проявляемые частицы стекла имеют полигональную форму с острыми углами, черноватым центром и белым контуром.

**5. Самоконтроль по тестовым заданиям данной темы**

1. НЕ ЯВЛЯЮТСЯ МЕХАНИЧЕСКИМИ ВИДАМИ ВНЕШНЕГО ВОЗДЕЙСТВИЯ, ПРИВОДЯЩИМИ К ОБРАЗОВАНИЮ ПОВРЕЖДЕНИЙ:

1) Тупые твердые предметы

2) Острые предметы

3) Огнестрельное оружие

4) Взрывчатые вещества

5) Ионизирующее излучение

Правильный ответ: 5 ПК-5

2.ФАКТОРЫ, НЕ ОБУСЛОВЛИВАЮЩИЕ СТЕПЕНЬ НАРУШЕНИЯ ЦЕЛОСТНОСТИ ТКАНЕЙ (ИНТЕНСИВНОСТЬ ПОВРЕЖДЕНИЯ):

1) Кинетическая энергия, развиваемая при

соприкосновении поверхности

предмета с тканями

2) Обширность поражаемой площади тела

3) Характер поражаемых тканей

4) Индивидуальные особенности организма

5) Особенности контактирующей поверхности предмета

и угол его соприкосновения с телом

Правильный ответ: 3 ПК-5

3.СТАТЬИ УК РФ, НЕ ПРЕДУСМАТРИВАЮЩИЕ УГОЛОВНУЮ ОТВЕТСТВЕННОСТЬ ЗА ПРИЧИНЕНИЕ ТЕЛЕСНЫХ ПОВРЕЖДЕНИЙ:

1) Ст. 111

2) Ст. 112

3) Ст. 114

4) Ст. 115

5) Ст. 117

Правильный ответ: 4 ПК-5

4. ОПРЕДЕЛИТЕ ВЕЛИЧИНУ КРОВОПОТЕРИ ПРИ СЛЕДУЮЩИХ ПОКАЗАТЕЛЯХ: УДЕЛЬНЫЙ ВЕС КРОВИ - 1,051-1,054; HB - 65-62%; ВЕЛИЧИНА ГЕМАТОКРИТА 44-40; АД И ПУЛЬС-НОРМА.

1) До 500 мл

2) До 1000 мл

3) До 1500 мл

4) До 2000 мл

5) До 4000 мл

Правильный ответ: 1 ПК-5

5. ОПРЕДЕЛИТЕ ВЕЛИЧИНУ КРОВОПОТЕРИ ПРИ СЛЕДУЮЩИХ ПОКАЗАТЕЛЯХ: УДЕЛЬНЫЙ ВЕС КРОВИ - 1,044, HB 43%, ГЕМАТОКРИТ - НИЖЕ 23, ПУЛЬС НИТЕВИДНЫЙ.

1) До 500 мл

2) До 1000 мл

3) Более 1500 мл

4) Более 2500 мл

5) Более 4500 мл

Правильный ответ: 3 ПК-5

6. МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ, ОТРАЗИВШИЕСЯ В ССАДИНЕ, КОТОРЫЕ НЕ ИСПОЛЬЗУЮТСЯ ДЛЯ УСТАНОВЛЕНИЯ ЕЕ НАЧАЛА И КОНЦА, Т.Е. НАПРАВЛЕНИЯ ДЕЙСТВИЯ СИЛЫ:

1) Глубина дна

2) Наличие углообразных разрывов эпидермиса

3) Наличие множественных параллельных

длиннику ссадины прямолинейных поверхностных

царапин

4) Наличие мелких треугольных ссадин, вершиной

ориентированных к месту ее начала

5) Наличие посторонних частиц и скопление чешуек

отслоенного эпидермиса в конце ссадины

Правильный ответ: 3 ПК-5

7. К КЛАССИФИКАЦИИ РАН В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ИХ ФОРМЫ НЕ ОТНОСИТЬСЯ:

1) Щелевидные и линейные

2) Веретенообразные и дуговидные

3) Звездчатые и древовидные

4) Прямоугольные и круглые

5) Остроконечные

Правильный ответ: 5 ПК-5

8. НЕ ЯВЛЯЕТСЯ СОСТАВНЫМ КОМПОНЕНТОМ РАН:

1) Края, стенки, дно, концы

2) Входное отверстие

3) Выходное отверстие

4) Раневой канал

5) Полость раневого канала

Правильный ответ: 5 ПК-5

9. ХАРАКТЕРНАЯ ФОРМА РАН ГОЛОВЫ ОТ ВОЗДЕЙСТВИЯ ТВЕРДОГО ТУПОГО С ПЛОСКОЙ ПРЕОБЛАДАЮЩЕЙ ПОВЕРХНОСТЬЮ:

1) Древовидная (ветвистая), лучистая, дугообразная

2) Древовидная (ветвистая)

3) Лучистая

4) Дугообразная

5) Веретенообразная

Правильный ответ: 1 ПК-5

10. ФОРМА РАН ГОЛОВЫ, НЕ ВОЗНИКШИХ В РЕЗУЛЬТАТЕ РАСТЯЖЕНИЯ ТКАНЕЙ:

1) Линейная

2) Остроконечные

3) Зигзагообразная

4) Дугообразная

5) Щелевидная

Правильный ответ: 2 ПК-5

**5. Самоконтроль по ситуационным задачам**

Задача № 1. (УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-5, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10)

Труп гр-на П., 48 лет, обнаружен в своей квартире 24.11.с.г., на диване с повреждением в области шеи, с большим количеством подсохшей бурой жидкости рядом с трупом. На переднебоковой поверхности шеи в направлении слева направо и несколько сверху вниз линейная рана, с ровными краями, остроугольными концами, длиной при сведенных краях 10,5см, глубиной 0,7см, с концами соответственно 3 и 9 ч условного циферблата. У левого конца раны три поверхностных раны длиной от 0,1 до 0,4 см, глубиной до 0,1см. Выявлено: полное поперечное пересечение правой наружной яремной вены и правой общей сонной артерии с повреждением гортани с проникновением в ее просвет, длиной при сведенных краях 2см, с ровными краями, острыми концами. В мышцах шеи, поврежденных сосудах множественные темно-вишневые кровоизлияния. Проба на воздушную эмболию отрицательная… Отмечается умеренное малокровие внутренних органов, кровоизлияния под эндокардом (пятна Минакова). При медико-криминалистическом исследовании: выявлена резаная рана кожи с признаками воздействия острой кромки (лезвия орудия). Гистологически: умеренное малокровие внутренних органов, представленных на исследование. Очагово-сливные кровоизлияния в строме скелетной мышцы шеи, без тканевой реакции.

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. (УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-5, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10)

Труп гр-на К., 38 лет, обнаружен в своей квартире 24.01.с.г. в положении сидя на диване. Рядом с трупом обнаружена опасная бритва с опачкиваниями бурого цвета и большое количество подсохшей бурой жидкости.На передней поверхности левого предплечья в нижней трети поперечно располагается рана веретенообразной формы, при сведении краев — линейной формы, длиной 4,5 см. Края ее ровные, стенки отвес­ные, гладкие, концы острые. От верхнего и нижнего краев раны в 0,5-1 см. от левого конца раны, параллельно длиннику раны отходят 4 дополнительных поверхностных линейных повреждения, длиной от 1 до 2,5 см с ровными краями, заканчивающихся острыми концами. От верхнего края раны в 0,3 см от правого ее конца параллельно длиннику отходит одно аналогичное дополнительное поверхностное повреждение длиной 0,8 см. В глубине раны видны полностью и частично пересеченные су­хожилия, поверхностные артерии и вены, а также полное пересечение левой локтевой вены. Рана наиболее углублена у левого конца, постепен­но глубина ее уменьшается к правому концу. В области повреждения в подкожно-жировой клетчатке темно-вишневые кровоизлияния. Отмечается малокровие внутренних органов. Под эндокардом обнаружены кровоизлияния (пятна Минакова).

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. (УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-5, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10)

Труп гр-на Г., 35 лет, обнаружен 30.01.с.г. в своей квартире с повреждением в области живота, с большим количеством подсохшей бурой жидкости рядом с трупом… На кожных покровах передней брюшной стенки справа в 12 см от средней линии живота, на 3 см ниже края подреберья, в 101 см от уровня подошв стоп рана веретенообразной формы. При сближении краев они плотно соприкасаются, рана приобретает линейный вид и имеет длину 2,4 см. Края раны ровные, не осаднены, один конец закругленный, противоположный - острый. Стенки раны гладкие, отвесные. В глубине раны пропитанная кровью жировая клетчатка. В брюшной полости 2500 мл жидкой крови с рыхлыми свертками. На нижней поверхности правой доли печени в 2,5 см от переднего края зияющая веретенообразная рана длиной 2 см, с расхождением краев на 0,3 см, переходящая в раневой канал, идущая кзади и несколько вверх, слепо заканчивающаяся в ткани печени. Длина раневого канала в печени 7,4 см. Канал имеет постоянное поперечное сечение в виде узкой щели, длиной 2,2 см на протяжении первых 5 см, затем на протяжении 2,4 см щель постепенно укорачивается и сходит на нет. Общая длина раневого канала 9,5 см. Признаки малокровия внутренних органов.

При дополнительном исследовании выявлена колото-резаная рана с признаками воздействия клинка колюще-режущего орудия, имеющего лезвие и обух. Ширина клинка в следообразующей части могла быть около 24мм, толщина обуха в пределах 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 № 4. (УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-5, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10)

Труп гр-ки К., 45 лет, обнаружен 20.10. с.г. в своей квартире. Труп обнаружен в позе лежащим на диване лицом вверх ... Обивка дивана обильно пропитана бурой жидкостью... Рядом с диваном на полу опасная бритва. Спинка трикотажной комбинации, левая переднебоковая поверхность пропитаны кровью на участке 56х48 см. … Труп женщины, правильного телосложения, пониженного питания. ... Кожные покровы бледные. Трупные пятна слабо различимы на задней поверхности грудной клетки, бледно-фиолетовые, разлитые… В области левого локтевого сгиба две параллельные линейные раны: верхняя длиной 4 см, нижняя длиной 3,5 см. Расстояние между ранами 1,5 см. Края ран ровные, не осадненные, местами мелкозазубреные. Концы ран острые, в области левого конца верхней раны два дополнительных надреза, длиной 0,3 и 0,4см, глубиной до 0,1см, в области левого конца нижней раны три дополнительных надреза, длиной от 0,2 до 0,4см, глубиной до 0,1см. Стенки ран гладкие, отвесные. Наибольшая глубина ран в центре: у верхней раны около 1 см, у нижней около 0,5-0,8 см. От центра к правым концам глубина ран уменьшается. Проба на воздушную эмболию положительная. При исследовании стенок и дна ран установлено, что в области верхней раны полностью пересечена латеральная подкожная вена, а в области нижней раны – пересечена передняя стенка промежуточной вены локтя. Мягкие ткани в области стенок и дна ран пропитаны кровью... Внутренние органы умеренно кровенаполнены...

При дополнительном исследовании выявлены две резаные раны кожи с признаками воздействий острой кромки (лезвия орудия). Верхняя рана возникла в результате не менее 3-х воздействий, нижняя - не менее 4-х воздействий. При судебно-гистологическом исследовании констатированомалокровие внутренних органов представленных на исследование. Очагово-сливные кровоизлияния в строме скелетной мышцы без тканевой реакции.

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. (УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-5, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10)

22.06.с.г. в 23-00 во время драки гр-н С., 32 лет, был ранен, после чего скончался при транспортировке в больницу… В подложечной области на 2 см ниже мечевидного отростка и на 3 см влево от средней линии (в 120 см от уровня подошвенных поверхностей стоп) зияющая веретенообразная рана 2,1х0,3 см с большим размером сверху вниз и несколько влево. При сближении краев они плотно соприкасаются, рана приобретает линейный вид, длиной 2,2 см. Края раны ровные, не осаднены, верхний конец острый, нижний М-образный. Стенки раны ровные, гладкие, отвесные на всем протяжении. В глубине раны пропитанная кровью жировая клетчатка. В окружности раны на коже подсохшая кровь со свертками на участке 20х17 см. При вскрытии грудной и брюшной полостей установлено, что рана в подложечной области переходит в раневой канал, идущий над диафрагмой кзади, кверху и несколько вправо; проникает в левую половину грудной полости с нарушением целости сердечной сумки и сквозным повреждением передней стенки левого желудочка сердца, длиной 2,1см. На пристеночной плевре и сердечной сорочке раны линейной формы 2,1 и 2см соответственно. Мягкие ткани по ходу раневого канала пропитаны кровью. Общая длина раневого канала 8,5 см. В левой плевральной полости 1800 мл, в сердечной сорочке 300 мл темно-красной крови с рыхлыми темно-красными свертками. Отмечается малокровие внутренних органов.

При дополнительном исследовании выявлена колото-резаная рана с признаками воздействия клинка колюще-режущего орудия, имеющего лезвие с односторонней заточкой и обух. Ширина клинка в следообразующей части могла быть около 22мм, толщина обуха в пределах 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?

Эталон № 1**.**

1. При экспертизе трупа гр-на П., 48 лет, обнаружено повреждение в виде раны мягких тканей шеи с повреждением гортани, правой наружной яремной вены и правой общей сонной артерии, с наличием признаков острой кровопотери.

2. Учитывая то, что длина раны преобладала над ее глубиной, имела ровные, неосадненные края, остроугольные концы есть основание утверждать, что данное повреждение возникло от воздействия орудия, обладающего режущими свойствами. Указанный вывод подтверждается данными медико-криминалистического исследования. Наличие у левого конца раны дополнительных надрезов, дает основание утверждать, что рана направлена слева направо; причинение раны является характерным для действия собственной рукой.

3. Наличие кровоизлияний в мягких тканях и по ходу поврежденных сосудов дает основание утверждать, что повреждение является прижизненным. Указанный вывод подтверждается обнаружением признаков острой кровопотери.

4. Согласно медицинским критериям (приказ №194н п.6.1.26.), рана шеи с повреждением правой наружной яремной вены и внутренней сонной артерии, является опасным для жизни вредом здоровью и по этому признаку квалифицируется как ТЯЖКИЙ вред, причиненный здоровью человека.

5. Наличие признаков острой кровопотери дает основание считать, что она явилась непосредственной причиной смерти вследствие имевшей место резаной раны шеи с повреждением правой наружной яремной вены и правой общей сонной артерии.

Эталон № 2.

1. При экспертизе трупа гр-на К., 38 лет, обнаружена рана нижней трети левого предплечья с повреждением сухожилий, поверхностных артерий и вен, левой локтевой артерии с признаками массивной кровопотери.

2. Учитывая то, что длина раны преобладала над ее глубиной, рана имела ровные, неосадненные края, острые концы можно утверждать, что данное повреждение возникло от воздействия орудия, обладающего режущими свойствами. Рана возникла в результате не менее 5 движений режущим орудием, на что ука­зывает количество дополнительных линейных повреждений вблизи левого конца ра­ны. Наибольшая глубина раны, у ее левого конца, наличие здесь же наибольшего числа дополнительных поверхностных линейных повреждений, постепенное уменьшение глубины раны к ее правому концу указывают на то, что режущее орудие в процессе нанесения раны перемещалось слева направо. Причинение раны является характерным для действия собственной рукой.

3. Наличие кровоизлияний в мягких тканях в области повреждения 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 минутами.

4. Согласно медицинским критериям (приказ №194н п.6.2.3.), массивная кровопотеря, является вредом здоровью, опасным для жизни человека, вызвавшим расстройство жизненно важных функций организма человека, которое не может быть компенсировано организмом самостоятельно и обычно заканчивается смертью и по этому признаку квалифицируется как тяжкий вред, причиненный здоровью человека.

5. Наличие признаков массивной кровопотери дает основание считать, что она явилась непосредственной причиной смерти вследствие имевшей место резаной раны левого предплечья с повреждением сухожилий и поверхностных артерий и вен, левой локтевой артерии.

Эталон № 3.

1. При экспертизе трупа гр-на Г., 35 лет, обнаружено проникающее ранение живота с повреждением брюшины и правой доли печени, признаками массивной кровопотери (в полости живота 2500мл крови).

2. Учитывая то, что глубины раны преобладала над ее длиной, рана имела ровные, неосадненные края, наличие одного закругленного конца, второго – острого, можно утверждать, что данное повреждение возникло от воздействия орудия, обладающего колюще-режущими свойствами. Данная рана возникла от клинка колюще-режущего орудия, имеющего лезвие и обух, ширина в следообразующей части которого могла быть около 24мм, толщина обуха в пределах 1мм.

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 №194н п.6.1.15.), рана живота, проникающая в брюшную полость, является опасным для жизни вредом здоровью и по этому признаку квалифицируется как ТЯЖКИЙ вред, причиненный здоровью человека.

5. Наличие признаков массивной кровопотери дает основание считать, что она явилась непосредственной причиной смерти вследствие имевшего место проникающего колото-резаного ранения живота с повреждением печени.

Эталон № 4.

1. При экспертизе трупа гр-ки К., 45 лет, обнаружены повреждения в виде двух ран левого локтевого сгиба с полным пересечением латеральной подкожной вены и передней стенки промежуточной вены локтя, с развитием осложнения в виде воздушной эмболии.

2. Учитывая то, что длина ран преобладала над их глубиной, раны имели ровные, неосадненные края, остроугольные концы, есть основание утверждать, что данные повреждения возникли от воздействий орудия, обладающего режущими свойствами (острой кромки – лезвия орудия). Наличие у левых концов ран дополнительных надрезов, а также уменьшение глубины ран к правому концу дает основание утверждать, что раны направлены слева направо, причинение ран является характерным для действия собственной рукой.

3. Наличие кровоизлияний в мягких тканях и по ходу поврежденных сосудов дает основание утверждать, что повреждения являются прижизненными.

4. Согласно медицинским критериям (приказ №194н п.6.2.3.), массивная кровопотеря, является вредом здоровью, опасным для жизни человека, вызвавшим расстройство жизненно важных функций организма человека, которое не может быть компенсировано организмом самостоятельно и обычно заканчивается смертью и по этому признаку квалифицируется как тяжкий вред, причиненный здоровью человека.

5. Непосредственной причиной смерти явилась воздушная эмболия, развившаяся вследствие двух резаных ран левого локтевого сгиба, сопровождавшихся полным пересечением латеральной подкожной вены и передней стенки промежуточной вены локтя.

Эталон № 5.

1. При экспертизе трупа гр-на С., 32 лет, обнаружено проникающее ранение грудной клетки с повреждением пристеночной плевры слева, сердечной сорочки и сквозным повреждением передней стенки левого желудочка сердца, кровотечением в левую плевральную полость (1800мл крови), в полость сердечной сорочки (300мл), а также признаки массивной кровопотери.

2. Учитывая то, что глубина раны преобладала 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. Рана возникла от клинка колюще-режущего орудия, имеющего лезвие с односторонней заточкой и обух. Ширина клинка в следообразующей части могла быть около 22 мм, толщина обуха в пределах 1мм.

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.

4. Согласно медицинским критериям (приказ №194н, п.6.1.9.), рана, проникающая в плевральную полость и в полость перикарда, является опасным для жизни вредом здоровью и по этому признаку квалифицируется как тяжкий вред, причиненный здоровью человека.

5. Наличие признаков массивной кровопотери дает основание считать, что она явилась непосредственной причиной смерти вследствие имевшего место проникающего колото-резаного ранения грудной клетки с повреждением пристеночной плевры слева, сердечной сорочки и сквозным повреждением передней стенки левого желудочка сердца.

**6. Перечень и стандарты практических умений.**

(УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-5, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10)

- провести осмотр трупа на месте происшествия (обнаружения), классифицировать смерть, установить давность наступления смерти;

- установить причину смерти;

- провести судебно-медицинское исследование трупа при различных видах насильственной смерти;

- организовать судебно-медицинскую экспертизу вещественных доказательств (изъять, упаковать и направить объекты судебно-медицинской экспертизы на лабораторные исследования);

**7. Рекомендации по выполнению НИР**

Примерная тематика по НИР по теме - не предусмотрена.

**8. Рекомендованная литература по теме занятия (обязательная, дополнительная, электронные ресурсы, включая законодательные и нормативно-правовые документы)**

**Занятие № 20**

**1. Индекс: ОД.О.01.1.4.21 Тема:** «Судебно-медицинская экспертиза повреждений от воздействий предметов, обладающих колющими и режущими свойствами».

**2. Форма организации занятия:** подготовка к практическому занятию.

**3. Перечень вопросов для самоподготовки по теме практического занятия**

1. Можно ли по особенностям резаной раны судить о повреждении, нанесенном собственной рукой потерпевшего? (УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-5, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10)

ОТВЕТ: Резаные раны могут наноситься как собственной, так и посторонней рукой. Это бывают и случайные повреждения вследствие неосторожности, наносимые в быту или на производстве, а также резаные раны с целью самоубийства, реже при симуляции нападения, членовредительстве или истероидной реакции. Действие посторонних рук связано с нанесением повреждения или убийством. Помогая следователю в решении вопроса о происхождении повреждения, роде смерти, эксперт обращает внимание на то, что такие раны бывают в доступных для собственных рук областях тела, чаще всего в вертикальном положении тела, что определяется по направлению потеков крови. Важно, что человек, наносящий себе повреждение, всегда отодвигает одежду или снимает ее, поэтому на ней надрезы в соответствующих местах отсутствуют. Наконец, следует выявить наличие дополнительных надрезов по краям раны, на ее дне, а также рядом с ней, показывающих неоднократность, иногда множественность действия. Если эти надрезы расположены параллельно основной ране, рядом с ней имеются другие, поверхностные, часто идущие в том же направлении, что и основная рана, то все это дополняет признаки нанесения раны собственной рукой. Немалое судебно-медицинское значение имеет локализация раны. Если раны расположены в местах, где под кожей поверхностно имеются сосуды (область ладонной поверхности лучезапястного, локтевого сустава и др.), а также легко доступны жизненно важные органы, как, например, на передней поверхности шеи, то следует подумать о нанесении ран собственной рукой при самоубийстве. Для решения вопроса, нужно учесть, что такие раны — множественные, рядом расположенные, параллельные между собой, в большинстве своем поверхностные. Надо всегда помнить, что может сделать собственная рука, то сделает и посторонняя, поэтому при исследовании необходимо учесть и другие факторы. Если рана нанесена правой рукой, то направление ее на передней поверхности шеи должно быть косопоперечное справа налево сверху вниз. Она проникает в органы шеи, перерезая щитовидный хрящ, гортань, сосуды и другие ткани, что следует выявить, отмечая направление и количество надрезов. Подобные повреждения можно обнаружить одновременно в разных местах: на внутренней поверхности бедра, на груди, животе и т.д. При нанесении резаных ран собственной рукой с целью самоубийства, одежда снимается или отодвигается с места повреждения и поэтому остается целой. Повреждение обычно наносится в вертикальном положении, что доказывается по направлению потеков крови, на месте, рядом с трупом, обнаруживают режущее орудие, ладонная поверхность пострадавшего испачкана кровью.

2. Резаные раны могут возникнуть при разных обстоятельствах. Может ли экспертиза это установить? (УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-5, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10)

ОТВЕТ: Всегда следует пытаться это сделать. Для этого необходима совместная работа следователя с экспертом, которого надлежит ознакомить с имеющимися версиями, а иногда даже и провести совместные следственные действия.

Например, при подозрении на нанесение повреждений собственной рукой с целью симуляции нападения образуются только поверхностные раны, обычно без дополнительных надрезов и повреждения одежды. Если же одежда повреждена, то следует сопоставить это повреждение с надрезом кожи с учетом положения тела в момент нанесения повреждения. При этом сравниваются признаки, направление и взаиморасположение обоих повреждений.

Резаные раны возникают и при самообороне. Их локализация на тыльной поверхности кистей или лучезапястного сустава бывает при закрытии ими области удара острым орудием. Другим механизмом возникновения ран при самообороне объясняется образование ран на ладонной поверхности пальцев или ладони, а также на коже между 1-ми 2-м пальцами. Эти резаные раны характерны для продвижения лезвия одно- или двусторонне-острого орудия вдоль кисти при захватывании ею клинка ножа с целью недопущения его внедрения в тело.

3. Каковы особенности рубящего орудия? (УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-5, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10)

ОТВЕТ: Рубящее орудие обладает значтельной массой, в большей или меньшей степени клинообразно расширяется от лезвия к обуху и действует путем нанесения удара. Наиболее характерным видом рубящего орудия является топор. Реже используют шашку, саперную лопату, тяпку и др.

В топоре различают лезвие с режущей кромкой, передним концом — носком, и задним — пяткой, боковые зашлифованные поверхности, щеки, обух, в котором имеется проушина для топорища. В нижней части обуха ширина топора клинообразно увеличивается в зависимости от его вида. Например, топор-колун имеет 35°, плотничий — 23°, а бытовой для рубки мяса —не более 10°. Указанные особенности определяют характер повреждений.

4. Имеет ли рубленая рана характерные признаки? (УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-5, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10)

ОТВЕТ: Действительно, на первый взгляд рубленые раны похожи на резаные, т. к. обычно имеют линейную или, при зиянии краев, веретенообразную форму, относительно ровные края и острые концы. Эти признаки являются основой диагностики повреждений для травматологов, хирургов в стационаре, не говоря о врачах скорой медицинской помощи и следователях при осмотре потерпевшего на месте обнаружения. Между тем, механизм нанесения — удар, а также особенности рубящего орудия, позволяют без труда отличить рубленую рану от резаной. Во-первых, они более глубокие и тяжелые, что приводит кпереломам костей с образованием ровной линии перелома. Причем глубина, в отличие от резаных ран, при прямом ударе одинаковая в центре и у концов. При нанесении раны носком или пяткой, один из концов будет «П» или «М» — образным, другой, от внедрения лезвия, острым. Если же топор полностью погрузился в тело, (чаще это бывает голова), то острые концы не образуются. Чем лучше выражен клин, расширяющийся к обуху и более глубоким погружением, тем сильнее отмечаются осаднения краев от травмирования их щеками топора. При внимательном осмотре, лучше с использованием стереомикроскопа, местами, а изредка по всему краю, выявляется неровность. Все это необычно для действия острого орудия. Скошенность края, плоские разрубы, свидетельствуют о большом угле наклона при внедрении топора. По краям раны могут отмечаться загрязнения от обтирания внедрившейся части полотна.

Рубящее орудие повреждает одежду, даже плотную, головные уборы и обувь. При их исследовании обращают внимание не только на особенности повреждения, но и на характер загрязнения, металлизацию, что наряду с особенностями повреждения кожи помогает идентифицировать орудие.

5. Каковы возможности судебной медицины в установлении происхождения рубленых повреждении? (УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-5, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10)

ОТВЕТ: Происхождение рубленых ран может быть различным. Они наносятся посторонней рукой с целью убийства, реже самоубийства или случайно при неосторожном действии. В прошлом, иногда и в настоящее время, встречаются случаи отрубов пальцев рук и ног при членовредительстве с целью уклонения от воинской службы. Установление действия собственной руки, как уже отмечалось выше, требует учета ряда признаков. Главными из них являются выявление множества поверхностных параллельных ран, наслаивающихся друг на друга с образованием надрубов или насечек на костях. Если цель самоповреждепия — самоубийство, то избирается доступное для собственной руки и опасное для жизни место: лобная, лобно-теменная, реже затылочная или теменная области. Удары наносятся лезвием и пяткой. Если топор был наклонен сильно, то на костях остается множество треугольных дефектов, в большинстве не проникающих в полость. В пашей практике были случаи таких самоповреждений с нанесением 70—80 ударов и образованием многооскольчатого перелома с дефектом кости больших размеров и повреждением головного мозга. Рубящее орудие чаще, чем режущее, применяется при расчленении трупа после убийства, с целью его сожжения или выноса.

6. Каково судебно-медицинское значение экспертизы подозреваемого рубящего орудия и где она проводится? (УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-5, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10)

ОТВЕТ: Особое внимание следует уделять экспертизе травмировавшего орудия. Следователь должен помнить, что без исследования этого вещественного доказательства вся экспертиза может не иметь никакого значения. На орудии выявляются такие наложения, как кровь, волосы, частицы поврежденного органа, текстильные волокна, травмированная одежда. Поэтому, как и всегда, с ним следует обращаться бережно. После проведения биологической экспертизы назначается медико-криминалистическая, с целью идентификации вплоть до возможного отождествления орудия. Специфические особенности топора или другого рубящего орудия отражаются на костях и хрящах в виде трасс, особенно при движении под углом. Эти фрагменты тканей спиливаются после предварительного масштабного фотографирования и описания, высушиваются и передаются экспертом-танатологом в медико-криминалистическое отделение бюро СМЭ, сюда же следует доставлять подозреваемое орудие и назначать его экспертизу. Нанесение экспериментальных повреждений в наиболее близких к обстоятельствам нанесения травмы условиям, позволяет получить образцы для сравнения. Используются трассологические методы фотосовмещения и фотоналожения. Экспертиза рубящего, как и другого орудия, подозреваемого в нанесении повреждения, в целях идентификации проводится в медико-криминалистическом отделении по отдельно вынесенному следователем постановлению о ее назначении.

7. Как установить число ударов рубящим орудием? (УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-5, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10)

ОТВЕТ: Как правило, число ударов соответствует количеству рубленых ран или разрубов кости. Однако удары иногда наносятся в одно и то же место, когда образуется одна рана. В этом случае доказательством нескольких ударов является наличие ответвлений от краев и концов раны, которые следует отличать от коротких надрывов, образующихся у конца раны при внедрении носка или пятки топора. Нужно иметь в виду, что одним ударом можно нанести нескольких ран. Это может быть, например, при самообороне, когда руками прикрывалась голова, и поэтому повреждения обнаруживаются не только на голове, но и на кистях.

8. Можно ли определить последовательность нанесения ударов рубящим орудием? (УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-5, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10)

ОТВЕТ: Если это касается кожных ран, то следует обратить внимание на то, что от первого удара ткани рассекаются и зияют, т. е. расходятся. Второй удар приходится по уже поврежденной коже. Если он произошел вдоль первой раны, то при расправлении кожи и придании ей первоначального положения, линии раны и разруба костей не совпадут. Если же удар пришелся косо или поперек первой раны, то при сведении краев первой раны образуется прямая линия, а второй — зигзагообразная. Если края первой раны сблизить пальцами, то края второй смещаются по плоскости.

При нескольких разрубах костей, расположенных вблизи друг от друга, с целью определения первого удара можно использовать распространенный для определенной последовательности огнестрельных ран принцип Шавиньи: радиаль-но отходящие трещины от первого перелома ограничивают продвижение трещин от второго удара. Если удар рубящим оружием пришелся на участок кожи, в том числе при пересечении разрубов, то трещины от второго и последующих ударов в этом месте, где не создается обычного сопротивления, не пересекаются, а только вдавливают костную пластинку, иногда оставляя лишь насечку.

При ударах под углом к поверхности плоской кости на внутренней пластинке образуется скол при наличии достаточного сопротивления кости, то есть только при первом ударе.

Следует заметить, что определить последовательность ударов довольно сложно, если повреждения расположены вдали друг от друга.

При решении вопроса о последовательности нанесения ударов необходимо делать разметку каждого повреждения на схеме или фотографии.

9. Можно ли установить факт нанесения рубленых ран собственной рукой? (УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-5, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10)

ОТВЕТ: Рубленые раны собственной рукой могут быть нанесены умышленно, чаще всего с целью самоубийства или членовредительства, и случайно. В первом случае избирается лоб-но-теменная область головы, на которой выявляется множество параллельных, в большинстве своем поверхностных ран. Так как чаще всего применяется топор, то удары наносятся не только лезвием, но и пяткой топора и имеют треугольную форму, незначительную по длине. Следует учитывать, что такие повреждения наносят, как правило, в вертикальном положении тела, что решают по направлению потеков крови, при отсутствии головного убора. При осмотре места происшествия обращают внимание на расположение трупа, направление брызг и характер капель крови, рядом находящееся орудие.

При членовредительстве повреждения наносятся по неопасным для жизни местам. Это чаще всего пальцы кистей и стоп. Вопрос решается по признакам, доказывающим неоднократность удара и рядом расположенным параллельным следам от надрубов, их направлению. Иногда требуется осмотреть место происшествия и, в частности, подкладку, на которой находилась кисть (например, полено), обратить внимание на положение поврежденной части конечности и даже провести следственный эксперимент.

Самоповреждения рубящим орудием могут происходить и случайно при неумелом, неосторожном использовании рубящего орудия, нередко в нетрезвом состоянии. В таком случае имеется след только от одного удара.

10. Какие орудия называют колюще-режущими и какие их особенности влияют на характер колото-резаной раны? (УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-5, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10)

ОТВЕТ: Колюще-режущие орудия имеют острый конец и заточенный край (лезвие). Действуя комбинированно: как колющее оно проникает внутрь ткани вдоль своей оси, а как режущее, передвигаясь касательно поверхности кожи, разрезает ее.

Колюще-режущие орудия делятся на два вида: одностороннее, т. е. с одним лезвием и двусторонне-острые — с двумя лезвиями. К первому виду относят кухонный, сапожный, перочинный и другие ножи, а также такое холодное оружие, как финский нож. Ко второму относятся — такое оружие, как кинжал, кортик. Все они состоят из клинка и рукоятки, которые отделяются ограничителем или упор-предохранителем, препятствующим во время нанесения удара продвижению кисти на клинок. У одностороннего ножа есть одно лезвие и противоположный край — обух или спинка. Все эти детали могут иметь много разновидностей. Так, клинок бывает разной длины, ширины и толщины. Причем ширина может по-разному расширяться к ограничителю. Здесь, со стороны лезвия у основания клинка, может иметься выступ — бородка или незаточенная часть лезвия — пятка.

Со стороны спинки различают скос обуха, а вдоль клинка иногда встречается продольное углубление — выточка. Острие или кончик клинка также бывает различной формы. Большое значение для формирования раны имеют особенности обуха, то есть спинки ножа. Он может быть закругленным или с острыми ребрами. Наконец, разной формы и размеров бывают ограничители, от кольца до сложных фигур. И все эти детали оказывают влияние на характер раны и ее деталей.

11. Каковы признаки колото-резаной раны? (УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-5, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10)

ОТВЕТ: Колото-резаная рана отличается своей глубиной, всегда превышающей длину, часто имеет щелевидную форму, острые (или один острый) концы и ровные края. С целью диагностики колото-резаных ран следует выделять основной разрез, образующийся от погружения клинка в тело, и дополнительный, возникающий от движения лезвия при извлечении ножа под углом. В связи с этим, раны могут иметь также углевидную форму. Выделение основного и дополнительного разреза значимо не только для диагностики колюще-режущего действия, но и позволяет судить о ширине клинка травмирующего орудия. Чтобы отличить основной разрез от дополнительного, надо учесть, что последний отходит под углом, чаще на некотором расстоянии от него, и лучше обнаруживается при стереомикро-скопии.

12. Каковы особенности колюще-режущего орудия и по каким признакам они определяются? (УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-5, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10)

ОТВЕТ: Прежде всего определяется тип клинка, а при наличии обуха (спинки) его особенности.

При действии одностороннего орудия, т. е. орудия с обухом, конец раны с этой стороны может быть закругленным, «П» или «М»-образ-ным, иногда с надрывами по краям. Со стороны действия лезвия конец раны острый с отходящей насечкой, образованной от режущего действия.

Особенность конца раны со стороны обуха ножа зависит от его толщины, ибо тоньше 2 мм обух может не отразиться на коже и оставить острый угол также от выраженности ребер обуха, степени давления на него при погружении ножа. В последнем случае этот конец может быть осаднен. Иногда установление даже одного признака ножа, например наличие обушка, может исключить первоначальную версию и направить следствие по другому пути. Доказательство же возможности применения выявленного ножа позволит раскрыть преступление.

Одним из важных признаков колюще-режущего орудия является длина его клинка. О ней судят по глубине раневого канала, что не всегда технически легко. Следует учитывать, что длина канала в брюшной полости, в податливых мягких тканях вследствие их отклонения при погружении, может быть больше длины клинка самого орудия. Также нельзя забывать, что необходимо прибавлять к длине канала толщину одежды, соответственно локализации раны. При этом обычно отражается только длина внедрившейся части клинка, за исключением случаев выявления по краям раны повреждений от ограничителя.

Наконец, следует учитывать, что в момент нанесения повреждения потерпевший мог быть в согнутом положении, а при исследовании распрямленного тела раневой канал может располагаться по одной линии. При внедрении ножа до ограничителя, что определяется по осаднениям от давления им на коже, устанавливается, что раневой канал отображает всю длину клинка.

При проникающих и непроникающих ранениях в зависимости от части тела для установления длины клинка используют различную технику исследования.

Морфологические особенности повреждения позволяют судить о некоторых деталях строения орудия. При полном погружении клинка, как отмечалось выше, ссадина вблизи краев раны может повторять форму соприкосновения ограничителя, а при наличии бородки, которая имеется на перочинных ножах, со стороны острого конца вблизи него выявляется дополнительное повреждение.

К особенностям орудия относят выявление ржавчины, иных загрязнений клинка.

Указанные особенности лучше видны при сте-реомикроскопическом исследовании, иногда их можно выявить только при использовании этого метода, или определения металлизации с помощью химических цветных реакций на железо. Чаще всего это проба Перлса, при использовании которой на область повреждения наливается 2%-ный раствор желтой кровяной соли и 2%-ный соляной кислоты, затем все смывается дистиллированной водой. Образование сине-зеленоватого цвета свидетельствует о наличии соединений железа. Можно применять реакцию Тирмана, а также контактно-диффузионные методы получения отпечатка на фотобумаге.

13. Можно ли установить конкретный экземпляр колюще-режущего орудия, то есть провести его отождествление? (УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-5, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10)

ОТВЕТ: Для решения этого вопроса необходимо назначить судебно-медицинскую экспертизу с представлением подозреваемого орудия. Отождествление орудия начинается с учета характера повреждений на теле и одежде, результатов исследования орудия, наложений крови, элементов поврежденных органов и тканей, волос и волокон одежды, но главным (при наличии поврежденной кости или хряща) является результат сравнительного трассологического исследования повреждений, изъятых из трупа с экспериментально воспроизводимым повреждением. Совпадение микрорельефа, оставленного лезвием клинка, позволяет сделать вывод об отождествлении орудия. Экспертиза проводится в медико-криминалистическом отделении Бюро СМЭ.

14. Как определить направление удара и положение орудия в момент нанесения колото-резаной раны? (УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-5, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10)

ОТВЕТ: При вертикальном положении тела направление удара совпадает с направлением раневого канала. В других случаях надо знать позу пострадавшего в момент удара колюще-режущим орудием, взаимоотношение его с нападающим, направление раневого канала.

Положение орудия при внедрении тела устанавливают по скошенному и нависающему краю при проникновении под острым углом, выявлению осаднений, ржавчины на стороне большего контакта клинка с кожей, либо по одинаково выраженным признакам по краям в случае перпендикулярно расположенного клинка при его внедрении.

15. Как определить количество ударов, нанесенных колюще-режущим орудием? (УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-5, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10)

ОТВЕТ: Количество ударов определяется с учетом числа ран, и того, что колюще-режущие (как и колотые раны) могут быть сквозными, то есть один удар может образовать входную и выходную раны. Сквозные раны плеча и предплечья могут приводить и к одновременному образованию ран туловища, и тогда от одного удара может быть 3 раны (входная и выходная плеча и входная на боковой поверхности туловища). Последовательность при незначительном времени, отделяющим удары, устанавливается редко. Целесообразно каждую рану маркировать для фотографирования и занесения на схемы.

16. Как установить, что колото-резаная рана нанесена собственной рукой? (УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-5, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10)

ОТВЕТ: Повреждения, нанесенные собственной рукой, бывают при случайном и неосторожном обращении, что устанавливается с учетом обстоятельств дела, иногда с помощью следственного эксперимента.

Как и при повреждении рубящим орудием, ряд особенностей зависит от цели нанесения травмы. При решении вопроса определяют доступность входной раны для действия собственной руки. Как правило, это передняя поверхность грудной клетки, область сердца, реже живот — направления раневого канала, удобные для руки. Признаком действия собственной руки являются поверхностные «примерочные» повреждения кожи, расположенные вблизи друг друга.

17. Какие орудия называют колющими? (УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-5, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10)

ОТВЕТ: Колющие орудия имеют острый конец и узкую удлиненную коническую, цилиндрическую и граненую форму. Сюда относятся такие предметы, как шило, игла, гвоздь, вилка, наточенный напильник, отвертка, стамеска, долото, а также штык, стилет — трехгранный клинок с заостренным концом. Механизм действия колющего орудия —проникновение его в тело вдоль своей оси, сопровождающееся раздвижением и повреждениям ткани. Возникающие раны небольшие, иногда точечные, но глубокие. Раневой канал может заканчиваться слепо, а иногда рана бывает сквозная.

18. Каковы особенности колотой раны? (УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-5, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10)

ОТВЕТ: Форма и размеры таких ран повторяют с особенности поперечного сечения травмировавшего орудия. Однако, вследствие эластичности кожи, форма раны несколько изменяется и уменьшается. От действия конического орудия она может быть овальной, круглой, щелевидной в зависимости от степени и направления расхождения краев. Округлая рана, например, от конического напильника, похожа на огнестрельную пулевую рану при выстреле с небольшого расстояния с осаднением, а иногда и загрязнением по краям. Выраженность их зависит от особенностей орудия. Отличием является отсутствие дефекта ткани, а также снаряда в раневом канале и его характера. Колющие предметы не повреждают волосы, надрывают и разволокняют ткань одежды. Огнестрельное оружие действует иначе.

19. Можно ли по особенностям колотой раны определить своеобразие конструктивного устройства травмировавшего колющего предмета? (УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-5, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10)

ОТВЕТ: Исследование колотой раны позволяет выявить некоторые особенности подозреваемого орудия. По длине раневого канала можно судить о длине внедрившейся части орудия. При нанесении раны граненым предметом на коже отражается число граней (но не более пяти) в виде лучей. В плоских костях форма и размеры поперечного сечения орудия отражаются более точно. Характерным является повреждение вилкой, которая оставляет раны по количеству, форме, одинаковой глубине и расстоянию между ними, позволяя устанавливать конструкцию орудия. Своеобразны колотые раны от удара закрытыми или разведенными ножницами. Такие раны в первом случае схожи с действием колющего орудия с обухом, во втором случае образуются парные колото-резаные раны, обращенные друг к другу острыми концами.

Дополнительной информацией к уточнению формы соприкосновения и характеристики орудия являются методы цветных отпечатков для обнаружения металлизации.

Чтобы не потерять раневой канал при вскрытии и определить его форму, рекомендуют перед поперечными или продольными разрезами ненадолго влить в раневое отверстие краситель, который окрасит стенки. При большом отверстии можно получить слепок. Надо иметь в виду, что колющее орудие в виде иглы может остаться в раневом канале, поэтому целесообразно предварительно произвести рентгенографию этого участка.

20. Что называют пилящим орудием и в каких условиях возникают пиленые раны? (УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-5, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10)

ОТВЕТ: Чаще всего пиленые раны наносятся ручными пилами различного назначения, имеющими пластинку с П-образными или клиновидными зубьями. Реже травмирующим орудием является циркулярная пила. Как правило, повреждения возникают в результате несчастного случая при неумелом или неосторожном обращении в быту, либо при несоблюдении техники безопасности на производстве. Описаны единичные случаи самоубийства циркулярной пилой.

21. Каковы особенности пиленых ран? (УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-5, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10)

ОТВЕТ: Повреждения пилящим орудием в судебно-медицинской практике встречаются редко. При пилящем действии ручной пилой полосовидное полотно образует прямолинейную рану с неровными осаднениями, зазубренными краями, между которыми наблюдаются перемычки. У концов длинной раны образуются насечки и царапины. На дне раны — опилки затронутой кости, частицы ржавчины. Раны, нанесенные дисковой пилой, имеют относительно ровные, зубчатые края с мелками лоскутами.

22. Каково судебно-медицинское значение пиленых повреждений костей? (УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-5, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10)

ОТВЕТ: Прямолинейные распилы образуют валики и бороздки по краям, которые позволяют по ширине насечек, режущим кромкам зубцов судить о толщине полотна, характере заточки, высоте и разводе зубцов, то есть получать идентификационные признаки.

При действии дисковой пилой образуется ровная поверхность распила с дугообразными следами. Иногда появляется возможность определить начало и конец распила, а по отдельным деталям, особенно по трассам ближайшего к рукоятке зубца, — отождествлять пилу. Этот вопрос решается медико-криминалистической экспертизой с учетом результатов криминалистического исследования костных опилок и других объектов с места происшествия.

23. Что можно установить по особенностям одежды при экспертизе повреждений острым орудием? (УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-5, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10)

ОТВЕТ: Особенности повреждений, обычно линейных , зависят от характера материала, но при остром лезвии края повреждения ровные. Если вследствие механических повреждений края приобретают бахромчатый вид и похожи на разрыв, надо обратить внимание при стереомикроскопии на степень неровности краев отдельных волокон.

В отличие от разрывов, которые имеют разлохмаченные края с выступающими на разном уровне волокнами с неровными концами, края повреждения режущим орудием имеют отклоненные в сторону движения волокна. Разрезы, сделанные ножницами с острыми лезвиями, — линейной формы с ровными краями и косыми выступами. При действии тупых лезвий ножниц по ходу ступенчатых краев при стереомик-роскопии появляются уплощения нитей. На резиновой тесьме одежды при разрезе не обнаруживается вытянутых выступающих за край разделений нитей при разрыве. Это имеет значение при экспертизе по поводу изнасилования.

Разрубы от ударов топором имеют линейную или дугообразную форму и образуются лишь на твердой основе. Дефекты тканей возникают при действии острого лезвия, а также при ударе носком или пяткой топора. При этом наблюдается П-образные или закругленные концы. Такие повреждения могут напоминать колото-резаные раны, но имеют неровные, разволокненные края и сдавленные концы. Если повреждения нанесены на многослойной одежде, то в отличие от колюще-режущего орудия они в нижерасположенных тканях уменьшены в размерах.

**4. Самоконтроль по тестовым заданиям данной теме.**

1. МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ УШИБЛЕННОЙ РАНЫ, НЕ СВИДЕТЕЛЬСТВУЮЩИЕ О ВОЗДЕЙСТВИИ ТВЕРДОГО ТУПОГО ПРЕДМЕТА ПОД УГЛОМ 45 ГРАДУСОВ:

1) Осаднение кожи у одного из краев

2) Наличие кровоизлияния в мягкие ткани у одного из краев

3) Одна из стенок раны скошена, другая – подрыта

4) Осаднение кожи по краям

5) Наличие повреждений волос по одному краю раны

Правильный ответ: 4 ПК-5

2. НЕ ЯВЛЯЕТСЯ СОСТАВНЫМ КОМПОНЕНТОМ РАН:

1) Края, стенки, дно, концы

2) Входное отверстие

3) Выходное отверстие

4) Раневой канал

5) Полость раневого канала

Правильный ответ: 5 ПК-5

3. ХАРАКТЕРНАЯ ФОРМА РАН ГОЛОВЫ ОТ ВОЗДЕЙСТВИЯ ТВЕРДОГО ТУПОГО С ПЛОСКОЙ ПРЕОБЛАДАЮЩЕЙ ПОВЕРХНОСТЬЮ:

1) Древовидная (ветвистая), лучистая, дугообразная

2) Древовидная (ветвистая)

3) Лучистая

4) Дугообразная

5) Веретенообразная

Правильный ответ: 1 ПК-5

4. МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ, ОТРАЗИВШИЕСЯ В ССАДИНЕ, КОТОРЫЕ НЕ ИСПОЛЬЗУЮТСЯ ДЛЯ УСТАНОВЛЕНИЯ ЕЕ НАЧАЛА И КОНЦА, Т.Е. НАПРАВЛЕНИЯ ДЕЙСТВИЯ СИЛЫ:

1) Глубина дна

2) Наличие углообразных разрывов эпидермиса

3) Наличие множественных параллельных

длиннику ссадины прямолинейных поверхностных

царапин

4) Наличие мелких треугольных ссадин, вершиной

ориентированных к месту ее начала

5) Наличие посторонних частиц и скопление чешуек

отслоенного эпидермиса в конце ссадины

Правильный ответ: 3 ПК-5

5. К КЛАССИФИКАЦИИ РАН В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ИХ ФОРМЫ НЕ ОТНОСИТЬСЯ:

1) Щелевидные и линейные

2) Веретенообразные и дуговидные

3) Звездчатые и древовидные

4) Прямоугольные и круглые

5) Остроконечные

Правильный ответ: 5 ПК-5

6.ФАКТОРЫ, НЕ ОБУСЛОВЛИВАЮЩИЕ СТЕПЕНЬ НАРУШЕНИЯ ЦЕЛОСТНОСТИ ТКАНЕЙ (ИНТЕНСИВНОСТЬ ПОВРЕЖДЕНИЯ):

1) Кинетическая энергия, развиваемая при

соприкосновении поверхности

предмета с тканями

2) Обширность поражаемой площади тела

3) Характер поражаемых тканей

4) Индивидуальные особенности организма

5) Особенности контактирующей поверхности предмета

и угол его соприкосновения с телом

Правильный ответ: 3 ПК-5

7.СТАТЬИ УК РФ, НЕ ПРЕДУСМАТРИВАЮЩИЕ УГОЛОВНУЮ ОТВЕТСТВЕННОСТЬ ЗА ПРИЧИНЕНИЕ ТЕЛЕСНЫХ ПОВРЕЖДЕНИЙ:

1) Ст. 111

2) Ст. 112

3) Ст. 114

4) Ст. 115

5) Ст. 117

Правильный ответ: 4 ПК-5

8. ОПРЕДЕЛИТЕ ВЕЛИЧИНУ КРОВОПОТЕРИ ПРИ СЛЕДУЮЩИХ ПОКАЗАТЕЛЯХ: УДЕЛЬНЫЙ ВЕС КРОВИ - 1,051-1,054; HB - 65-62%; ВЕЛИЧИНА ГЕМАТОКРИТА 44-40; АД И ПУЛЬС-НОРМА.

1) До 500 мл

2) До 1000 мл

3) До 1500 мл

4) До 2000 мл

5) До 4000 мл

Правильный ответ: 1 ПК-5

9. ОПРЕДЕЛИТЕ ВЕЛИЧИНУ КРОВОПОТЕРИ ПРИ СЛЕДУЮЩИХ ПОКАЗАТЕЛЯХ: УДЕЛЬНЫЙ ВЕС КРОВИ - 1,044, HB 43%, ГЕМАТОКРИТ - НИЖЕ 23, ПУЛЬС НИТЕВИДНЫЙ.

1) До 500 мл

2) До 1000 мл

3) Более 1500 мл

4) Более 2500 мл

5) Более 4500 мл

Правильный ответ: 3 ПК-5

10. НЕ ЯВЛЯЮТСЯ МЕХАНИЧЕСКИМИ ВИДАМИ ВНЕШНЕГО ВОЗДЕЙСТВИЯ, ПРИВОДЯЩИМИ К ОБРАЗОВАНИЮ ПОВРЕЖДЕНИЙ:

1) Тупые твердые предметы

2) Острые предметы

3) Огнестрельное оружие

4) Взрывчатые вещества

5) Ионизирующее излучение

Правильный ответ: 5 ПК-5

**5. Самоконтроль по ситуационным задачам**

Задача № 1. (УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-5, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10)

Труп гр-на Ш., 40 лет, обнаружен 16.01.с. г. в своей квартире с повреждением в области головы и со значительным объемом крови в окружности. На мягком небе округлая рана 4х3 см с дефектом ткани и отслоением по краям, здесь же выра­женное наложение серо-черного налета. Края небной кости на внутренней костной пластинке относительно ровные, на наружной костной пластинке со сколами. В затылочной области обширная звездчатая рана, с 5-ю лучами, лучи ориентированы на 2,5,7,9,12 часов условного циферблата, длиной от 2 до 7 см с неровными, вывернутыми кнаружи краями, края раны сопоставимы. В просвет раны выступают множественные отломки костей черепа, поврежденные оболочки и вещество головного мозга. Рана полости рта расположена на 160 см от уровня стоп, рана в затылочной области на 157 см от уровня стоп. Под кожей затылочной области 10 инородных тел, округлой и овальной формы, диаметром около 0,1 см. На своде черепа, в задней части теменных и затылочной костей, на основании в области средней и задней черепных ямок многооскольчатый перелом костей с образованием осколков размерами от мелких до 4 х 4 см, часть осколков из области чешуи затылочной кости и основания черепа отсутствует. В веществе головного мозга и в его оболочках прослеживается раневой канал, идущий в стволе и затылочных долях с их обширным разрушением. Раневой канал направлен снизу вверх, спереди назад и прямо.

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. (УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-5, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10)

Труп гр-на. Д., 54 лет, обнаружен 10.02. с.г. в квартире по адресу... с повреждением грудной клетки. На грудной клетке слева в проекции 5 межреберья, по среднеключичной линии округлая рана диаметром 0,7 см с дефектом ткани, с ровными краями, с наложениями серо-черного цвета, окруженная по периферии темно-красным пояском осаднения, шириной до 0,2 см. в проекции 5-6 межреберья, в области раны, в мягких тканях темно-вишневое кровоизлияние. Правое легкое полностью выполняет плевральную полость. Левое легкое поджато. В левой плевральной полости 1200 мл темной жидкой крови и свертков. Околосердечная сорочка повреждена. В проекции левого желудочка повреждение щелевидной формы, длиной 1,7 см. На передневнутренней поверхности легкого в средней доле неправильно-овальный дефект ткани 1,6х0,9 см, с относительно ровными краями. В средней доле левого легкого, ближе к задней поверхности, обнаружена пуля остроконечной формы длиной 1,5 см, наибольшим диаметром около 0,7 см, кончик несколько уплощен. Поверхность пули коричневатая, видны косо продольно расположенные четыре белесоватые полоски (царапины). На передней поверхности сердца, в проекции левого желудочка, соответственно повреждению околосердечной сорочки имеется рана, идущая спереди назад, слева направо и захватывающая эпикард и миокард. Рана имеет трех лучевую форму, длиной лучей от 0,1 до 3,2 см. При осмотре эндокарда обнаружены полосчатые кровоизлияния красно-коричневого цвета (пятна Минакова). Раневой канал направлен спереди назад, слева направо, прямо. Внутренние органы малокровные.

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 № 3. (УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-5, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10)

Труп гр. К., 45 лет, обнаружен в квартире с признаками насильственной смерти. На передней поверхности грудной клетки слева, на уровне 6 межреберья, на высоте 126 см выше подошв, по средне-ключичной линии, округлая рана диаметром 0,9см, с дефектом ткани, с осаднением в виде широкого кольца вокруг, шириной от 0,5 до 0,9 см с наложением серо-черного цвета. В мягких тканях грудной клетки слева на уровне 6 межреберья по средне-ключичной линии прослеживается раневой канал, являющийся продолжением повреждения на коже. В подкожной клетчатке окружающих мягких тканей темно-красное кровоизлияние, овальной формы 4х3 см. Далее раневой канал проходит через мышцы 6 межреберного промежутка по средне-ключичной линии, где имеется дефект овальной формы 0,6х0,5 см с кровоизлиянием в окружающие ткани. Раневой канал проникает в левую плевральную полость, проходит через переднее средостение, через левый купол диафрагмы, где на уровне 6 межреберья имеется овальной формы дефект. В брюшной полости на выпуклой поверхности левого края левой доли печени звездчатой формы дефект, проникающий на нижнюю поверхность. На прилегающей части передней стенки желудка овальной формы дефект, через который желудочное содержимое поступает в брюшную полость. Раневой канал далее продолжается через левую долю печени, где имеется щелевидный разрыв 4 см, в косом направлении спереди назад и вправо с дополнительными звездчатыми разрывами по краям. На нижней поверхности левой доли печени рана длиной 6 см, концы ее постепенно сходятся на нет, по краям дополнительные разрывы. На передней стенке желудка, ниже малой кривизны овальной формы рана 2,5х1,3 см. В брюшной полости 2000 мл жидкой темной крови с рыхлыми сгустками. При обзоре правой половины продольно распиленного тела 11 грудного позвонка и при дополнительном распиле в толще губчатого вещества обнаружена пуля в оболочке, донышком направленная по ходу раневого канала вперед и влево и несколько вверх, а носком в противоположную сторону, диаметром 9 мм. 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. (УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-5, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10)

Труп гр-на. Л., 19 лет, обнаружен 01.10. с.г. в квартире по адресу… с повреждением живота. На передней брюшной стенке по средней линии живота в 13 см от мечевидного отростка рана диаметром 2см с мелко фестончатыми краями, не совпадающими при сопоставлении (дефект ткани). В окружности раны серо-черный налет, осаднение шириной 0,2см, а в 0,3 см от краев осаднение кольцевидной формы, шириной 0,35см. Из раны выступает сальник… На внутренней поверхности первого пальца и наружной поверхности второго пальца левой кисти серо-черный налет… Рана брюшной стенки проникает в полость брюшины… В мышцах живота розово-красное кровоизлияние на участке 4,2х3,9см. В брюшиной полости до 2500 мл жидкой крови и рыхлых темно-красных сгустков. В большом сальнике в 3 см от пилорического отдела желудка отверстие до 12х10см с лоскутообразными кровоподтечными краями, покрытыми как и рана брюшной стенки, серо-черным налетом. В прилегающих к повреждению сальника петлях и брыжейке тонкого кишечника на площади до 12х12см. сквозные множественные щелевидные раны диаметром до 0,3см. Среди петель кишечника два войлочных картонных пыжа, диаметром около 1,7см каждый. Далее раневой канал продолжается несколько книзу, где регистрируется размозженный брюшной отдел аорты, тела 5-го поясничного и верхняя часть 1-го крестцовых позвонков. В окружности этой зоны на участке 14,5х12см в костной и мягких тканях множество округлых и частично деформированных частиц из мягкого металла серого цвета, размерами до 0,2-0,3см. Внутренние органы резко малокровные.

При медико-криминалистическом исследовании установлено, что рана в области живота является входным огнестрельным отверстием. По краю ее при контактно-диффузионном исследовании обнаружен свинец; следы свинца обнаружены в смывах с обеих рук.

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. (УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-5, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10)

Труп гр-на С., 28 лет, обнаружен 12.03.с. г. в лесополосе, под трупом наблюдалась лужа крови. На правой боковой поверхности таза на кожных покровах на высоте 93 см от подошвенных поверхностей стоп и на 7 см кзади от верхней передней поверхности подвздошной кости округлая рана кожи диаметром 7,5мм с дефектом ткани «минус ткань» и пояском осаднения овальной формы, диаметром 0,2-0,3см, края раны обращены внутрь. При ревизии раны в ее проекции дефект ткани на передней подвздошной кости, диаметром 7,5мм, с относительно ровными краями на наружной костной пластинке, со сколами на внутренней костной пластинке. На левой ягодице на уровне 85 см от подошвенной поверхности стоп и на 16 см кзади от передней ости левой подвздошной кости звездчатая рана, 8х5 см. с неровными, вывернутыми кнаружи краями, с длиной лучей от 2 до 5см, края без дефекта ткани, сопоставимы. При внутреннем исследовании по ходу раневого канала обнаружен дырчатый дефект крыла правой подвздошной кости таза, диаметром 8мм, с относительно ровными краями на наружной костной пластинке, со сколами на внутренней костной пластинке. Обнаружено сквозное ранение мочевого пузыря, множественные ранения петель подвздошной и прямой кишки, повреждения сосудов венозного сплетения таза, обширная забрюшинная тазовая гематома, размозжение мышц и подкожной клетчатки левой ягодичной области. Ход раневого канала справа налево и сверху вниз, спереди назад. Отмечается малокровие внутренних органов. Под эндокардом отмечаются кровоизлияния (пятна Минакова).

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?

Эталон № 1.

1. При экспертизе трупа гр-на Ш., 40 лет, обнаружено сквозное ранение головы с повреждением мягких тканей головы, с наличием раны на твердом небе, с повреждением костей лицевого и мозгового черепа, вещества головного мозга.

2. Рана округлой формы на мягком небе с дефектом ткани «минус ткань», с наличием в ее окружности серо-черного налета (копоти) указывает на то, что это входное ранение. Звездчатая рана в затылочной области головы, без дефекта ткани и пояска осаднения, с вывернутыми кнаружи краями указывает на то, что данная рана является выходным огнестрельным отверстием. Раневой канал направлен снизу вверх спереди назад, прямо с повреждением по ходу его полушарий головного мозга, с образованием переломов костей лицевого черепа, свода и основания черепа. 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 №194н, п.6.1.1.), 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-на Ш., 40 лет, наступила в результате разрушения вещества головного мозга, развившегося вследствие сквозного огнестрельного дробового ранения головы, сопровождавшегося повреждением мягких тканей головы, костей лицевого и мозгового черепа, вещества головного мозга.

Эталон № 2.

1. При экспертизе трупа гр-на Д., 54 лет, обнаружено проникающее ранение грудной клетки, с повреждением левого легкого и левого желудочка сердца, с развитием массивной кровопотери (в левой плевральной полости 1200 мл крови).

2. Рана округлой формы на передней поверхности грудной клетки 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 слепого пулевого 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 (приказа №194н, п. 6.1.9.), 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 в результате массивной кровопотери, развившейся вследствие слепого огнестрельного пулевого ранения грудной клетки, сопровождавшегося повреждением мягких тканей грудной клетки, левого легкого и левого желудочка сердца, с развитием массивной кровопотери (гемоторакс слева - 1200 мл крови).

Эталон № 3.

1. При экспертизе трупа гр-на К., 45 лет, обнаружено слепое ранение грудной клетки и живота слева, с повреждением диафрагмы слева, левой доли печени, желудка, 11-го грудного позвонка и признаками массивной кровопотери (в брюшной полости 2000 мл жидкой темной крови с рыхлыми сгустками).

2. Округлой формы рана на грудной клетке слева с дефектом ткани «минус ткань», с пояском осаднения, наличием копоти указывает на то, что это входное отверстие. Раневой канал направлен спереди назад, влево и несколько вверх с повреждением по ходу его внутренних органов. Возникло в результате однократного огнестрельного пулевого ранения. Учитывая наличие копоти в области входной раны, дистанция выстрела была близкой (в пределах действия дополнительных факторов выстрела). Выстрел был произведен из огнестрельного оружия, патрон которого был снаряжен пулей, диаметром 9мм.

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 №194н, п.6.1.9.), 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 от острой кровопотери, развившейся в результате слепого огнестрельного пулевого ранения грудной клетки, с повреждением диафрагмы, левой доли печени, желудка и 11-го грудного позвонка.

Эталон № 4.

1. При экспертизе трупа гр-на Л., 19 лет, обнаружено проникающее ранение живота, с повреждением брюшного отдела аорты, большого сальника, кишечника, тел 5-го поясничного и 1-го крестцового позвонков, с развитием массивной кровопотери (в брюшной полости 2500 мл крови).

2. Рана округлой формы на передней поверхности живота 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. Данное повреждение является огнестрельным, возникло в результате слепого однократного дробового ранения. Учитывая наличие одной входной раны, считаю, что входная рана возникла от компактного действия дроби. 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 №194н, п. 6.1.15.), рана живота, проникающая в брюшную полость, является опасным для жизни вредом и по этому признаку квалифицируется как тяжкий вред, причиненный здоровью человека.

5. Смерть наступила от массивной кровопотери, вследствие проникающего слепого огнестрельного дробового ранения живота, сопровождавшегося повреждением брюшного отдела аорты, большого сальника, кишечника, тел 5-го поясничного и первого крестцовых позвонков.

Эталон № 5.

1. При экспертизе трупа гр-на С., 28 лет, обнаружено сквозное ранение живота и таза, с повреждением костей таза и внутренних органов.

2. Рана округлой формы на правой боковой поверхности таза с дефектом ткани «минус ткань», с пояском осаднения указывает на то, что это входное отверстие. Звездчатой формы рана без дефекта ткани, пояска осаднения свидетельствует о том, что на левой ягодице располагается выходное отверстие. Раневой канал направлен спереди назад, справа налево и сверху вниз, с повреждением по ходу его костей таза и внутренних органов. 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 №194н, п.6.1.21.), повреждение тазовых органов, является опасным для жизни вредом и по этому признаку квалифицируется как тяжкий вред, причиненный здоровью человека.

5. Смерть гр-на С., 28 лет, наступила вследствие массивной кровопотери, развившейся в результате проникающего сквозного огнестрельного пулевого ранения таза и живота с повреждением костей таза, мочевого пузыря, кишечника, сосудистого сплетения таза.

**6. Перечень практических умений по изучаемой теме**

(УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-5, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10)

- провести осмотр трупа на месте происшествия (обнаружения), классифицировать смерть, установить давность наступления смерти;

- установить причину смерти;

- провести судебно-медицинское исследование трупа при различных видах насильственной смерти;

- организовать судебно-медицинскую экспертизу вещественных доказательств (изъять, упаковать и направить объекты судебно-медицинской экспертизы на лабораторные исследования);

**7. Рекомендации по выполнению НИР**

Примерная тематика по НИР по теме - не предусмотрена.

**8. Рекомендованная литература по теме занятия (обязательная, дополнительная, электронные ресурсы, включая законодательные и нормативно-правовые документы)**

**Занятие № 21**

**1. Индекс: ОД.О.01.1.4.22** **Тема:** «Введение в судебно-медицинскую баллистику».

**2. Форма организации занятия:** подготовка к практическому занятию.

**3. Перечень вопросов для самоподготовки по теме практического занятия**

1. Какое повреждение называют огнестрельным? (УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-5, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10)

ОТВЕТ: Огнестрельным называется повреждение, возникающее при выстреле из огнестрельного стрелкового оружия.

Огнестрельные ранения в связи с распространением огнестрельного оружия в последнее время встречаются чаще. Они отличаются от повреждений тупыми и острыми орудиями, и об их особенностях меньше известно врачу и следователю, хотя вопросов при их обнаружении возникает больше. Они своеобразны и иногда трудноразрешимы.

2. Какое оружие называют огнестрельным и какая наука занимается его изучением? (УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-5, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10)

ОТВЕТ: Раздел криминалистики, который занимается изучением огнестрельного оружия, боеприпасов и закономерностью действия поражающих факторов выстрела, называется судебной баллистикой.

Огнестрельным называется оружие, в котором для выбрасывания снаряда и достижения направленного движения используется энергия пороховых газов, что позволяет поражать цель на расстоянии. Кроме того, оно имеет ряд свойственных огнестрельному оружию признаков: предназначенность для нападения или активной обороны; достаточное поражающее действие; наличие ствола для придания снаряду направленного движения, запирающего устройства и воспламеняющегося заряда. Для производства выстрела необходимо помимо оружия иметь заряд пороха, средство воспламенения (капсюль), снаряд, которые собираются в своеобразном футляре — гильзе и называются патроном. Охотничий патрон дополнительно имеет пыж.

3. Как подразделяется огнестрельное оружие? (УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-5, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10)

ОТВЕТ: В судебной медицине принята следующая классификация огнестрельного оружия:

Боевое оружие (винтовки, карабины, автоматы, пистолеты, револьверы).

Охотничье оружие может быть гладкоствольным (для стрельбы дробью), нарезным и комбинированным. Это ружья, винтовки, карабины.

Спортивное оружие, обычно малокалиберное (винтовки, пистолеты, револьверы).

Самодельное оружие очень разнообразно с использованием существующих патронов. Это самопалы или обрез длинноствольного оружия.

Специальное оружие — сигнальные, стартовые пистолеты. Сюда можно отнести некоторые газовые пистолеты.

Кроме того, огнестрельное оружие делится по устройству: нарезное и гладкоствольное. По калибру может быть малокалиберным (4—6 мм), среднекалиберным (7—9 мм) и крупнокалиберным (10 и более мм).

В соответствии с законом «Об оружии» оно подразделяется также по своему назначению на три группы:

1. Боевое, используемое для решения боевых и оперативнослужебных задач.

2. Служебное, применяемое предприятиями и учреждениями при осуществлении задач по охране природы, ее ресурсов, собственности, для защиты жизни и здоровья людей. Это разрешенное к использованию ствольное оружие.

3. Гражданское огнестрельное оружие предназначается для использования гражданами при самообороне, для охоты и занятий спортом. Сюда относятся газовые пистолеты, револьверы, механические распылители, аэрозольные и газовые устройства, а также малокалиберное, пневматическое и метательное спортивное оружие. По особенностям ствола различают нарезное, гладкоствольное и комбинированное огнестрельное оружие.

4. Что надо знать о патроне и его компонентах, и какое это имеет значение для результатов экспертизы? (УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-5, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10)

ОТВЕТ: Пулевой патрон объединяется гильзой, на дне которой имеется капсюль, внутри порох, а на противоположном конце пуля. Дробовой патрон имеет, кроме того, пыжи-прокладки (из войлока, картона, пластмассы, а также самодельные — из бумаги, тряпки и пр.), отделяющие порох от дроби и «закрывающие» патрон, накладываемый на дробь. Патроны, не содержащие снаряда, называются холостыми. Пули бывают оболочные, полуоболочные (когда свинцовый или пластмассовый сердечник состоит из стальной оболочки, покрытой томпаком или сплавом разных металлов в зависимости от марки оружия), безоболо-чечные — свинцовые. Пули имеют разную форму — остроконечные, тупоконечные, цилиндрические. В охотничьем оружии часто применяют в качестве снаряда дробь. Это разного диаметра (номеров) свинцовые шарики. Дробь диаметром более 5,5 мм называется картечью. Пули для охотничьего дробового ружья могут быть крупными и сложными по строению (Бреннеке, Якана и др.).

Порох различают бездымный (из нитроцеллю-лозы), применяемый чаще для патронов к боевому оружию, который быстро сгорает с незначительным остатком, и дымный (черный) порох, при сгорании которого образуется пламя, дым и много осадка в виде копоти. Он менее качественен, применяется в основном для снаряжения охотничьих и сигнальных патронов. Пороховые частицы различны по форме, размерам, цвету и другим признакам. Различают много марок пороха.

5. Каковы механизм и повреждающие факторы выстрела? Какое действие оказывает снаряд? (УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-5, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10)

ОТВЕТ: При нажатии на спусковой крючок боек ударяет по капсюлю, что вызывает воспламенение пороха, образование большого количества газов. Давление становится огромным (2—3 тыс. атм.).

В результате пуля выталкивается из ствола. Скорость ее полета бывает различной в зависимости от ряда факторов и, прежде всего, от качества и количества пороха в патроне. Например, пуля, выпущенная из автомата Калашникова, летит со скоростью 710 м/с. В связи с изложенным, понятно, что повреждающими факторами выстрела могут быть не только снаряд, в том числе, вторичный (осколки преграды или костей).

Повреждающими факторами выстрела являются: пуля, дробь, их осколки, атипичный снаряд; вторичные снаряды (осколки, преграды, костной ткани); факторы близкого выстрела;

оружие и его части.

Главным повреждающим фактором, является пуля, дробь или другой снаряд, который наносит сильнейший удар по телу. На малой площади это приводит к разрыву или выбиванию кожи, сжатию их и передачи волны в сторону раневого канала. В полом органе или наполнен! юм жидкостью ударная волна приводит кгидродинамическому воздействию, вследствие которого орган полностью разрушается. Попадая в кость, снаряд может привести к дробящему действию. Теряя энергию у выхода, а иногда и при входе, пуля обладает клиновидным действием, раздвигая ткани как колющее орудие. Редко, когда пуля потеряла скорость или использовано некачественное самодельное оружие, она действует контузионно, лишь нанося ушиб коже, не пробивая ее.

6. Какие огнестрельные раны различают? (УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-5, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10)

ОТВЕТ: Огнестрельные раны могут быть сквозными, слепыми и касательными.

Сквозной называют рану, имеющую входное и выходное отверстия, соединенные раневым каналом, который обычно бывает прямолинейным. Иногда при внутреннем рикошете или смещении органов раневой канал представляет собой ломаную линию, а при прохождении пули через разные органы может быть прерывистым. Слепой называется рана, имеющая входное отверстие и раневой канал, в конце которого находится огнестрельный снаряд. Стенки канала темно-красные от кровоизлияния, с надрывами, а при гидродинамическом действии — с обширным звездчатым разрывом органа. При раздроблении костей, осколки отклоняются в сторону полета снаряда. Касательной называется рана, если пуля не пробивает кожу, пролетая через нее, а образует открытый удлиненный поверхностный раневой канал.

7. Каковы признаки входной огнестрельной раны? (УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-5, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10)

ОТВЕТ: Входная рана обычно имеет круглую, овальную, звездчатую форму, по размеру (на коже) меньше выходной раны и диаметра пули (кроме ран, полученных вследствие действия газов выстрела). Важным признаком ее является дефект ткани, т. е. отсутствие кусочка кожи. Это проверяется соединением пальцами противоположных краев. При этом образуются складки, если имеется дефект, либо поверхность остается ровной, при его отсутствии. Края входной раны ровные либо мелко бахромчатые, с мелкими надрывами. Специфическими признаками входной раны является кольцо (поясок или ободок) осаднения и ободок загрязнения. Кольцо осад-нения шириной в 1—2 мм образуется от повреждения эпидермиса плотно проходящим снарядом. Кольцо (ободок) загрязнения на коже возникает от обтирания смазки, порохового нагара, металла с поверхности пули (поэтому этот признак еще называют ободком обтирания). Эта «грязь» наслаивается на кольцо осаднения. При выстреле под острым углом осаднение может быть не в виде равномерного кольца, а в форме полулуния со стороны оружия. Здесь же в большей степени откладывается и загрязнение. При этом форма овальная. Чтобы выявить ободки осаднения и загрязнения, после визуального осмотра достаточно использовать непосредственную стереомикроскопию. Ободок загрязнения хорошо выявляется при осмотре или стереомик-роскопии в ультрафиолетовых лучах, особенно при исследовании отверстий на одежде. При наличии смазки отмечается флюоресценция.

8. Каковы признаки выходной огнестрельной раны? (УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-5, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10)

ОТВЕТ: Выходная рана часто имеет щелевидную, звездчатую форму без вышеприведенных признаков. На внутренней стенке по краям раны обнаруживаются микроосколки костей (они могут прощупываться пальцами) или частицы внутренних органов, занесенные сюда выходящей пулей (они выявляются при гистологическом исследовании). У выходной раны в виде исключения могут быть участки осаднения, если кожа в момент выхода пули была прижата к твердому предмету. Наблюдается иногда и дефект кожи, когда снаряд к моменту выхода нс потерял своей скорости.

9. Как отличить входное пулевое отверстие от выходного при отсутствии кожи, на плоских костях? (УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-5, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10)

ОТВЕТ: Установление входного и выходного отверстия возможно по плоским костям, при отсутствиикожи, что встречается при гниении или обгора-нии мягких тканей, либо в связи с иссечением краев при хирургической обработке раны. Входное отверстие на наружной пластинке округлое, равно диаметру пули, раневой канал представляет собой усеченный конус, основание которого расположено на внутренней пластинке в виде отверстия со сколом кости и показывает направление полета пули. Выходное отверстие, напротив, имеет скол кости, увеличивающий диаметр повреждения и соответствующий основанию конуса на наружной пластинке.

10. Как установить направление выстрела при огнестрельном ранении? (УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-5, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10)

ОТВЕТ: Направление полета снаряда при сквозном и слепом ранении устанавливается по входному и выходному раневым отверстиям в коже и костях и направлению прямолинейного раневого канала. При касательном ранении решить вопрос о направлении выстрела сложнее, однако можно учесть, что на дне желобообразного канала могут располагаться продольные бороздки, у входа пули край пологий, у выхода приподнят с отвернутыми в сторону движения пули чешуйками эпидермиса.

11. Какие дистанции выстрела различают в судебной медицине? (УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-5, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10)

ОТВЕТ: В судебной медицине принято различать три дистанции выстрела, каждая из которых характеризуется особыми признаками, выявляемыми по окружности входного отверстия. Выраженность этих признаков зависит от особенности оружия, качества и количества пороха, но в среднем они позволяют устанавливать примерное расстояние выстрела. Различают выстрел в упор, выстрел с близкого расстояния и выстрел с неблизкого расстояния. Их установление позволяет доказать или исключить ту или иную версию обстоятельства дела. Например, при неблизком выстреле, как правило, исключается, возможность выстрела собственной рукой (при отсутствии специального приспособления).

**4. Самоконтроль по тестовым заданиям данной темы**

1. Огнестрельным считают повреждение, причиненное:

1) прикладом винтовки

2) шомполом

3) газами выстрела

4) штыком винтовки

5) рукояткой пистолета

Правильный ответ: 3 ПК-5

2. Калибр нарезного оружия в России определяется по:

1) диаметру пули

2) расстоянию между противоположными полями нарезов ствола оружия

3) расстоянию между противоположными нарезами ство­ла оружия

4) диаметру гильзы

5) количеству патронов в магазине оружия

Правильный ответ: 2 ПК-5

3. При исследовании повреждения, похожего на огнестрель­ное, вначале следует установить:

1) направление выстрела

2) дистанцию выстрела

3) является ли повреждение огнестрельным

4) последовательность выстрелов

5) вид оружия

Правильный ответ: 3 ПК-5

4. На клиновидное действие огнестрельного снаряда указы­вает:

1) наличие пояска осаднения;

2) наличие дополнительных разрывов кожи;

3) ввернутость краев раны;

4) отсутствие дефекта ткани;

5) наличие пояска обтирания.

Правильный ответ: 4 ПК-5

5. Основным поражающим фактором при «холостом» вы­стреле является:

1. механическое действие копоти и неегоревших пороши­нок
2. механическое действие частиц металла
3. механическое действие пороховых газов
4. термическое действие пороховых газов
5. химическое действие пороховых газов

Правильный ответ: 3 ПК-5

6. Дополнительные факторы выстрела обнаруживаются толь­ко по ходу раневого канала при выстреле с:

1. полным герметичным упором
2. неполным упором
3. боковым упором
4. близкого расстояния
5. неблизкого расстояния

Правильный ответ: 1 ПК-5

7. Для выстрела в упор не характерно:

1) отсутствие следов воздействия сопутствующих факторов вокруг раны

2) лучеобразные разрывы краев входной раны

3) красноватая окраска тканей по ходу раневого канала

4) наличие крови в канале ствола оружия

5) ровные края входной раны

Правильный ответ: 5 ПК-5

8. Дистанцию при выстреле дробью не устанавливают по:

1) наличию копоти вокруг входной раны

2) наличию частиц металла вокруг входной раны

3) наличию порошинок вокруг раны

4) размерам дефекта ткани входной раны

5) сантиметровой ленте

Правильный ответ: 5 ПК-5

9. Последовательность причинения огнестрельных ранений не устанавливают по:

1) размеру кровоизлияний в мягких тканях

2) характеру повреждений полых органов

3) соотношению компонентов пояска обтирания

4) характеру повреждений плоских костей

5) по числу повреждений плоских костей

Правильный ответ: 5 ПК-5

10. Наличие прерванного раневого канала позволяет устано­вить:

1) количество выстрелов

2) дистанцию выстрела

3) вид оружия

4) позу пострадавшего в момент ранения

5) категорию оружия

Правильный ответ: 4 ПК-5

**5. Самоконтроль по ситуационным задачам.**

Задача № 1. (УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-5, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10)

Труп гр-на Ш., 40 лет, обнаружен 16.01.с. г. в своей квартире с повреждением в области головы и со значительным объемом крови в окружности. На мягком небе округлая рана 4х3 см с дефектом ткани и отслоением по краям, здесь же выра­женное наложение серо-черного налета. Края небной кости на внутренней костной пластинке относительно ровные, на наружной костной пластинке со сколами. В затылочной области обширная звездчатая рана, с 5-ю лучами, лучи ориентированы на 2,5,7,9,12 часов условного циферблата, длиной от 2 до 7 см с неровными, вывернутыми кнаружи краями, края раны сопоставимы. В просвет раны выступают множественные отломки костей черепа, поврежденные оболочки и вещество головного мозга. Рана полости рта расположена на 160 см от уровня стоп, рана в затылочной области на 157 см от уровня стоп. Под кожей затылочной области 10 инородных тел, округлой и овальной формы, диаметром около 0,1 см. На своде черепа, в задней части теменных и затылочной костей, на основании в области средней и задней черепных ямок многооскольчатый перелом костей с образованием осколков размерами от мелких до 4 х 4 см, часть осколков из области чешуи затылочной кости и основания черепа отсутствует. В веществе головного мозга и в его оболочках прослеживается раневой канал, идущий в стволе и затылочных долях с их обширным разрушением. Раневой канал направлен снизу вверх, спереди назад и прямо.

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. (УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-5, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10)

Труп гр-на. Д., 54 лет, обнаружен 10.02. с.г. в квартире по адресу... с повреждением грудной клетки. На грудной клетке слева в проекции 5 межреберья, по среднеключичной линии округлая рана диаметром 0,7 см с дефектом ткани, с ровными краями, с наложениями серо-черного цвета, окруженная по периферии темно-красным пояском осаднения, шириной до 0,2 см. в проекции 5-6 межреберья, в области раны, в мягких тканях темно-вишневое кровоизлияние. Правое легкое полностью выполняет плевральную полость. Левое легкое поджато. В левой плевральной полости 1200 мл темной жидкой крови и свертков. Околосердечная сорочка повреждена. В проекции левого желудочка повреждение щелевидной формы, длиной 1,7 см. На передневнутренней поверхности легкого в средней доле неправильно-овальный дефект ткани 1,6х0,9 см, с относительно ровными краями. В средней доле левого легкого, ближе к задней поверхности, обнаружена пуля остроконечной формы длиной 1,5 см, наибольшим диаметром около 0,7 см, кончик несколько уплощен. Поверхность пули коричневатая, видны косо продольно расположенные четыре белесоватые полоски (царапины). На передней поверхности сердца, в проекции левого желудочка, соответственно повреждению околосердечной сорочки имеется рана, идущая спереди назад, слева направо и захватывающая эпикард и миокард. Рана имеет трех лучевую форму, длиной лучей от 0,1 до 3,2 см. При осмотре эндокарда обнаружены полосчатые кровоизлияния красно-коричневого цвета (пятна Минакова). Раневой канал направлен спереди назад, слева направо, прямо. Внутренние органы малокровные.

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 № 3**.** (УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-5, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10)

Труп гр. К., 45 лет, обнаружен в квартире с признаками насильственной смерти. На передней поверхности грудной клетки слева, на уровне 6 межреберья, на высоте 126 см выше подошв, по средне-ключичной линии, округлая рана диаметром 0,9см, с дефектом ткани, с осаднением в виде широкого кольца вокруг, шириной от 0,5 до 0,9 см с наложением серо-черного цвета. В мягких тканях грудной клетки слева на уровне 6 межреберья по средне-ключичной линии прослеживается раневой канал, являющийся продолжением повреждения на коже. В подкожной клетчатке окружающих мягких тканей темно-красное кровоизлияние, овальной формы 4х3 см. Далее раневой канал проходит через мышцы 6 межреберного промежутка по средне-ключичной линии, где имеется дефект овальной формы 0,6х0,5 см с кровоизлиянием в окружающие ткани. Раневой канал проникает в левую плевральную полость, проходит через переднее средостение, через левый купол диафрагмы, где на уровне 6 межреберья имеется овальной формы дефект. В брюшной полости на выпуклой поверхности левого края левой доли печени звездчатой формы дефект, проникающий на нижнюю поверхность. На прилегающей части передней стенки желудка овальной формы дефект, через который желудочное содержимое поступает в брюшную полость. Раневой канал далее продолжается через левую долю печени, где имеется щелевидный разрыв 4 см, в косом направлении спереди назад и вправо с дополнительными звездчатыми разрывами по краям. На нижней поверхности левой доли печени рана длиной 6 см, концы ее постепенно сходятся на нет, по краям дополнительные разрывы. На передней стенке желудка, ниже малой кривизны овальной формы рана 2,5х1,3 см. В брюшной полости 2000 мл жидкой темной крови с рыхлыми сгустками. При обзоре правой половины продольно распиленного тела 11 грудного позвонка и при дополнительном распиле в толще губчатого вещества обнаружена пуля в оболочке, донышком направленная по ходу раневого канала вперед и влево и несколько вверх, а носком в противоположную сторону, диаметром 9 мм. 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**.** (УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-5, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10)

Труп гр-на. Л., 19 лет, обнаружен 01.10. с.г. в квартире по адресу… с повреждением живота. На передней брюшной стенке по средней линии живота в 13 см от мечевидного отростка рана диаметром 2см с мелко фестончатыми краями, не совпадающими при сопоставлении (дефект ткани). В окружности раны серо-черный налет, осаднение шириной 0,2см, а в 0,3 см от краев осаднение кольцевидной формы, шириной 0,35см. Из раны выступает сальник… На внутренней поверхности первого пальца и наружной поверхности второго пальца левой кисти серо-черный налет… Рана брюшной стенки проникает в полость брюшины… В мышцах живота розово-красное кровоизлияние на участке 4,2х3,9см. В брюшиной полости до 2500 мл жидкой крови и рыхлых темно-красных сгустков. В большом сальнике в 3 см от пилорического отдела желудка отверстие до 12х10см с лоскутообразными кровоподтечными краями, покрытыми как и рана брюшной стенки, серо-черным налетом. В прилегающих к повреждению сальника петлях и брыжейке тонкого кишечника на площади до 12х12см. сквозные множественные щелевидные раны диаметром до 0,3см. Среди петель кишечника два войлочных картонных пыжа, диаметром около 1,7см каждый. Далее раневой канал продолжается несколько книзу, где регистрируется размозженный брюшной отдел аорты, тела 5-го поясничного и верхняя часть 1-го крестцовых позвонков. В окружности этой зоны на участке 14,5х12см в костной и мягких тканях множество округлых и частично деформированных частиц из мягкого металла серого цвета, размерами до 0,2-0,3см. Внутренние органы резко малокровные.

При медико-криминалистическом исследовании установлено, что рана в области живота является входным огнестрельным отверстием. По краю ее при контактно-диффузионном исследовании обнаружен свинец; следы свинца обнаружены в смывах с обеих рук.

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. (УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-5, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10)

Труп гр-на С., 28 лет, обнаружен 12.03.с. г. в лесополосе, под трупом наблюдалась лужа крови. На правой боковой поверхности таза на кожных покровах на высоте 93 см от подошвенных поверхностей стоп и на 7 см кзади от верхней передней поверхности подвздошной кости округлая рана кожи диаметром 7,5мм с дефектом ткани «минус ткань» и пояском осаднения овальной формы, диаметром 0,2-0,3см, края раны обращены внутрь. При ревизии раны в ее проекции дефект ткани на передней подвздошной кости, диаметром 7,5мм, с относительно ровными краями на наружной костной пластинке, со сколами на внутренней костной пластинке. На левой ягодице на уровне 85 см от подошвенной поверхности стоп и на 16 см кзади от передней ости левой подвздошной кости звездчатая рана, 8х5 см. с неровными, вывернутыми кнаружи краями, с длиной лучей от 2 до 5см, края без дефекта ткани, сопоставимы. При внутреннем исследовании по ходу раневого канала обнаружен дырчатый дефект крыла правой подвздошной кости таза, диаметром 8мм, с относительно ровными краями на наружной костной пластинке, со сколами на внутренней костной пластинке. Обнаружено сквозное ранение мочевого пузыря, множественные ранения петель подвздошной и прямой кишки, повреждения сосудов венозного сплетения таза, обширная забрюшинная тазовая гематома, размозжение мышц и подкожной клетчатки левой ягодичной области. Ход раневого канала справа налево и сверху вниз, спереди назад. Отмечается малокровие внутренних органов. Под эндокардом отмечаются кровоизлияния (пятна Минакова).

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?

Эталон № 1.

1. При экспертизе трупа гр-на Ш., 40 лет, обнаружено сквозное ранение головы с повреждением мягких тканей головы, с наличием раны на твердом небе, с повреждением костей лицевого и мозгового черепа, вещества головного мозга.

2. Рана округлой формы на мягком небе с дефектом ткани «минус ткань», с наличием в ее окружности серо-черного налета (копоти) указывает на то, что это входное ранение. Звездчатая рана в затылочной области головы, без дефекта ткани и пояска осаднения, с вывернутыми кнаружи краями указывает на то, что данная рана является выходным огнестрельным отверстием. Раневой канал направлен снизу вверх спереди назад, прямо с повреждением по ходу его полушарий головного мозга, с образованием переломов костей лицевого черепа, свода и основания черепа. 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 №194н, п.6.1.1.), 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-на Ш., 40 лет, наступила в результате разрушения вещества головного мозга, развившегося вследствие сквозного огнестрельного дробового ранения головы, сопровождавшегося повреждением мягких тканей головы, костей лицевого и мозгового черепа, вещества головного мозга.

Эталон № 2.

1. При экспертизе трупа гр-на Д., 54 лет, обнаружено проникающее ранение грудной клетки, с повреждением левого легкого и левого желудочка сердца, с развитием массивной кровопотери (в левой плевральной полости 1200 мл крови).

2. Рана округлой формы на передней поверхности грудной клетки 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 слепого пулевого 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 (приказа №194н, п. 6.1.9.), 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 в результате массивной кровопотери, развившейся вследствие слепого огнестрельного пулевого ранения грудной клетки, сопровождавшегося повреждением мягких тканей грудной клетки, левого легкого и левого желудочка сердца, с развитием массивной кровопотери (гемоторакс слева - 1200 мл крови).

Эталон № 3.

1. При экспертизе трупа гр-на К., 45 лет, обнаружено слепое ранение грудной клетки и живота слева, с повреждением диафрагмы слева, левой доли печени, желудка, 11-го грудного позвонка и признаками массивной кровопотери (в брюшной полости 2000 мл жидкой темной крови с рыхлыми сгустками).

2. Округлой формы рана на грудной клетке слева с дефектом ткани «минус ткань», с пояском осаднения, наличием копоти указывает на то, что это входное отверстие. Раневой канал направлен спереди назад, влево и несколько вверх с повреждением по ходу его внутренних органов. Возникло в результате однократного огнестрельного пулевого ранения. Учитывая наличие копоти в области входной раны, дистанция выстрела была близкой (в пределах действия дополнительных факторов выстрела). Выстрел был произведен из огнестрельного оружия, патрон которого был снаряжен пулей, диаметром 9мм.

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 №194н, п.6.1.9.), 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 от острой кровопотери, развившейся в результате слепого огнестрельного пулевого ранения грудной клетки, с повреждением диафрагмы, левой доли печени, желудка и 11-го грудного позвонка.

Эталон № 4.

1. При экспертизе трупа гр-на Л., 19 лет, обнаружено проникающее ранение живота, с повреждением брюшного отдела аорты, большого сальника, кишечника, тел 5-го поясничного и 1-го крестцового позвонков, с развитием массивной кровопотери (в брюшной полости 2500 мл крови).

2. Рана округлой формы на передней поверхности живота 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. Данное повреждение является огнестрельным, возникло в результате слепого однократного дробового ранения. Учитывая наличие одной входной раны, считаю, что входная рана возникла от компактного действия дроби. 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 №194н, п. 6.1.15.), рана живота, проникающая в брюшную полость, является опасным для жизни вредом и по этому признаку квалифицируется как тяжкий вред, причиненный здоровью человека.

5. Смерть наступила от массивной кровопотери, вследствие проникающего слепого огнестрельного дробового ранения живота, сопровождавшегося повреждением брюшного отдела аорты, большого сальника, кишечника, тел 5-го поясничного и первого крестцовых позвонков.

Эталон № 5.

1. При экспертизе трупа гр-на С., 28 лет, обнаружено сквозное ранение живота и таза, с повреждением костей таза и внутренних органов.

2. Рана округлой формы на правой боковой поверхности таза с дефектом ткани «минус ткань», с пояском осаднения указывает на то, что это входное отверстие. Звездчатой формы рана без дефекта ткани, пояска осаднения свидетельствует о том, что на левой ягодице располагается выходное отверстие. Раневой канал направлен спереди назад, справа налево и сверху вниз, с повреждением по ходу его костей таза и внутренних органов. 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 №194н, п.6.1.21.), повреждение тазовых органов, является опасным для жизни вредом и по этому признаку квалифицируется как тяжкий вред, причиненный здоровью человека.

5. Смерть гр-на С., 28 лет, наступила вследствие массивной кровопотери, развившейся в результате проникающего сквозного огнестрельного пулевого ранения таза и живота с повреждением костей таза, мочевого пузыря, кишечника, сосудистого сплетения таза.

**6. Перечень практических умений по изучаемой теме.**

(УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-5, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10)

- провести осмотр трупа на месте происшествия (обнаружения), классифицировать смерть, установить давность наступления смерти;

- установить причину смерти;

- провести судебно-медицинское исследование трупа при различных видах насильственной смерти;

- организовать судебно-медицинскую экспертизу вещественных доказательств (изъять, упаковать и направить объекты судебно-медицинской экспертизы на лабораторные исследования);

**7. Рекомендации по выполнению НИР**

Примерная тематика по НИР по теме - не предусмотрена.

**8. Рекомендованная литература по теме занятия (обязательная, дополнительная, электронные ресурсы, включая законодательные и нормативно-правовые документы)**

**Занятие № 22**

**1. Индекс: ОД.О.01.1.4.23** **Тема:** «Исследование трупа с огнестрельным повреждением».

**2. Форма организации занятия:** подготовка к практическому занятию.

**3. Перечень вопросов для самоподготовки по теме практического занятия**

1. Какой выстрел в судебной медицине называют выстрелом в упор и как его определяют? (УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-5, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10)

ОТВЕТ: Выстрел в упор — это такой выстрел, когда срез оружия в момент выстрела касается (упирается) в кожу или одежду человека. Различают плотный (герметичный) и неплотный (негерметичный) упор, когда оружие приставлено под углом и касается мишени лишь частью дульного среза. В связи с использованием в конце ствола насадок: глушителя, дульного тормоза — компенсатора пламя-гасителя, — особенности отложения признаков близкого выстрела могут быть различными в каждом конкретном случае.

В зависимости от степени плотности прижатия оружия, его мощности, количества и качества пороха в патроне, газы могут обладать разрывным действием, образовывая округлую, «X»-образную или звездчатую форму размерами больше диаметра пули. Такой же формы разрывы образуются и на одежде. Газы расслаивают кожу от подлежащих тканей, придавливая ее к дульному срезу. Этим объясняется образование отпечатка дульного среза (штамп-отпечаток или «штанцмарка»). Это ссадина, которая при плотном упоре повторяет форму, размеры, детали дульного среза, а при неплотном — форму той его части, которая была в соприкосновении с кожей. Это безусловный признак выстрела в упор. При плотном упоре все факторы выстрела будут внутри раневого канала или на последующих слоях одежды. Это газы, обладающие механическим, термическим и химическим действием, отложение копоти, зерен пороха, смазки. Если сдавление было сильным, то узкая кайма закопчения может находиться по краю раны. При неполном упоре факторы близкого выстрела бывают на поверхности кожи с противоположной стороны от отпечатка дульного среза. При осмотре трупа на месте происшествия и обнаружении рядом с ним оружия следует обратить внимание на брызги крови внутри ствола, также свидетельствующие о выстреле в упор.

2. Какой выстрел в судебной медицине называют выстрелом с близкого расстояния? (УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-5, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10)

ОТВЕТ: Под выстрелом с близкого расстояния понимают расстояние, на котором действуют и обнаруживаются на коже и одежде вокруг входного отверстия дополнительные факторы: пламя, предпулевой воздух и пороховые газы, копоть, зерна пороха. Иногда используются брызги смазки и частицы металла. В среднем это расстояние до 100 см, реже до 150—200 см.

3. Можно ли точнее определить расстояние при близком выстреле? (УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-5, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10)

ОТВЕТ: С целью определения более точного расстояния различают три зоны близкого выстрела. Первая зона устанавливается когда имеется проявление механического действия пороховых газов и воздуха, находящегося в канале ствола. Пороховые газы, образующиеся при сгорании пороха, придают пуле поступательное движение и сами вылетают вслед за ней с большой скоростью, но встречая сопротивление воздуха, теряют свою силу. Однако до 5 см газы обладают механическим действием, которое приводит к крестообразным, «Т»-образным или щелевидньш разрывам ткани одежды, к «Х»-образным разрывам кожи с отслоением ее по краям. Эти разрывы могут привести к серьезным повреждениям. Далее газы действуют химически, т. к. при их сгорании образуется большое количество окиси углерода, которая с выступающей кровью образует карбоксигемоглобин. При этом кровь и стенки раневого канала приобретают ярко-красный цвет, заметный в первые часы. При необходимости на химическое или спектральное исследование берут мышцы раневого канала. Термическое действие газов обусловлено тем, что их температура может достигать нескольких сотен градусов, но, действуя кратковременно, они вызывают лишь ожог первой степени, опаление волокон одежды вблизи отверстия. Химическое и термическое действие газов может проявиться на расстоянии до 10 см. Иногда, особенно при использовании дымного пороха, до 5 см действует и пламя, которое опаляет волосы, волокна текстильных тканей, вызывает ожоги кожи.

Вторая зона характеризуется отложением копоти, которая распространяется в среднем на расстояние до 35 см, хотя при действии дымного пороха может и значительно дальше. Это главный признак второй зоны, в которой отмечаются также пороховые зерна и металлические частицы. Копоть — черный или серовато-черный налет, состоящий из частиц солей угля, сгоревшего пороха и металла.

Форма отложения копоти вокруг входного отверстия имеет судебно-медицинское значение. При выстреле под прямым углом к мишени она круглая, при выстреле под острым — эллипсоидная. Иногда форма отложения позволяет решить вопрос о характере оружия. Наиболее характерной является форма распределения копоти вблизи отверстия при выстреле из автомата Калашникова в виде узкого кольца вокруг отверстия и двух дополнительных участков с обеих сторон («крылья бабочки»), что объясняется строением дульного тормоза-компенсатора, в окошки которого вылетает копоть.

Третья зона близкого выстрела единственным компонентом имеет зерна пороха, которые долетают дальше 35—40 см. Эти зерна обычно встречаются на расстоянии до 1 метра, наносят повреждения одежде в виде точечных отверстий или оставляют мелкие ссадинки на коже, иногда застревая на дне. В некоторых случаях, особенно при использовании дымного пороха или отсыревшего, таких зерен много и они тогда летят еще дальше — до 2 метров. Особенно важно доказать действие пороха, когда вблизи входной раны имеются единичные повреждения от пороховых зерен. Извлеченные из кожи (или одежды) частицы следует проверять на наличие пороха, ибо визуального осмотра недостаточно.

Для определения расстояния выстрела имеет значение и степень рассеивания пороха вокруг раны, что можно сравнить с экспериментально полученным повреждением при выстреле тем же оружием и боеприпасами. Еще одним признаком близкого выстрела могут быть брызги ружейной смазки, вьывляемые с помощью ультрафиолетовых лучей в виде точечных голубоватых свечении. Они бывают в случаях смазки ствола перед выстрелом, когда расстояние не превышает 50 см.

4. Каковы методы выявления и доказательства наличия копоти и зерен пороха? (УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-5, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10)

ОТВЕТ: Если копоть не видна невооруженным глазом, ее обнаруживают при использовании инфракрасных лучей либо при осмотре через электронно-оптической преобразователь, а также при фотографировании на инфра-пленку участка с повреждением. После помещения кожного лоскута в холодную воду, растворения крови и просушивания, копоть выявляется лучше, особенно при стереомик-роскопии, а также при гистологическом исследовании. После осмотра и фотографирования одежды применяют и метод цветных отпечатков, при помощи которого также обнаруживают копоть.

Для доказательства наличия пороха применяют химические пробы, например с дифениламином, при соединении с которым образуется синяя окраска. Однако намного надежнее физические пробы. Это проба Владимирского, при которой частицы кладут на стекло, нагревают над спиртовкой и после вспышки в этом месте под микроскопом отмечают ячеистое строение, либо проба Эйдли-на: помещенную на стекло частицу заливают глицерином, доводят до кипения, затем рассматривают под микроскопом фигуры, полученные после растворения частицы, определяют дымный или бездымный это порох, а иногда и его сорт.

5. Может ли копоть откладываться на неблизком расстоянии? (УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-5, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10)

ОТВЕТ: В некоторых случаях при выстреле с неблизкого расстояния через несколько слоев одежды с воздушной прослойкой 0,5—3 см, между ними, на втором ее слое или на коже может откладываться темно-серый налет, принимаемый за отложение копоти. Это пороховой нагар в виде лучистого венчика, который частично оставлен на первом слое в виде ободка обтирания, но из-за турбулентности движения за пулей срывается и откладывается, напоминая копоть. Это феномен Виноградова, который важен потому, что может привести к ошибке, иногда роковой, о дистанции выстрела. Надо обратить внимание, что на наружном слое нет копоти и это «ложное закопчение» не равномерное, иногда оно расположено отступя от краев отверстия, что наряду с ним выявляются волокна ткани наружного слоя. Радиус отложения копоти не превышает 1,5 см, отсутствуют зерна пороха.

6. Какой выстрел называется холостым? (УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-5, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10)

ОТВЕТ: Если использован холостой патрон, т. е. без заряда, то выстрел называется холостым. Повреждающим фактором здесь могут быть газы (до 5 см), а также пыж. В зависимости от материала (войлок, картон, бумага, вата) он может повредить кожу на разном, но преимущественно на близком расстоянии. При холостом выстреле может возникнуть слепая рана, иногда опасная для жизни.

7. Каким образом определяется количество выстрелов, нанесенных по телу? (УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-5, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10)

ОТВЕТ: Прежде всего по количеству входных отверстий на теле. Однако при установлении сквозных повреждений следует вьыснить количество выходных отверстий и сопоставить каждое из них с соответствующей входной раной. При этом надо иметь в виду, что возможно несоответствие числа входных и выходных ран. Это бывает в тех случаях, когда имеются и слепые и сквозные ранения, когда при одном входном имеются два, три выходных отверстия, образованные снарядом, осколками снаряда или костей при их раздроблении. Наконец, при выстреле плотную, иногда и на близком расстоянии, автоматной очередью даже при одном несколько расширенном входном отверстии возникает несколько выходных ран. Еще более осторожным в суждении о количестве выстрелов надо быть при исследовании одежды. Пуля может пройти в вырез, не повредив ее, с другой стороны — при наличии складок на одежде от одного выстрела может обазовываться несколько отверстий.

8. Как определяется последовательность нанесения огнестрельных ран? (УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-5, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10)

ОТВЕТ: Последовательность выстрелов при наличии нескольких ранений, нередко проливающая свет на расследование, определяется по разным признакам, в зависимости от конкретного случая. При близком выстреле копоть от последующего выстрела наслаивается на копоть предыдущего. Однако на практике это установить трудно. Можно учесть, что ободок обтирания у каждого последующего огнестрельного поражения выражен лучше, хотя к этому выводу надо подходить осторожно с учетом других данных. При ранении крупных сосудов с падением кровяного давления большое значение имеет лучше выраженное кровоизлияние у первой раны и меньшее — у последующих. Некоторые особенности наблюдаются при ранениях отдельных областей тела. При проникающих ранениях грудной клетки после первого выстрела вследствие пневмоторакса происходит поджатие легкого и раневой канал в нем смещается по отношению к другой части канала, включая входное отверстие на коже. При последующих выстрелах в спавшееся легкое раненые каналы прямолинейны. При ранениях желудка, кишки первый выстрел приводит к разрывным ранам, последующие — округлые.

Особое значение имеют ранения головы. Плоские кости черепа при повреждениях образуют отверстия с радиальными трещинами. Трещины же, отходящие от второго выстрела, не пе-. реходят, а лишь достигают трещин от первого.

При выстреле автоматной очередью происходит повторная вибрация ствола в вертикальной плоскости, особенно если стрельба была неприцельной при слабой фиксации оружия. Это приводит к увеличению расстояния от первой пули (где оно будет наименьшим до второго отверстия) с каждым последующим выстрелом. Самым большим будет расстояние между последними отверстиями (С. Д. Кустанович).

9. Как определить, мог ли сам потерпевший нанести себе огнестрельное повреждение? (УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-5, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10)

ОТВЕТ: Следует иметь в виду, что по существу это вопрос о роде смерти либо членовредительстве, то есть юридический. Однако судебно-медицин-ский эксперт может учесть признаки действия собственной руки, что тем не менее не исключает вероятность выстрела другим человеком. Прежде всего, действие собственной руки имеет место при выстреле в упор или в пределах 1 и 2 зон близкого выстрела. Выстрел производится, как правило, в доступную область тела. При самоубийстве это обычно правый висок (для левшы — левый), левая половина груди соответственно расположению сердца, редко встречается выстрел в рот, при использовании длинноствольного оружия — область подбородка. При членовредительстве — это не опасные для жизни части, чаще кисть, стопа, другие области конечностей. Обычно стреляют в часть собственного тела вне одежды, либо ее отодвигают, чтобы видеть направление выстрела. Если выстрел производится из длинноствольного оружия, то до спускового крючка дотягиваются либо каким-либо длинным предметом, либо пальцем освобожденной от обуви ноги, на что следует обратить внимание при осмотре места происшествия. Здесь же рядом с трупом должно быть и огнестрельное оружие. Важными признаками при выстреле своей рукой являются копоть, брызги крови, при выстреле в голову — частицы мозговой ткани и осколки костей на тыльной стороне кисти пострадавшего. Вообще, факт производства выстрела конкретным человеком определяется выявлением зерен пороха не только на кистях, но также на одежде и лице стрелявшего.

10. Можно ли в процессе судебно-медицинской экспертизы установить взаимоположение стрелявшего и потерпевшего? (УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-5, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10)

ОТВЕТ: Этот вопрос может быть решен только при учете исследования раневых каналов потерпевшего и данных осмотра места происшествия. При исследовании пострадавшего определяется, под каким углом и в каком направлении проходит раневой канал в теле вплоть до выходного отверстия и повреждения всех слоев одежды. Изменение позы смещает отверстия на одежде по отношению к входной ране. При совпадении входных отверстий на разных слоях можно установить позу. Делается это на манекене. Однако на практике эксперты проводят своеобразный эксперимент, отметив на одежде помощника мелом точное расположение входного отверстия и принимая позу в соответствии с той или иной версией. Учитываются также брызги крови и направление потеков крови.

Таким образом, можно определить общее положение тела пострадавшего в вертикальном (стоя, сидя) и в горизонтальном положении. При выстреле с близкого расстояния для определения направления выстрела может быть использована форма отложения копоти.

Значительно точнее определяется взаимоположение на месте происшествия, где используют визирование стержнями, продолжая направление раневого канала, определяют повреждения на преградах, оценивают возможность рикошета с помощью использования шнуров, оптических приборов и даже лазерных установок, восстанавливая траекторию полета снаряда. Придавая разные позы манекену, останавливаются на той, при которой угол входа и направление раневого канала совпадают.

11. Какое значение имеет обнаружение снаряда при слепых ранениях? (УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-5, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10)

ОТВЕТ: При слепом ранении в теле раненого или трупа находится пуля, которая должна быть извлечена хирургом при операции или судмедэк-спертом при вскрытии трупа и передана следователю для назначения криминалистической су-дебно-баллистической экспертизы с целью установления образца или конкретного экземпляра оружия, из которого произведен выстрел.

На первый взгляд это нетрудная задача, ибо пуля по логике всегда находится в конце раневого канала. Однако на практике возможны случаи, когда пуля внутри тела меняет направление, ее трудно обнаружить в пищеводе, желудке, кишечнике, в сосудах или дыхательных путях, в которых она продвигается книзу от раневого отверстия.

Пуля может вывалиться в полость и замаскироваться в крови или размозженных органах. Поэтому всегда предварительно следует произвести рентгенографию в двух проекциях области, наиболее вероятной для расположения пули. Нужно иметь в виду, что пуля может выпасть в полость и затеряться в крови. Вычерпывая кровь, ее надо выливать с высоты на секционный стол, чтобы не только видеть, но и слышать стук удара. Найденная пуля берется пальцами, промывается, высушивается и кладется в чистый пакет, на котором делается соответствующая надпись. Манипулировать с пулей надо не прикасаясь к ней металлическими инструментами (пинцет, зонд), чтобы не нанести повреждения на ее поверхности и не навредить дальнейшему проведению трассологичес-кого исследования, которое осуществляется уже в процессе криминалистической экспертизы. Полное совмещение трасс на поверхности пули с трассами пули, выстреленной в пулеулавливатель из подозреваемого оружия, позволит сделать вывод о тождестве оружия. На пуле могут быть и микрочастицы преграды (одежды, стекла, древесины, металла), которую она пробила на пути полета до образования раны, также используюемой для идентификации оружия.

12. Каково влияние преграды на характер огнестрельных повреждении? (УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-5, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10)

ОТВЕТ: Преграда в зависимости от ее особенностей имеет большое значение при исследованииогнестрельных повреждений. Наиболее часто преградой между концом ствола и кожей человека является одежда. При близком выстреле она полностью или частично задерживает факторы близкого выстрела. Поэтому без одежды трудно решать вопрос о дистанции выстрела. При неблизком расстоянии при наличии двух или более слоев одежды иногда может быть выражен феномен Виноградова, что отмечалось выше. Предметы окружающей обстановки (металлические и деревянные), например двери, стекла, мебель, дверцы автомашины и т. д. замедляют скорость пули, меняют характер и направление ее полета. Важное значение имеют вторичные снаряды в виде раздробленной древесины, осколков стекла или металлических частиц, которые, внедряясь вместе со снарядом, увеличивают рану и меняют ее характер. При разлете они могут наносить дополнительные ранения, создавая видимость нескольких выстрелов. Большое значение имеет деформация пули. При незначительной по плотности преграде прежде всего повреждаются без-оболочечнью пули. Оболочечные деформируются, разделяются от прочной преграды. Такие пули образуют иные, чем обычно, по форме и размеру входные раны.

Для выявления микрочастиц преграды и установления характера материала применяются рентгеновское исследование (в том числе, учас-тково-послойное и мягкими лучами), химическое и стереомикроскопическое исследования.

Наконец, при выстреле под небольшим углом преграда может изменить направление снаряда, что называется рикошетом.

13. Каковы особенности повреждений дробовым оружием? (УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-5, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10)

ОТВЕТ: Дробь, как и все, что вылетает из канала ствола, конусообразно разлетается. Однако вначале, на расстоянии до 50—100 см и более действует единый компактный заряд. Образуется одно входное отверстие диаметром до 1,5—3 см в зависимости от расстояния и калибра оружия, с неровными фестончатыми краями, что отличает такую рану от пулевой. Такое ранение является наиболее тяжелым.

При выстрелах с расстояния до 2—3 м вокруг одной большой раны образуется несколько мелких рядом расположенных ран от отдельных дробин. Причем их тем больше, чем больше радиус рассеивания. Это расстояние в отличие от компактного называют относительно компактным. При выстрелах с расстояния более двух-трех метров большое отверстие совсем не образуется, а лишь множество мелких, т. к. действует осыпь дроби. Размер каждой раны зависит от номера дроби, обычно они похожи на пулевые. Как правило, дробовые ранения бывают слепыми. Степень разлета дроби зависит от многих факторов: количества и качества пороха в патроне, калибра оружия, диаметра дроби (при использовании «сечки» разлет начинается с 20—30 см), наконец, от особенностей пыжа, способного содействовать или препятствовать разлету дроби. Поэтому для решения вопроса о расстоянии выстрела по размеру дроби необходимо произвести экспериментальные выстрелы из этого оружия и подобными патронами с предполагаемых расстояний для сравнения.

Поражающим фактором является также пыж, он летит на десятки метров (войлочный), а при расстоянии до 2—3 метров может пробить кожу. Самодельные бумажные пыжи представляют определенную ценность для криминалистов, т. к. по ним можно установить материал изготовления, определить текст, а затем книгу. Дробь, как и пули, также является важным вещественным доказательством, ее необходимо извлекать с соблюдением осторожности, не нанося дополнительных царапин. Все обнаруженное в раневом канале, отдается следователю для назначения криминалистической экспертизы, в результате которой может быть установлено тождество оружия.

14. Что такое газовое оружие и как оно подразделяется? (УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-5, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10)

ОТВЕТ: Газовое оружие — это особый тип гражданского оружия, предназначенного для временного поражения живой цели путем нанесения химической травмы.

Сюда относятся:

Ствольное газовое оружие (пистолеты, револьверы, однозарядное стреляющее устройство).

Нествольное газовое оружие (механические распылители раздражающего действия, аэрозольные устройства, гранаты, дымовые шашки и др.).

Патроны к газовому оружию подразделяются на газовые, шумовые и сигнальные.

15. Какие раздражающие вещества, используемые в газовом оружии, различают? (УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-5, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10)

ОТВЕТ: Раздражающими веществами являются up-ританты, которые быстро возбуждают чувствительные нервные окончания слизистых оболочек глаз и дыхательных путей. Длительное пребывание в атмосфере с высоким содержанием раздражающих веществ вызывает тяжелое расстройство здоровья и даже смерть.

Ирританты делят на 3 группы:

1. Лакриматоры (слезоточивые вещества): вызывают сильную боль, резь, жжение в глазах, частое мигание, ощущение инородного тела, светобоязнь, слезотечение, конъюнктивит, отек роговицы. Действуют раздражающе на дыхательные пути, носоглотку, рот, вызывая тошноту, рвоту. На коже вызывают эритему, зуд.

2. Стерниты (чихательные вещества) действуют на чувствительные нервные окончания верхних дыхательных путей, вызывают клинические симптомы, преимущественно действующие на дыхательные пути, носоглотку, рот, сопровождаясь тошнотой, рвотой, носовым кровотечением.

3. Раздражающие вещества смешанного действия поражают одновременно глаза, дыхательные пути и кожные покровы, вызывая зуд, жжение, эритему.

16. Что понимают под термином «взрыв» и каковы особенности взрывной травма? (УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-5, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10)

ОТВЕТ: Под взрывной травмой понимают импульсное выделение большого количества энергии в результате химических, физических (биохимических, электрических, температурных), ядерных изменений, приводящих к резкому повышению давления. В судебно-медицинской практике чаще встречаются повреждения от взрывчатых веществ (ВВ).

Взрывная травма в последние годы значительно чаще стала результатом терроризма или других криминогенных случаев. Наиболее частый и сложный ее вид — это повреждения от действия взрывчатых веществ (ВВ). Повреждающими факторами взрыва являются: волна детонации и продуктов взрыва, ударная волна воздуха или другой окружающей среды, осколки оболочки ВВ и вторичные снаряды. Прежде всего сказывается механическое действие, термическое, реже химическое (чаще всего окиси углерода).

К общим особенностям повреждений от взрыва можно отнести:

— множественность и одностороннее расположение повреждений с поражением разных частей тела;

— морфологическое разнообразие (от ссадин до полного разрушения тела);

— значительное число отрывных повреждений;

— сочетание слепых (наиболее часто), сквозных и касательных ран;

— открытые переломы костей, разрывной и от-крытьш характер повреждений внутренних органов.

17. Какие повреждающие факторы взрыва различают? (УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-5, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10)

ОТВЕТ: К повреждающим факторам взрыва относятся:

а) продукты детонации (газы, копоть, частицы взрывчатого вещества), приводящие к мгновенным и наиболее значительным поражениям;

б) ударная волна, приводящая к многократной смене положительного и отрицательного давления, переходящая в жидкие среды организма и вызывающая значительные разрушения;

в) осколки, оболочки, части взрывного устройства;

г) вторичные снаряды — части и обломки преграды, одежды и др.

В некоторых случаях взрывное устройство включает дополнительные снаряды или воспламеняющие

вещества, которые обладают различным поражающим действием.

18. Расстояния взрыва различают? (УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-5, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10)

ОТВЕТ: Различают следующие расстояния взрыва:

соприкосновение устройства с телом; близкое, в пределах действия продуктов взрыва; относительно близкое, когда еще действует ударная волна, но отсутствуют продукты взрыва; и неблизкое расстояние, на которое действуют лишь осколки оболочки ВВ или вторичные снаряды.

Исследование взрывной травмы, как и экспертиза огнестрельных повреждений, требует применения комплексных лабораторных исследований, особенно одежды и кожных покровов. Кроме того, установление позы пострадавшего решается по визированию раневых каналов с помощью деревянных спиц, которые проецируют в одной точке прямые линии полета осколков. Пользуются также методом создания пластического макета позы пострадавшего в момент взрыва.

При решении этих важных вопросов следствия используются данные осмотра места происшествия с установлением эпицентра взрыва, расположением потерпевшего, осколков или других следов взрыва. Рекомендуется произвести забор поверхности грунта со дна воронки, обнаружить и изъять детали взрывного устройства для криминалистического исследования. При исследовании пострадавшего после осмотра используется рентгенографическое исследование, проводимое для сравнения всех найденных частей тела. Применяются обычные методы выявления последствий опаления, газов, отложения копоти, порошинок, инородных частиц.

19. Какие методы исследования применяются при судебно-медицинской экспертизе огнестрельных повреждений? (УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-5, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10)

ОТВЕТ: Обнаружение различных признаков часто требует применения дополнительных лабораторных методов исследования. Именно поэтому сегодня мы не представляем себе бюро судебно-медицинской экспертизы без медико-криминалистической, судебно-биологической и судебно-химической лабораторий, а многие из них имеют также биохимическую, гистологическую, цитологическую и даже лабораторию ге-номной дактилоскопии.

Отвечая на те или иные вопросы экспертизы огнестрельной травмы, мы указывали на методы выявления диагностических признаков. Приведем перечень методов, обеспечивающих проведение экспертизы для решения разных вопросов на разных объектах.

Прежде всего, это методы, не травмирующие исследуемое повреждение:

— визуальный и стереомикроскопический;

— рентгенологический метод исследования;

— исследование при осмотре и фотографировании в ультрафиолетовых и инфракрасных лучах;

— химические и контактно-диффузные методы получения цветных отпечатков для выявления металлов;

— физические и химические пробы на порох;

— исследование извлеченных из ран микрочастиц разного происхождения с целью установления их природы;

— гистологическое исследование;

— химико-токсикологическое исследование для выявления ирританта газового оружия.

**4. Самоконтроль по тестовым заданиям данной темы**

1. При выстреле вне пределов действия дополнительных факторов иногда все же может наблюдаться отложение ко­поти на преграде (феномен Виноградова), диагностичес­ким признаком которого является:

1) отложение копоти только на лицевой поверхности пер­вого слоя одежды

2) обязательное сочетание отложения копоти на одежде с ее разрывами

3) слабая интенсивность отложения копоти

4) незначительный радиус отложения копоти (не более 2 см)

5) отложение копоти в виде лучистого венца

Правильный ответ: 5 ПК-5

2. Идентификацию огнестрельного оружия осуществляют в основном на основании изучения:

1) следов-трасс на пуле

2) ширины пояска осаднения

3) размеров дефекта ткани

4) характера повреждения кости

5) характера повреждения мягких тканей

Правильный ответ: 1 ПК-5

3. Входную огнестрельную рану не может формировать:

1) пуля

2) пороховые газы

3) предпулевой воздух

4) пыж

5) кровь

Правильный ответ: 5 ПК-5

4. Форма входной огнестрельной пулевой раны не может быть:

1) округлой

2) овальной

3) щелевидной

4) звездчатой

5) треугольной

Правильный ответ: 5 ПК-5

5. Выраженность зоны молекулярного сотрясения не обуслов­лена:

1) скоростью пули

2) характером поврежденных тканей

3) массой пули

4) направлением распространения ударной головной волны

5) поворот пули

Правильный ответ: 5 ПК-5

6. Для выстрела в упор не характерно:

1) отсутствие следов воздействия сопутствующих факторов вокруг раны

2) лучеобразные разрывы краев входной раны

3) красноватая окраска тканей по ходу раневого канала

4) наличие крови в канале ствола оружия

5) ровные края входной раны

Правильный ответ: 5 ПК-5

7. Дистанцию при выстреле дробью не устанавливают по:

1) наличию копоти вокруг входной раны

2) наличию частиц металла вокруг входной раны

3) наличию порошинок вокруг раны

4) размерам дефекта ткани входной раны

5) сантиметровой ленте

Правильный ответ: 5 ПК-5

8. Огнестрельным считают повреждение, причиненное:

1) прикладом винтовки

2) шомполом

3) газами выстрела

4) штыком винтовки

5) рукояткой пистолета

Правильный ответ: 3 ПК-5

9. Калибр нарезного оружия в России определяется по:

1) диаметру пули

2) расстоянию между противоположными полями нарезов ствола оружия

3) расстоянию между противоположными нарезами ство­ла оружия

4) диаметру гильзы

5) количеству патронов в магазине оружия

Правильный ответ: 2 ПК-5

10. При исследовании повреждения, похожего на огнестрель­ное, вначале следует установить:

1) направление выстрела

2) дистанцию выстрела

3) является ли повреждение огнестрельным

4) последовательность выстрелов

5) вид оружия

Правильный ответ: 3 ПК-5

**5. Самоконтроль по ситуационным задачам**

Задача № 1. (УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-5, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10)

ОБСТОЯТЕЛЬСТВА ДЕЛА. В постановлении о назначении судебно-медицинской экспертизы указано, что «25 апреля 2009 года возле дома № 519 в садовом обществе г.К……. неустановленное лицо произвело выстрелы из огнестрельного оружия в гр. М. В результате полученных огнестрельных ранений был госпитализирован в МУЗ ГКБ № 0, где в этот же день скончались».

ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКАЯ ЧАСТЬ. Представлена медицинская карта стационарного больного из ГКБ № 0 на имя гр. М., 1970 г.р., который 25.04.09г. в 17-05 попутным транспортом лицами кавказской национальности был доставлен в приемное отделение. Со слов сопровождающих 25.04.09г. около 16-30 на 7 км Енисейского тракта из автомобиля черного цвета обстрелял неизвестный. При поступлении состояние больного тяжелое. Кожные покровы бледные. В сознании. Дыхание самостоятельное, ЧДД 20\мин, выслушивается с обеих сторон, хрипов нет. Артериальное давление не определяется. В 7 межреберье по средне-подмышечной линии имеется рана округлой формы до 0,6 см в диаметре с ровными краями, кровоточащая. Во 2 межреберье слева имеется рваная рана до 1,5 см в диаметре с неровными краями, кровоточащая. Больной сразу взят в операционную. 25.04.09г. произведены операции: ПХО ран. Лапароцентез. Произведена ревизия раны во 2 межреберье слева, раневой канал идет спереди назад слева направо и слепо заканчивается в толще … мышц. Извлечено металлическое инородное тело. Иссечены края раны в 7 межреберье, раневой канал идет спереди назад, сверху вниз и справа налево. Учитывая ход раневого канала больному показана операция лапароцентез, в брюшной полости кровь. 25.04 произведена операция. Лапаротомия, атипичная ревизия правой доли печени, ревизия забрюшинного пространства. Произведена срединная лапаротомия. В брюшной полости до 2.5 л крови. При ревизии выявлено сквозное ранение правой доли печени. Пересечены круглая, серповидная и правая треугольная связки печени. Произведена атипичная резекция правой доли печени. При дальнейшей ревизии выявлена забрюшинная гематома. В операционную вызван сосудистый хирург. Ревизована нижняя полая и правая … вена – повреждений не выявлено. При дальнейшей ревизии выявлено ранение правой почки и правого надпочечника, ранение диафрагмы с подтеканием крови. Раневой канал слепо заканчивается в реберно-позвоночном углу. Извлечена пуля. В 18-22 у больного произошла остановка сердечной деятельности. Реанимационные мероприятия в течение 40 минут без эффекта. В 19-00 констатирована смерть больного.

ПОСМЕРТНЫЙ ДИАГНОЗ. Торакоабдоминальное огнестрельное ранение справа. Ранение диафрагмы правого легкого, межреберных сосудов, гемоторакс справа. Сквозное ранение правой доли печени. Ранение правой почки, правого надпочечника. Непроникающее огнестрельное ранение слева. Геморрагический шок 4 степени.

Алкоголь – данных в медицинской карте нет.

Данных лабораторных исследований в медицинской карте не обнаружено.

НАРУЖНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ. Труп мужчины, доставлен без одежды, среднего телосложения, правильного питания, длиной тела 185 см. На коже передней поверхности шеи слева, левой щеке, тыльной поверхности левой руки имеются подсохшие следы вещества бурого цвета похожие на кровь. По отмыванию - кожа бледно-серая, холодная на ощупь во всех отделах, в отлогих местах тела сливные, фиолетовые, не исчезающие и не меняющие цвет при надавливании трупные пятна. Трупное окоченение достаточно выражено во всех обычно исследуемых группах мышц. Склеры глаз мутные, тусклые, суховаты, кровоизлияний в соединительные оболочки глаз не отмечается, зрачки равновелики по 0,4 см диаметром. Голова правильной формы, кости черепа и лицевого скелета на ощупь целы. Грудная клетка цилиндрическая, эластичная, упругая, ребра на ощупь целы. Живот на одном уровне с грудной клеткой. Естественные отверстия тела и полости рта и носоглотки свободны, чистые. Слизистая оболочка губ синюшная, подсохшая. Анальное отверстие сомкнуто. Половые органы развиты правильно. Кости конечностей целы.

ПОВРЕЖДЕНИЯ. В щечной области слева горизонтальная ссадина с подсохшим запавшим красно-коричневым дном 1,5х0,7 см.

По наружной поверхности в проекции левого плечевого сустава кровоподтек 0,3х0,4 см, на фоне которого ссадина с подсохшим запавшим красновато-коричневым дном 0,2х0,2 см. По наружной поверхности правого плеча в верхней трети багрово-фиолетовый кровоподтек 4х3 см. На передней поверхности грудной клетки слева, на 10 см выше и в проекции соска, на 7 см левее средней линии ушитая двумя хирургическими швами рана 7,5 см длиной. При ее ревизии – кровоизлияния в мышцы на глубину до 2 см и вокруг раны на участке 3 см диаметром. На боковой поверхности грудной клетки справа в проекции 6-7 ребер ушитая двумя хирургическими швами рана 7 см длиной, ориентированная спереди назад. Срединный лапаротомный разрез длиной 25 см, ушитый наглухо, от него вправо по ходу подреберья так же отходит ушитый лапаротомный разрез. В подключичной области слева точечные ранки 0,2х0,2 см – след от пункции подключичной вены.

Каких-либо иных повреждений, кроме следов медицинских манипуляций, при исследовании не обнаружено. При проведении воздушной пробы – воздух из плевральных полостей и полостей сердца не получен. При проведении судебно-медицинского исследования трупа использовались: кожные разрезы по методу Шора.

ВНУТРЕННЕЕ ИССЛЕДОВАНИЕ.Извлечение органокомплекса произведено по методу Шора, с распилом ребер спереди. Череп вскрывался угловым распилом.

Масса органов.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Масса |  | норма |
| Мозг | 1200 | До 1400 |
| Легкое правое | 690 | 450 |
| левое | 700 | 375 |
| Сердце | 300 | 200-400 |
| Печень | 650 (левая доля) | 1200-2000 |
| Селезенка | 90 | 80-180 |
| Почки обе Правая/Левая | 150/150 | 275-310 |

ПОЛОСТЬ ЧЕРЕПА. Кожно-мышечный лоскут головы блестящий, малокровный, без кровоизлияний и повреждений. Кости свода и основания черепа целы. Твердая мозговая оболочка напряжена, серо-перламутрового цвета, блестящая, в синусах ее темная жидкая кровь в большом количестве. Субдуральное пространство свободно. Мягкие мозговые оболочки тонкие, прозрачные с малокровными сосудами, походу которых рассеянные точечные субарахноидальные кровоизлияния в глубине борозд. Борозды мозга несколько сглажены, извилины слегка уплощены. На миндаликах мозжечка кольцевидная полоса вдавления от краев большого затылочного отверстия, шириной 0,3 см, без губовидного выпячивания вещества мозга внутри кольца и без кровоизлияний. Головной мозг дрябло-эластичный, на разрезах с четкой границей серого и белого вещества и мраморным рисунком подкорковых ядер. Поверхности разрезов тускловаты, липнут к лезвию ножа. Желудочки мозга симметричны, обычного объема, эпендима их бледно-серая, блестящая, влажная, в полостях желудочков следы прозрачной соломенного цвета жидкости. Сосудистые сплетения обычного вида, малокровны.

ОРГАНЫ ШЕИ, ГРУДНОЙ И БРЮШНОЙ ПОЛОСТЕЙ: При ревизии вышеописанной раны и полостей - в правой плевральной полости 500 мл окрашенной кровью жидкости, раневой канал проходит через мышцы 7-го межреберья, проникая в плевральную полость в 7 межреберье по передне-подмышечной линии, правую половину диафрагмы, правая доля печени отсутствует, раневая поверхность ушита, швы состоятельны, далее раневой канал проходит через верхний полюс правой почки, заканчиваясь у тела 12 грудного позвонка.

язык синюшный, влажный, обложен серовато-желтым, не снимающимся налетом. Слизистые оболочки носоглотки синюшные, влажные, блестящие. В мягких тканях шеи повреждений и кровоизлияний не обнаружено.

Легкие выполняют 2\3 полостей, с блестящей, гладкой и влажной плеврой. Органы брюшной полости расположены анатомически правильно, в полости немного жидкой темной крови. Листки брюшины гладкие, влажные, блестящие.

Просвет пищевода свободен, слизистая его бледно-серая, продольно складчатая.

Вход и просвет гортани свободен, слизистая оболочка ее бледно-серая. Подъязычная кость и хрящи гортани целы, в мягких тканях ее повреждений не обнаружено.

Просвет трахеи и главных бронхов свободен, хрящи трахеи целы.

Щитовидная железа обычных размеров, с равновеликими долями, плотно-эластичная, темно-коричневая, на разрезе малокровна, дольчатого строения.

Аорта эластична, со следами жидкой крови в просвете и гладкой бледно-желтой интимой.

Под висцеральной плеврой, особенно, в прикорневых отделах легких и по базальным поверхностям, множественные точечные кровоизлияния. Легкие бледно-синюшные во всех отделах, тестоватой консистенции, на разрезах бледно-розовые с обычным рисунком, малокровны. Слизистые оболочки воздухо-проводящих путей светло-серые. Бифуркационные лимфоузлы располагаются в виде пакетов диаметром от 1 до 2 см, эластичные, не спаянные между собой и с окружающими тканями, темно-синюшные, на разрезах сочные, с обычным рисунком. В полости перикарда следы прозрачной жидкости, листки его гладкие, влажные, блестящие. Под эпикардом единичные точечные рассеянные темно-красные кровоизлияния. Сердце эластичное, 11х9х8 см. В полостях сердца немного жидкой темной крови. Миокард розовато-синюшный, эластичный, неравномерного кровенаполнения. Толщина стенки правого желудочка 0,3 см, левого 1,2 см. Под эндокардом левого желудочка полосовидные темно-красные кровоизлияния. Клапанный и пристеночный эндокард тонкий, полупрозрачный, клапаны сформированы правильно. Коронарные артерии с тонкими стенками, пустым просветом

Желудок с 300 мл бледно-серой переваренной пищи, содержимое кишечника отделам соответствует, слизистые оболочки желудочно-кишечного тракта бледно-серые. Мезентериальные лимфоузлы располагаются раздельно, диаметр их не более 1 см, эластичны. Печень в сохраненной доле плотно-эластичная, мелкобугристая, желто-коричневая с поверхности и на разрезах, малокровная, со смазанным рисунком долек. Просвет внепеченочных желчевыводящих путей свободно проходим. Поджелудочная железа обычных размеров, плотно-эластичная, бледно-серая, на разрезах – дольчатого строения. Селезенка 6х4х3 см, эластичная, синюшная с морщинистой капсулой, на разрезах без соскоба. Правый надпочечник пропитан кровью, разрушен, из-за прохождения через него раневого канала. Левый надпочечник листовидной формы, обычных размеров, на разрезах граница слоев четкая. Почки равновелики, 10х6х5 см, эластичные. По верхнему полюсу правой почки, ориентированный снаружи внутрь и сверху вниз с пропитанными кровью краями бороздчатый дефект длиной 3 см, шириной 1,0 см, ориентированный на 12 грудной позвонок. Дно дефекта рыхлое с наложениями темно-вишневых свертков крови. Капсула сползает при надрезе, обнажая ровную поверхность вне описанного дефекта. По краю разреза паренхима слегка наползает на капсулу. На разрезах корковый слой – бледно-синюшный, мозговой слой с подчеркнутым рисунком, граница слоев отчетливо выражена с малокровием юкстамедуллярной зоны. Слизистые оболочки лоханок и чашечек бледно-синюшные, гладкие, блестящие, просвет их свободен. Мочеточники проходимы на всем протяжении, с бледно-серой слизистой. Мочевой пузырь пуст, слизистая оболочка его складчатая, бледно-серая, уретра свободно проходима.

ПОЗВОНОЧНИК И СПИННОЙ МОЗГ: при ревизии эпи- и субдуральные пространства свободны, твердая мозговая оболочка напряжена, бледно-серая, блестящая, мягкие мозговые оболочки тонкие, прозрачные, спинной мозг дряблый, на разрезах обычного рисунка..

Из трупа для судебно-гистологического исследования взяты кусочки внутренних органов на патоморфологические изменения.

Для судебно-биологического исследования кровь для определения антигенной характеристики.

ДАННЫЕ ДОПОЛНИТЕЛЬНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ.

1. Представлен акт судебно-химического исследования от 06.05.09г. При судебно-химическом исследовании вещественных доказательств, изъятых при вскрытии трупа, обнаружен этиловый спирт в концентрации: в крови 1,1 промилле, в мочевом пузыре не обнаружен.

А К Т Судебно-гистологического исследования. Судебно-медицинским экспертом, произведено исследование кусочков внутренних органов от трупа М., 1970 г.р. ЗАКЛЮЧЕНИЕ. Мышечная ткань соединительно-ткаными прослойками, состоящая из поперечно полосатых мышечных волокон с наличием очагово-диффузных кровоизлияний из свежих эритроцитов без перифокальной реакции

Почки: малокровие артерий всех групп, стаз крови в мелких венах мозгового слоя, очаговый некронефроз

Легкие: в просветах альвеол скопление клеток с бурым пигментом, в части сосудов лейкостазы, неравномерное кровенаполнение сосудов от малокровия до стаза, умеренный межуточный отек. Умеренная лейкоцитарная инфильтрация в межальвеолярных перегородок.

Печень: жировой гепатоз 2 степени, формирующийся мелкоузловой цирроз. В части полей зрения мононуклеарная инфильтрация триад, внутридольковый холестаз.

Миокард: межуточный отек, малокровие сосудов.

Головной мозг: малокровие сосудов головного мозга и мягких мозговых оболочек. Периваскулярный и перицеллюлярный отек.

Вопросы:

1. Телесные повреждения?
2. Степень тяжести вреда причиненного здоровью?
3. Причина смерти?
4. Механизм травмы?
5. Дистанция выстрела?

Задача № 2. (УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-5, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10)

ОБСТОЯТЕЛЬСТВА ДЕЛА. В постановлении о назначении судебно-медицинской экспертизы указано, что «16.07.2009 года в БСМП скончался гр. Д., 1939 г.р., обнаруженный в гараже по адресу: ул. Мира, 00 г. К……. с огнестрельным ранением в голове».

ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКАЯ ЧАСТЬ. Представлена медицинская карта стационарного больного из ГКБ № 0 на имя гр. Д., 1939 г.р., согласно которой 03.07.09 г. в 11-25 бригадой скорой помощи он был доставлен в НХО-2. Найден у гаража на ул. Мира, 00. Обстоятельства травмы неизвестны. Осмотрен нейрохирургом. При поступлении состояние больного тяжелое. Запаха алкоголя изо рта нет. Кожные покровы бледные. Дыхание спонтанное, везикулярное, проводится по всем полям. Частота дыхательных движений 20/мин. Сердечные тоны приглушены, ритмичные. Частота сердечных сокращений 86/мин. Артериальное давление 140\70 мм.рт.ст. Живот не вздут, участвует в акте дыхания. При пальпации безболезненный. Симптом «12 ребра» отрицательный. Диурез неизвестен. Сознание нарушено по типу умеренная кома. Зрачок больше слева. Сухожильные рефлексы равны, снижены. Патологические стопные знаки не вызываются. Ригидность мышц затылка 1 п.п. Симптом Кернига 160. Геморрагическое отделяемое из носовых ходов. Параорбитальная гематома слева. Для исключения травмы живота произведена операция лапароцентез – крови и патологической жидкости не получено. Диагноз: Огнестрельное ранение головы. Открытая черепно-мозговая травма. Ушиб головного мозга тяжелой степени со сдавлением внутримозговой гематомой лобной, височной долей слева. Инородные тела… Перелом передней черепной ямки? 03.07.09 проведена компьютерная томография головного мозга № 15399: В ликворных пространствах, в том числе, в желудочковой системе, многочисленные включения воздуха. Срединные структуры головного мозга смещены слева направо до 21 мм. В ткани мозга в височной доле, а также в орбитах и клетках решетчатого лабиринта многочисленные включения инородных тел…. от 4 до 11 мм в диаметре. Желудочковая система до 50% выполнена кровью. В левой лобно-теменной области обширная внутримозговая гематома 55х67 мм. Мелкие осколки ... в левой гемисфере. Осмотрен окулистом – данных за проникающее ранение глазных яблок нет (при наружном осмотре). Контузия придаточного аппарата, перелом стенок орбит (?), инородные тела орбит обоих глаз (по КТ). На рентгенограмме грудной клетки, таза, черепа № 12521 от 03.07.09 г.: Травматических повреждений грудной клетки не видно, гемопневмоторакса нет. Травматических повреждений таза не видно. В области дна передней черепной ямки и в теменной области слева видны тени металлической плотности1,0х0,7х1,0 и 1,0х1,0х0,7 и множество мелких. … тень прилегает к задней стенке левой глазницы со стороны черепной ямки. Учитывая тяжесть состояния, больной переведен в реанимационный зал, где произведена катетеризация левой подключичной вены, интубация трахеи, начата ИВЛ. 03.07.09 произведена операция: костно-пластическая трепанация черепа в левой лобно-височно-теменной области, удаление острой внутримозговой гематомы, инородного тела (пуля). Произведен разрез мягких тканей слева, кость скелетирована, из 4 фрезевых отверстий сформирован костный лоскут. Твердая мозговая оболочка напряжена, пульсацию не передает, вскрыта крестообразно. Выявлена острая плащевидная субдуральная гематома, удалена. Выявлен контузионный очаг лобной доли с формированием внутримозговой гематомы и прорывом коры. Гематома объемом до 120 мл в виде плотных сгустков удалена. После удаления гематомы обнаружено инородное тело – деформированная свинцовая пуля, удалена. Послеоперационный диагноз: Пулевое ранение головы. Открытая черепно-мозговая травма. Ушиб головного мозга тяжелой степени, со сдавлением острой плащевидной субдуральной внутримозговой гематомой левой лобной, височной долей головного мозга. Инородные тела головного мозга, орбит. Перелом ПЧЯ. В послеоперационном периоде больной находился в отделении реанимации, где проводилась интенсивная терапия. На ЭКГ – ритм синусовая тахикардия, эл. ось сердца вертикальная. 6.07.09 г.- трахеостомия. На ЭХО-ЭС от 9.07.09 г. – отмечается смещение М-ЭХО слева направо в средне-задних отделах на 2-3 мм. Дополнительные сигналы в передних отделах и в средне-задних, больше слева, где М-ЭХО выводится с трудом. Осмотрен окулистом, заключение: контузия придаточного аппарата, инородные тела орбит (по КТ) обоих глаз. Не исключена контузия левого глаза (частичный гемофтальм?). Зрелая возрастная катаракта правого глаза и незрелая левого глаза. На глазном дне левого глаза застойность вен сетчатки, начальный отек диска зрительного нерва (застойный?); артериосклероз сетчатки. На рентгенограмме грудной клетки № 13001 от 10.07.09 г.: правосторонняя нижнедолевая пневмония (туберкулома верхней доли). 15.07.09 проведена компьютерная томография головного мозга № 15479: Грубой дислокации срединных структур нет. Желудочковая система гидроцефально расширена, умеренно … слева. В затылочных рогах кровь, которая видна также в клетках решетчатого лабиринта и основной пазухе, субарахноидальных бороздах правой и левой гемисферы и по межполушарной щели. Усилился диффузный … отек обеих гемисфер, больше в субкортикальных отделах. В остальном КТ-картина прежняя. Несмотря на проводимое интенсивное лечение, состояние больного с отрицательной динамикой. 16.07.09 г. на фоне нарастания явлений полиорганной недостаточности, энцефалопатии, неуправляемой гипотонии, у больного внезапная остановка сердечной деятельности, дыхание, пульс отсутствуют, по ЭКГ-монитору – изолиния. В 7.45 16.07.09 г. констатирована смерть больного.

ПОСМЕРТНЫЙ ДИАГНОЗ. Открытая черепно-мозговая травма. Ушиб головного мозга тяжелой степени, со сдавлением острой субдуральной внутримозговой гематомой в лобно-теменной области слева. Отек, набухание головного мозга. Дислокационный синдром. Проникающее слепое пулевое ранение головного мозга лобно-теменной доли слева. Двусторонняя пневмония. *Операции*: 1) 3.07.09 г. - костно-пластическая трепанация черепа в левой лобно-височно-теменной области, удаление острой внутримозговой гематомы, инородного тела (пуля). 2) 3.07.09 г. – лапароцентез. 3) 6.07.09 г. – трахеостомия.

Алкоголь – в крови и моче не обнаружен.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Данные анализов | | | | |
| Параметры  дата | 3.07 | 7.07 | 11.07 | 15.07 |
| Калий плазмы | 3,8 | 3,7 | 4,7 | 3,5 |
| Натрий плазмы | 143 | 144 | 142 | 145 |
| Креатинин | 152,4 | 92,9 | 80,5 |  |
| РФМК | 12,0 | 24 | 28 |  |
| Кальций плазмы | 1,6 | 2,07 | 1,77 |  |
| сахар | 8,6 | 5,5 | 6,8 | 6,0 |
| фибриноген | 3,9 | 3,9 | 5,3 | 4,6 |
| АЧТВ | 45 | 47 | 45,5 |  |
| АСТ | 110,7 | 40,0 | 55,9 |  |
| АЛТ | 73,2 | 30,8 | 46,1 |  |
| Амилаза крови | 10,6 | 9,9 | 6,1 |  |
| Мочевина | 13,5 | 9,4 | 8,3 | 8,3 |
| Билирубин общ. | 13,1 | 9,9 | 4,9 | 23,0 |
| Прямой | 5,2 | 2,5 | - | 15,9 |
| непрямой | 7,9 | 7,4 | 4,9 | 7,1 |
| Общий белок | 63,7 | 53,2 | 43,7 | 47,8 |
| Протромбиновое время | 17,5 | 17 | 22 | 19 |
| Протромбиновый индекс | 85,5 | 90 | 46,6 | 70 |
| Хлориды сыворотки | 102,2 | 118,3 | 109,2 |  |

НАРУЖНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ. Труп мужчины, доставлен без одежды, среднего телосложения, правильного удовлетворительного питания, длиной тела 170 см. Кожа бледно-серая, холодная на ощупь во всех отделах, в отлогих местах тела сливные, фиолетовые, не исчезающие и не меняющие цвет при надавливании трупные пятна. Трупное окоченение достаточно выражено во всех обычно исследуемых группах мышц. Склеры глаз мутные, тусклые, суховаты, кровоизлияний в соединительные оболочки глаз не отмечается, зрачки равновелики по 0,4 см диаметром. На верхней челюсти – 5 зубов из желтого металла; на нижней челюсти – 4 зуба из желтого металла. Голова правильной формы, кости черепа и лицевого скелета на ощупь целы. Грудная клетка цилиндрическая. Живот на одном уровне с грудной клеткой. Естественные отверстия тела и полости рта и носоглотки свободны, чистые. Слизистая оболочка губ синюшная, подсохшая. Анальное отверстие сомкнуто. Половые органы развиты правильно. Кости конечностей целы.

ПОВРЕЖДЕНИЯ. Вокруг левого глаза желтовато-синюшный кровоподтек диаметром 4 см. Аналогичный кровоподтек диаметром 2 см вокруг левого глаза. Слева дугообразный, выпуклостью вверх, операционный разрез, ушитый, в лобно-теменно-височной области длиной 14 см. Справа в проекции наружного угла глаза кзади от него в 3 см округлый синюшный рубец диаметром 1 см, эластичный. В центре его незначительное воронкообразное западение. Других повреждений нет.

Каких-либо иных повреждений при исследовании не обнаружено. При проведении воздушной пробы – воздух из плевральных полостей и полостей сердца не получен. При проведении судебно-медицинского исследования трупа использовались: кожные разрезы по методу Шора.

ВНУТРЕННЕЕ ИССЛЕДОВАНИЕ. Извлечение органокомплекса произведено по методу Шора, с распилом ребер спереди. Мягкие ткани лица отсепаровывались методом Медведева.

1. Масса органов.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Масса |  | норма |
| Мозг | 1550 | До 1400 |
| Легкое правое | 790 | 450 |
| левое | 810 | 375 |
| Сердце | 300 | 200-400 |
| Печень | 1400 | 1200-2000 |
| Селезенка | 90 | 80-180 |
| Почки обе. Правая/Левая | 300 | 275-310 |

ПОЛОСТЬ ЧЕРЕПА. В кожно-мышечном лоскуте головы и костях черепа – описанные ниже повреждения. Череп вскрыт угловым распилом, толщина лобной кости по распилу до 0,7 см, височной 0,3 см, теменных по 0,6 см, затылочной 0,5 см. Слева, прикрытое костным лоскутом, неправильно квадратное отверстие со стороной в 6 см, захватывающее лобную, височную и теменную кости. По углам отверстия округлые трепанационные дефекты диаметром по 0,6 см. В зоне операции множественные кровоизлияния под апоневроз. Справа по боковой поверхности лобной кости красновато-коричневое кровоизлияние в мышцы диаметром 5 см. При ревизии мягких тканей лица справа скуловой отросток височной кости не связан с височным отростком скуловой кости, вследствие чего имеется дефект скуловой дуги длиной 1,5 см с округлыми концами, с гладкими краями. Под костным дефектом, в мягких тканях, ориентированный сверху вниз, дефект мышц, пропускающий свободно мизинец и упирающийся по наружной поверхности верхней челюсти в десну. Справа, в чешуе височной кости, в центре височной ямки, на 1 см выше наружного края надбровной дуги - округлый дефект кости диаметром 0,9 см, соответственно вышеописанному рубцу. При введении в дефект кости зонда, зонд проходит справа налево и несколько снизу вверх и попадает в полость черепа через неправильно округлый дефект диаметром 1,5 см в крыше орбиты, края его звездчатые. Раневой канал проходит кзади от глазного яблока, общей длиной 4 см. Отмечается многооскольчатый перелом петушиного гребня с полукруглым дефектом его задней части. При осмотре входного отверстия в кости отмечается множественные выкрашивание костных тканей по заднему краю отверстия до 0,3 см в стороны. Костных отломков в канале не определяется. Твердая мозговая оболочка напряжена, в синусах ее смешанные свертки крови. Справа в области дефекта крыши орбиты дефект оболочки неправильно округлой формы с рваными краями 2х1,5 см. Слева в области операционного дефекта кости ушитый дефект оболочки длиной 3 см. Субдурально в передних черепных ямках наложения красно-коричневых спаянных с твердой мозговой оболочкой пластинчатых свертков крови. При ревизии мозга – размозжение нижнего отдела лобной доли справа и передне-нижнего отдела лобной доли слева, с образованием единой цилиндрообразной полости длиной 7 см, диаметром 4 см, выполненной, пропитанным кровью, некротизированным веществом мозга, сообщающейся с передним рогом левого бокового желудочка. По наружной поверхности обоих больших полушарий, практически по всей поверхности, ограниченно диффузные кровоизлияния. Борозды мозга сглажены, извилины уплощены, на миндаликах мозжечка кольцевидная с диффузными субарахноидальными кровоизлияниями полоса вдавления шириной 0,5 см от краев большого затылочного отверстия, внутри кольца геморрагический некроз полушарий мозжечка и продолговатого мозга. Головной мозг дряблый, на разрезах с четкой границей серого и белого вещества и мраморным рисунком подкорковых ядер. Поверхности разрезов тускловаты, липнут к лезвию ножа. Желудочки мозга симметричны, обычного объема, эпендима их бледно-серая, блестящая, влажная, в желудочках - жидкая кровь. Сосудистые сплетения обычного вида, полнокровны.

ОРГАНЫ ШЕИ, ГРУДНОЙ И БРЮШНОЙ ПОЛОСТЕЙ

язык синюшный, влажный, обложен серовато-желтым, не снимающимся налетом. Слизистые оболочки носоглотки синюшные, влажные, блестящие. В мягких тканях шеи повреждений и кровоизлияний не обнаружено.Справа легкое подпаяно к периостальной плевре фибринозно-гнойными спайками. На плевре наложение фибрина до 3 см. Слева в плевральной полости 200 мл мутной желтовато-коричневой жидкости. На плевре очаговые наложение фибрина, смешанного с гноем, желтовато-серого цвета, до 0,2 см. Легкие заполняют полости не более, чем 2/3. Органы брюшной полости расположены анатомически правильно, в полости следы прозрачной жидкости соломенного цвета. Листки брюшины гладкие, влажные, блестящие. Просвет пищевода свободен, слизистая его бледно-серая, продольно складчатая. Вход и просвет гортани свободен, слизистая оболочка ее набухшая, роговая, с наложениями фибрина. Подъязычная кость и хрящи гортани целы, в мягких тканях ее повреждений не обнаружено. Просвет трахеи и главных бронхов с наложениями фибрина, смешанного с гноем на слизистой серо-красного цвета, хрящи трахеи целы. Щитовидная железа обычных размеров, с равновеликими долями, плотно-эластичная, темно-коричневая, на разрезе полнокровна, дольчатого строения. Аорта эластична, со следами жидкой крови в просвете и рассеянными липидными пятнами в интиме. Легкие синюшно-красные, равномерно уплотнены, «тяжелые», на разрезах темно-красные с обычным рисунком, полнокровны. С поверхности разрезов стекает большое количество пенистой розовой жидкости. Слизистые оболочки воздухо-проводящих путей светло-розовые, набухшие. Бифуркационные лимфоузлы располагаются в виде пакетов диаметром от 1 до 2 см, эластичные, темно-синюшные, на разрезах сочные, с обычным рисунком. В полости перикарда следы прозрачной жидкости, листки его гладкие, влажные, блестящие. Сердце 11х10х9 см, дрябло-эластичное. В полостях сердца немного жидкой темной крови с мелкими единичными темно-вишневыми свертками. Миокард розовато-синюшный, эластичный, с сетчатым разрастанием соединительной ткани, неравномерного кровенаполнения. Толщина стенки правого желудочка 0,3 см, левого 1,2 см. Клапанный и пристеночный эндокард тонкий, прозрачный, клапаны сформированы правильно. Коронарные артерии - коронаросклероз до ½, с облитерацией просвета полулунными бляшками. Желудок пустой, содержимое кишечника отделам соответствует, слизистые оболочки желудочно-кишечного тракта бледно-серые. Мезентериальные лимфоузлы располагаются раздельно, диаметр их не более 1 см, эластичны. Печень 24х18х16х13 см, эластичная, коричневая с поверхности и на разрезах, полнокровная, со смазанным рисунком долек. Просвет внепеченочных желчевыводящих путей свободно проходим. Поджелудочная железа обычных размеров, плотно-эластичная, бледно-серая, на разрезах – дольчатого строения. Селезенка 6х4х3 см, эластичная, синюшная, на разрезах темно-красная без соскоба. Надпочечники листовидной формы, обычных размеров, на разрезах граница слоев четкая. Почки равновелики, 11х6х5 см, эластичные. Капсула сползает при надрезе, обнажая ровную поверхность. По краю разреза паренхима слегка наползает на капсулу. На разрезах корковый слой - синюшный, с темно-красным крапом и подчеркнутым рисунком, мозговой слой также с подчеркнутым рисунком, граница слоев отчетливо выражена. Слизистые оболочки лоханок и чашечек бледно-синюшные, гладкие, блестящие, просвет их свободен. Мочеточники проходимы на всем протяжении, с бледно-серой слизистой. Мочевой пузырь с 200 мл густой желтоватой жидкости, на слизистой оболочке, на красно-синем фоне, просовидные разрастания бледно-серой ткани, выраженное уплотнение простаты, которая на разрезах имеет «муаровый» вид, бледно-серая. Уретра свободно проходима.

Из трупа для судебно-гистологического исследования взяты кусочки внутренних органов на патоморфологические изменения.

Для судебно-биологического исследования взята кровь на определение антигенной характеристики.

ДАННЫЕ ДОПОЛНИТЕЛЬНЫХ МЕТОДОВ ИССЛЕДОВАНИЯ.

А К Т Судебно-гистологического исследования

Судебно-медицинским экспертом, произведено исследование кусочков внутренних органов от трупа Д., 1939 г.р.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ. В срезах из мочевого пузыря и простаты разрастание опухоли со строением крупноацинарная аденокарцинома.

Головной мозг: с кровоизлияниями с выпадением гемосидерина и активной пролиферацией вокруг них глиальных элементов. В части полей зрения свежее кровоизлияние с некрозом вещества мозга

Легкие: спавшиеся с вторичным ателектазом, полнокровны с массивными наложениями фибрина на плевре.

Вопросы:

1. Телесные повреждения?
2. Степень тяжести вреда причиненного здоровью человека?
3. Причина смерти?
4. Механизм травмы?
5. Сопровождалась ли травма кровотечением, характер кровотечения?

Задача № 3. (УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-5, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10)

ОБСТОЯТЕЛЬСТВА ДЕЛА: В постановлении указано следующее: «13 января 2012 года около 18 часов 30 минут во дворе дома № 00 по ул. Мира г. К……. был обнаружен труп гр. С., 1993 года рождения, с огнестрельным ранением головы».

Представлена «Карта осмотра трупа (приложение к протоколу осмотра трупа на месте его обнаружения)» от 13.01.2012г, заполненная судмедэкспертом, согласно которой: Время начала и окончания осмотра с 20:20 мин. до 21:30 мин. Температура воздуха -17°С. Местонахождение трупа – на улице, в одежде, лежит на спине. Трупные явления: температура ректальная +32°С на время 20:35 минут и +31,1°С на время 21:30 минут; трупное окоченение отсутствует во всех группах мышц; образование идиомускулярной опухоли – быстро появляется плотный тяж высотой 1,1-1,5см; трупные пятна багрово-синюшные, насыщенные, разлитые, при надавливании исчезают и восстанавливают свой цвет через 11 секунд. Повреждения: у наружного края правой брови рана, в левой височной области рана. Других сведений в «Карте осмотра трупа» нет.

НАРУЖНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ: На секционный стол доставлен труп, с которого снята следующая одежда: носки черного цвета, трусы красного цвета с резинкой в белую, синюю и красную полосы с надписью по передней поверхности «Россия». По снятию одежды труп мужского пола, правильного телосложения, удовлетворительного питания, длиной тела 168см, массой 63кг. Кожные покровы бледно-серого цвета, холодные на ощупь; по все поверхностям головы, шеи, верхней трети грудной клетки по передней поверхности, на задней поверхности грудной клетки с распространением до поясничной области кожные покровы обильно опачканы буро-красными, влажными массами похожими на кровь, на уровне опачкивания определяются горизонтальные потеки буро-красных подсохших масс, направление которых идет кнаружи от наружных носовых проходов. Трупные пятна разлитые, синюшно-фиолетового цвета, располагаются на задней поверхности туловища, при надавливании не бледнеют. Трупное окоченение хорошо выражено во всех группах мышц. Голова правильной формы. Волосы на голове черного цвета, длиной в лобной области 3см. Кости мозгового и лицевого скелета, хрящи носа и ушных раковин на ощупь целы. В наружных носовых проходах темно-красные, влажные масс. Наружные слуховые проходы свободны. Глаза закрыты, соединительные оболочки глаз бледно-серого цвета, с полнокровными сосудами, без кровоизлияний, зрачки по 0,4см в диаметре, радужка коричневого цвета. Рот закрыт. Слизистая губ, десен серо-синюшная, без кровоизлияний. Язык в полости рта за линией зубов. На верхней и нижней челюстях все зубы целы. Эмаль сохранившихся зубов белесовато-серая, жевательные бугорки хорошо выражены. Шея соразмерна туловищу. Грудная клетка цилиндрической формы, упругая. Брюшная стенка на уровне реберных дуг. Живот мягкий, не напряжен. Оволосение на лобке по мужскому типу. Наружные половые органы сформированы правильно, яички в мошонке, выделений не отмечается. Заднепроходное отверстие сомкнуто, кожа промежности чистая. Кости верхних и нижних конечностей на ощупь целы.

ПОВРЕЖДЕНИЯ: В лобной области справа на 6,2см правее средней линии по верхнему краю наружного конца правой надбровной дуги, на 162см выше уровня подошвенной поверхности стоп, располагается неправильно-овальная рана № 1 с признаком «минус ткань», размером 0,9х1,1см в дне раны видны кровоподтечные мягкие ткани и поврежденные кости свода черепа с наличием дополнительных разрывов, располагающихся на 3,4,7,9,10,12 часах соответственно условного циферблата, края разрывов ровные, кровоподтечные, концы острые, длиной при сведенных краях от 0,2см до 0,4см, с осаднением эпидермиса вокруг раны на участке около 0,2-0,3см имеющим светло-розовую, влажную поверхность.

В теменно-височной области слева, на 159,5см выше уровня подошвенной поверхности стоп и на 11,7см левее средней линии, располагается звездчатой формы рана № 2 с неровными кровоподтечными краями, острыми концами, при сведении краев раны, без признака «минус ткань», лучи раны соответствуют 2,4,7,10 часам условного циферблата, с длиной лучей от центра раны соответственно 0,7см, 0,5см, 0,6см и 0,3см. В дне раны видны кровоподтечные подлежащие мягкие ткани и размозженное вещество головного мозга.

На задней поверхности грудной клетки справа по околопозвоночной линии в 4-м межреберье, на 136см выше уровня подошвенной поверхности стоп, располагается неправильно-овальная рана № 3 с признаком «минус ткань», размером 1,0х0,8см в дне раны видны кровоподтечные мягкие ткани, рана проникает в грудную полость, с осаднением эпидермиса вокруг раны имеющим светло-розовую, влажную поверхность на участке около 0,2см по внутреннему краю раны, по наружному краю раны на участке около 0,6см. Из раны вытекает темно-красная жидкая кровь.

Каких-либо других повреждений при наружном исследовании трупа не обнаружено.

ВНУТРЕННЕЕ ИССЛЕДОВАНИЕ: Кожно-мышечный лоскут головы с внутренней поверхности серо-розовый, влажный, блестящий, с полнокровными сосудами, обнаружено темно-красное студневидное кровоизлияние в кожно-мышечном лоскуте головы с внутренней поверхности, располагающееся в лобной области справа, размером 6х4,5х0,5см и в теменно-височной области слева, размером 7х6,5х0,5см. Височные мышцы красно-коричневого цвета влажные, блестящие, без кровоизлияний. Череп вскрыт угловым распилом. Толщина лобной кости 0,5см, теменных по 0,4см, затылочной 0,6см. Твердая мозговая оболочка напряжена, с резко полнокровными сосудами, перламутрового вида, в синусах ее темно-красная, жидкая кровь. Обнаружен округлый дефект лобной кости справа, располагающийся по верхнему краю наружного конца правой надбровной дуги, края дефекта неровные, мелкозубчатые, размером 1х0,9см. Далее по ходу раневого канала обнаружен дефект лобной кости справа, располагающийся на границе чешуи лобной кости и верхней стенки правой глазницы ближе к наружному концу правой надбровной дуги, края дефекта неровные с участками отщепов компактного вещества, размером 1,5х1,3см, дефект воронкообразно расширяется кнутри. На уровне дефекта лобной кости обнаружено темно-красное кровоизлияние, располагающееся между чешуей лобной кости и твердой мозговой оболочкой с переходом на верхнюю стенку правой глазницы, объемом около 5мл. темно-красной, жидкой крови. По ходу раневого канала обнаружено округлое повреждение твердой мозговой оболочки, располагающееся на уровне границы чешуи лобной кости справа и верхней стенки правой глазницы, края повреждения ровные, кровоподтечные, диаметром около 0,8см. Далее обнаружено неправильно-овальное повреждение мягкой мозговой оболочки, размером около 1,2х1,1см вокруг повреждения располагается размозженное, бесструктурное, синюшно-красного цвета вещество головного мозга с наличием под мягкой мозговой оболочкой очагового темно-красного кровоизлияния, размером около 8х6,4см, располагающегося на передней с переходом на наружную и базальную поверхность правой лобной доли. Аналогичных характеристик неправильно-овальное повреждение мягкой мозговой оболочки располагается на наружной поверхности темной и височной долей слева на уровне нижней трети центральной и постцентральной извилин, края повреждения ровные, размером около 1,1х1,6см из повреждения выделяется синюшно-красного цвета бесструктурное вещество головного мозга имеющее мазевидную консистенцию. Вокруг повреждения под мягкой мозговой оболочкой располагается очаговое темно-красного цвета кровоизлияние, размером около 8,4х7,4см, располагающегося на наружной поверхности темной и височной долей слева с переходом на базальную поверхность левой височной доли. Далее по ходу раневого канала обнаружен дефект костей свода черепа располагающийся на уровне левого теменно-височного шва, размером около 1х1,5см, задний конец дефекта закруглен, передний приближается к П-образному, края дефекта неровные мелкозубчатые, на уровне дефекта между твердой мозговой оболочкой и костями свода черепа, располагается кровоизлияние объемом около 10мл темно-красной жидкой крови. Дефект соединяется с раной располагающейся в теменно-височной области слева. Таким образом прослежен ход раневого канала, который проходит справа налево, сзади наперед и несколько сверху вниз. Полушария мозга равны, борозды сглажены, извилины уплощены. Мягкая мозговая оболочка на остальных поверхностях головного мозга тонкая, прозрачная, серого цвета, с полнокровными сосудами, отечная, обнаружены очаговые кровоизлияния, располагающиеся на внутренних поверхностях правой и левой теменных долей с распространением по ходу борозд на верхние и наружные поверхности правого и левого полушарий головного мозга на лобною, теменную и височные доли, размером около 18х11см и 14х16см соответственно. Ткань мозга на разрезе по ходу раневого канала бесструктурная, имеет мазевидную консистенцию серо-синюшного цвета с наличием множественных темно-красных полосовидных и неправильно-овальных кровоизлияний, располагающихся по краям поврежденного вещества головного мозга. На остальных участках, вещество головного мозга с четкой границей между серым и белым веществом, резко полнокровная с множеством темно-красных полосовидных и неправильно-овальных кровоизлияний распространяющихся на всю толщу ткани головного мозга. Строение подкорковых структур слабо прослеживается. Полости желудочков не расширены. В них около 5мл светло-розовой прозрачной жидкости, стенка их гладкая, влажная, блестящая, с резко полнокровными сосудами. Сосудистые сплетения серо-синюшные, спавшиеся, стенка их тонкая, эластичная. Строение моста, мозжечка, продолговатого мозга правильное. Сосуды основания мозга серо-синюшные, спавшиеся, стенки их тонкие, эластичные. По снятию твердой мозговой оболочки обнаружен фрагментарно-оскольчый перелом верхней стенки правой глазницы, располагающийся на участке диаметром около 2,3см с формированием фрагментов и осколков размером от 0,3х0,2х0,1см до 0,4х0,3х0,1см. От дефекта костей свода черепа, располагающегося в левой теменно-височной области, распространяются линии переломов в виде трещин берущих начало от переднего края, распространяясь волнообразно по чешуе лобной кости и соединяющаяся с верхним краем дефекта, располагающегося в лобной области справа. От заднего края дефекта, располагающегося в левой теменно-височной области распространяется линия перелома в виде трещины проходящей по чешуе теменной кости слева, далее переходящая на чешую затылочной кости слева проходя на 4,5см выше верхнего края верхней выйной линии и пройдя по чешуе затылочной кости на длину около 2,4см затухает. Остальные кости свода и основания черепа целы.

ГРУДНАЯ И БРЮШНАЯ ПОЛОСТИ: Подкожно-жировая клетчатка выражена удовлетворительно. Мышцы шеи, груди и живота красно-коричневого цвета, полнокровные, влажные, блестящие. Произведен разрез кожи и подкожно-жировой клетчатки с их отсепаровкой по задней поверхности грудной клетки слева, обнаружено темно-красное кровоизлияние, располагающееся между срединной и лопаточной линиями слева на уровне 3-5 ребер, на участке 4х5,2см пропитывающее мягкие ткани, при ревизии кровоизлияния, обнаружено сквозное повреждение мягких тканей и доходящее до тела 4-го грудного позвонка между поперечными отростками слева. На боковой поверхности тела 4-го грудного позвонка на 0,6см выше его нижнего края, обнаружено округлое повреждение с дефектом костной ткани, диаметром около 0,9см, при ревизии раневой канал проходит вправо, проникая в правую грудную полость. Произведен анатомический разрез на передней поверхности грудной клетки и живота с обхождением пупочного кольца слева. Обнаружено темно-красное кровоизлияние, располагающееся на передней поверхности грудной клетки справа по средне-ключичной линии на уровне 3-5 ребер, размером около 4,2х5,7см, при ревизии кровоизлияния обнаружено сквозное повреждение мягких тканей, располагающееся в 3-м межреберье по среднеключичной линии, на уровне повреждения на границе мышц и подкожно-жировой клетчатки обнаружен желтого цвета, плотный на ощупь цилиндрический металлический предмет, размером 1,2х0,9см верхний конец которого закруглен, задний отвесный, на уровне заднего конца, диаметр которого 0,9см определяется в виде венчика металл желтого цвета, шириной 0,1см, располагающийся вокруг металла темно-серого цвета, диаметр которого 0,8см. Повреждение мышц проходит через всю толщу и проникает в грудную полость справа. Произведено выделение грудины после пересечения хрящевой части ребер и грудинно-ключичных сочленений. Грудина цела. Органы в полостях расположены правильно. Правое легкое поджато к корню. В правой грудной полости около 2200мл. темно-красной жидкой крови, спаек в грудной полости справа нет. Левое легкое полностью выполняет объем плевральной полости. В правой плевральной полости свободной жидкости и спаек нет. Кровь из правой грудной полости удалена, грудная полость осушена. После чего проведена ревизия органов грудной клетки, при которой обнаружено по ходу раневого канала неправильно-овальное повреждение пристеночной плевры на уровне тела 4-го грудного позвонка, края повреждения ровные, концы закруглены, размером 2,4х1,5см с наличием вокруг повреждения располагается темно-красное, студневидное кровоизлияние, располагающееся на участке 5,2х2,9см, из повреждения в грудную полость выступает костный фрагмент тела 4-го грудного позвонка, размером 2,1х1,3х0,7см с неровными, мелкозубчатыми краями, в дне обнаруженного повреждения тела 4-го грудного позвонка располагается темно-красное губчатое вещество на уровне которого имеется округлый дефект губчатого вещества, диаметром около 0,9см., при ревизии обнаруженные дефекты на теле 4-го грудного позвонка соединяются между собой формируя сквозное повреждение тела 4-го грудного позвонка. Далее при ревизии обнаружено повреждение верхней доли правого легкого по внутренней поверхности, располагающееся на 0,7см кпереди от заднего внутреннего края и на 5,5см ниже верхушки верхней доли правого легкого, края повреждения ровные, концы закруглены, размером 2,5х2,2см с наличием темно-красного студневидного кровоизлияния, располагающегося вокруг повреждения на участке 11х8,7см. Далее обнаружено округлое повреждение, диаметром около 0,8см с ровными, кровоподтечными краями, располагающееся на передней поверхности верхней доли правого легкого, располагающееся на 0,7см правее правого переднего края и на 4,5см ниже верхушки верхней доли правого легкого с наличием вокруг повреждения темно-красного кровоизлияния, располагающегося на участке 9х7см. Далее по ходу раневого канала обнаружено округлое повреждение пристеночной плевры с ровными краями, диаметром около 0,8см. с наличием вокруг темно-красного кровоизлияния, размером 2,1х1,8см. Таким образом прослежен ход раневого канала раны № 3 направление которого проходит сзади наперед слева направо и несколько снизу вверх. Других повреждений органов грудной полости справа и слева не обнаружено. Печень у края реберной дуги. Большой сальник поджат к корню. Петли кишечника зеленовато-желтые, несколько подвздуты. Брюшина перламутрового вида, гладкая, влажная, блестящая. В брюшной полости спаек и свободной жидкости нет. Мочевой пузырь выше уровня лона, в полости его около 250мл светло-желтой, прозрачной мочи, слизистая его серая, складчатость хорошо выражена. Органы извлечены единым комплексом по Шору. Язык обложен серым налетом, сосочки у корня языка слабо выражены, мышца языка на разрезе красно-коричневая, без кровоизлияний. Миндалины размером 2,5х1,5х2см, серо-красного цвета, сочные, влажные. Вход в гортань и пищевод свободен. Подъязычная кость, хрящи гортани, кольца трахеи целы. Доли щитовидной железы равны 2х2,5х1,5см, на разрезе ткань их серо-красного цвета, мелкозернистые, полнокровные. Просвет пищевода пуст, слизистая серого цвета, влажная, блестящая, продольная складчатость слабо выражена. Просвет трахеи и главных бронхов свободен, слизистая их серая, тусклая, влажная. Легкие тестовато-воздушной консистенции на ощупь, с поверхности светло-розового цвета, без кровоизлияний. Масса правого легкого 620грамм, левого 540грамм. На разрезе ткань легких светло-розового цвета, сосудистый и бронхиальный рисунок выражен, при надавливании с поверхности разреза стекает обильное количество темно-красной, жидкой крови с примесью пены, просвет бронхов среднего и мелкого калибра свободен на всем протяжении. В просвете аорты темно-красная, жидкая кровь. Интима ее светло-желтая, стенка тонкая, эластичная. Ширина окружности аорты в грудном отделе – 4,6см, в брюшном – 3,2см; на разрезе края аорты расходятся на расстояние около 2,9см. Сердечная сорочка цела, в полости ее около 10мл светлой, прозрачной жидкости. Сердце конусовидной формы, плотное на ощупь, по ходу коронарных сосудов умеренно обложено жиром, размером 13х11х7см, массой 360грамм. На разрезе полости его несколько расширены, в них темно-красная, жидкая кровь. Сосочковые и трабекулярные мышцы утолщены, сухожильные нити укорочены. Клапаны сердца и крупных сосудов утолщены, плотные, подвижны. Стенка левого желудочка 1,6см, правого 0,5см. Мышца сердца на разрезе красно-коричневого цвета. Венечные сосуды проходят поверхностно, по ходу умеренно обложены жиром. На разрезе стенка их тонкая, эластичная, просвет их свободен на всем протяжении. Надпочечники неправильно-овальной формы, плотные на ощупь, равны по 5х4х0,4см, на разрезе граница между корковым и мозговым слоями выражена четко. Околопочечная клетчатка развита удовлетворительно. Почки парные, плотные, неправильно-овальной формы, размером: правая 12х7х5см, массой 145грамм, левая 11х6х5см, массой 140грамм. На разрезе красно-коричневого цвета, полнокровные, границы между корковым и мозговым слоями прослеживаются. Лоханки свободны, слизистая их серая, с полнокровными сосудами, без кровоизлияний. Капсула с почек снимается легко, обнажая гладкую поверхность. Мочеточники проходимы на всем протяжении. Селезенка плотная с гладкой капсулой, размером 12х7х4,5см, массой 125грамм, на разрезе темно-вишневая, пульпа соскоба не дает. Печень красно-коричневого цвета, гладкая с поверхности, размером 25х17х12х9см, массой 1320грамм. На разрезе ткань ее красно-коричневая, полнокровная, с четкой структурой. Желчный пузырь грушевидной формы, содержит в себе около 10мл зеленовато-желтого цвета желчи. Желчевыводящие пути проходимы на всем протяжении, слизистая темно-зеленого цвета, бархатистая. Поджелудочная железа в виде плотного тяжа, размером 15х3х2см. На разрезе ткань ее серо-желтого цвета, полнокровная, крупнодольчатая. В желудке около 350мл кашицеобразной белесовато-серого цвета жидкости с различимыми фрагментами пищи в виде мясных волокон и зеленого цвета фрагментов укропа и белесоватого цвета неразличимых фрагментов. Слизистая желудка серого цвета, без кровоизлияний, складчатость хорошо выражена. В просвете тонкого и толстого кишечника содержимое свойственное его отделам, слизистая их зеленовато-желтого цвета, складчатость хорошо выражена.

Кости позвоночника, грудной клетки и таза целы.

Каких-либо других повреждений при внутреннем исследовании не обнаружено.

В судебно-химическое отделение направлены кровь и моча для определения наличия этилового алкоголя.

В архив судебно-гистологического отделения направлены кусочки внутренних органов.

В судебно-биологическое отделение направлена кровь для определения групповых свойств.

В МКО направлен кожно-мышечный лоскут головы с лобной области справа с повреждением (входная рана № 1), кожно-мышечный лоскут с левой теменно-височной области с повреждением (выходная рана № 2), кожно-мышечный лоскут с задней поверхности грудной клетки слева (входная рана № 3) для определения дистанции выстрела, наличие включений, металлизации.

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛАБОРАТОРНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ

1. При судебно-химическом исследовании (служебная записка от 23.01.2012г, эксперт-химик) этиловый спирт в крови и моче не обнаружен.

2. При МКИ исследовании (акт от 06.02.2012г.), дано заключение: На препарате кожи № 1 входная огнестрельная рана, причиненная компактно действующим пулевым огнестрельным снарядом. Рана № 2 на препарате кожи № 2 имеет признаки выходной огнестрельной. На препарате кожи № 3 входная огнестрельная рана, причиненная компактно действующим пулевым огнестрельным снарядом. При контактно-диффузном исследовании следов металлов не выявлено. Дополнительных факторов выстрела при исследовании не выявлено, однако наличие волокноподобных включений, вероятно являющимися частицами первой преграды (одежды потерпевшего), не позволяют высказаться о дистанции выстрелов.

Вопросы:

1. Причина смерти, время наступления смерти?

2. Телесные повреждения?

3. Степень тяжести вреда причиненного здоровью человека?

4. Мог ли потерпевший после получения обнаруженных повреждений совершать целенаправленные действия, если да то в течении какого периода времени?

5. Принимал ли потерпевший незадолго до смерти алкоголь, если да, то какой степени опьянения соответствует обнаруженное количество алкоголя?

Задача № 4. (УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-5, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10)

ОБСТОЯТЕЛЬСТВА ДЕЛА: В постановлении указано, что «14.02.2012 года около 17 часов 30 минут обнаружен труп гр. В., 1957 года рождения с огнестрельным ранением по адресу: г. К……., ул. Мира, 00, кв. 00».

Представлена «Карта осмотра трупа (приложение к протоколу осмотра места происшествия и трупа)» от 14.02.2011г., заполненная экспертом, согласно которой: Время начала и окончания осмотра с 22 час. 30 минут по 23 час.20 минут. Температура воздуха +23,2 градусов С. Местонахождение трупа – в помещении, в одежде. Трупные явления: температура 33,7 градусов С (22:20часов) и 32,9 градусов С (23:20часов), трупное окоченение выражено в жевательных мышцах нижней челюсти, намечается в мышцах верхних конечностей, идиомускулярная опухоль – быстро появляется плотный тяж высотой 0,5см. Трупные пятна багрово-синюшные, насыщенные, расположенные на верхних и нижних конечностях, при дозированном надавливании исчезают и через 28 секунд восстанавливают первоначальную окраску.

НАРУЖНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ: Труп доставлен в секционную в следующей одежде: брюки черные с черным кожаным ремнем, трико синее, носки черные с серыми полосками, трусы черные с синим рисунком. По снятию одежды – труп мужчины, правильного телосложения, удовлетворительного питания, длинной тела 170 см. Масса трупа 72 кг. Кожный покров холодный на ощупь по всем поверхностям тела, вне трупных пятен бледно-серый. Трупные пятна багрово-синюшные, умеренно интенсивные, сливного характера, располагаются на задней поверхности шеи, туловища и конечностей, за исключением выступающих участков в области лопаток, локтевых суставов и ягодиц. При надавливании, интенсивность своей окраски не изменяют. Трупное окоченение хорошо выражено во всех обычно исследуемых группах мышц. Скелетные мышцы умеренно плотные на ощупь, рельеф их выражен слабо. Волосы на голове тёмно-русые с обильной проседью, длиной в лобной области до 3,5см. Кожный покров волосистой части головы не повреждён. Кости свода черепа на ощупь целые. Лицо не одутловатое, симметричное. Глаза закрыты, соединительнотканные оболочки век серого цвета, гладкие, блестящие, без кровоизлияний. Глазные яблоки на ощупь мягко-эластичные. Роговые оболочки мутноватые. Радужные оболочки серо-голубые. Зрачки округлой формы диаметром по 0,4см каждый. Белочные оболочки без кровоизлияний. Ушные раковины, кости носа на ощупь целые. Кости лицевого скелета на ощупь целые. Наружные отверстия слуховых проходов, рта и носовых ходов без выделений, чистые, свободные от инородных тел. Рот приоткрыт. Переходная кайма губ бледно-синюшная, подсохшая, без кровоизлияний. Видимая слизистая оболочка губ и полости рта бледно-розовая, без кровоизлияний и наложений. Язык в полости рта за линией смыкания зубов, не ущемлен. На верхней челюсти справа 1-3 зубы целы, слева 1-3,6 зубы целы; на нижней челюсти справа 1-5 зубы целы, слева 1-5,7 зубы целы, остальные зубы отсутствуют. Лунки отсутствующих зубов сглажены, заращены. Шея сформирована пропорционально туловищу. Грудная клетка симметричная, цилиндрической формы без деформации. Передняя брюшная стенка на уровне рёберных дуг. Оволосение на лобке по мужскому типу. Наружные половые органы сформированы правильно. Язв и рубцов на их кожном покрове нет. Яички в мошонке. Выделений из наружного отверстия мочеиспускательного канала при надавливании нет. Заднепроходное отверстие сомкнуто. Кожный покров промежности, области наружных половых органов и заднепроходного отверстия чистый, не повреждён. Кости скелета на ощупь целые, без деформаций.

ПОВРЕЖДЕНИЯ: На расстоянии 126 см от подошвенной поверхности стоп, на левой боковой поверхности грудной клетки, между среднеключичной и среднеподмышечной линиям, в проекции 4-5 ребер слева, дефект кожного покрова овальной формы, размерами 2,0х2,5 см, длинником ориентированный на 11 и 5 часов условного циферблата, края дефекта относительно ровные, осаднены на 0,3 см по периферии, больше по нижнему краю. По краям дефекта отмечаются два радиальных разрыва, ориентированные на 11 и 5 один, и на 2 и 8 часов условного циферблата другой, длиной 3,5 и 4 см, с мелкозубчатыми краями, М-образными дистальными концами. В окружности раны, с распространением на переднюю поверхность живота, на участке 75х50 см, отмечается наложение красновато-коричневатой жидкости в виде мазков и отпечатков.

На левой боковой поверхности грудной клетки, по подмышечной линии, в проекции 4-5 ребер, на 2 см кзади от правого края вышеописанного дефекта, на участке 4,5х4 см, отмечаются 4 точечные ранки, длиной при сведенных концах 0,2 см каждая, с мелкозубчатыми краями, М-образными концами.

Каких-либо других повреждений при наружном исследовании трупа не обнаружено.

ВНУТРЕННЕЕ ИССЛЕДОВАНИЕ: Полость черепа: Вскрыты и отсепарованы мягкие ткани волосистой части головы, на ощупь плотно-эластичные, с внутренней поверхности красно-розовые, влажные, блестящие, без кровоизлияний. Височные мышцы на разрезах красно-коричневые, без кровоизлияний. Швы черепа заращены. Толщина костей на распиле: лобной 1,2см, височных 0,5см, затылочной – 0,8см. Твёрдая мозговая оболочка серо-голубая, повреждена при распиле. Твёрдая мозговая оболочка на всех участках плотно сращена с костями свода и основания черепа, удаляется с трудом. Кости свода и основания черепа исследованы после полного удаления твёрдой мозговой оболочки и просушивания – переломов нет. Мягкая мозговая оболочка гладкая, блестящая, полупрозрачная, с сетью расширенных кровеносных сосудов, умеренно отёчная во всех долях. Кровоизлияний над и под оболочками нет. Масса головного мозга 1240гр. Полушария симметричные. Ткань головного мозга на ощупь мягко-эластичная. Борозды и извилины сглажены и уплощены. Сосуды основания головного мозга симметричные, спавшиеся, с полупрозрачными стенками, с незначительным количеством атеросклеротических бляшек, размерами от 0,1х0,1х0,1см до 0,2х0,3х0,1см, суживающих просвет сосудов на 2/3. Желудочки мозга не расширены, содержат следы розоватой полупрозрачной жидкости. Стенки желудочков гладкие, блестящие, без кровоизлияний. Сосудистые сплетения боковых желудочков красновато-синюшного цвета, не отёчные. Ткань мозга на разрезах с чёткой границей между белым, серым веществом, подкорковыми ядрами и стволовой частью мозга. С поверхности разрезов выступает небольшое количество красных точек и полос, легко снимаемых обухом ножа (кровь из перерезанных сосудов). Мозжечок на разрезах древовидного строения. На базальной поверхности мозжечка полоса вдавления от большого затылочного отверстия. Подкорковые ядра симметричные. Ткань Варолиева моста и продолговатого мозга на разрезах обычного строения серо-белая, без кровоизлияний. Кровоизлияний, кист и очагов размягчений в веществе больших полушарий, стволе, мозжечке не обнаружено. Придаточные пазухи костей черепа не вскрывались из-за отсутствия показаний.

ГРУДНАЯ И БРЮШНАЯ ПОЛОСТИ: Подкожно-жировая клетчатка выражена удовлетворительно. Мягкие ткани переднебоковых поверхностей шеи и живота без кровоизлияний. Мышцы на разрезах красно-коричневого цвета, умеренного кровенаполнения. Внутренние органы брюшной полости анатомически расположены правильно. Большой сальник развит умеренно, на 2/3 прикрывает свободно лежащие петли кишечника, слегка вздутого газами. Пристеночная брюшина и серозный покров кишечника серо-жёлтый, гладкий, тусклый, без кровоизлияний. Брыжейка не изменена, без повреждений, лимфатические узлы её не увеличены. Печень не выступает из-под края рёберной дуги. В брюшной полости свободной жидкости и спаек нет. Органы грудной полости анатомически расположены правильно. Легкие выполняют плевральные полости на 1/2 слева, на 2/3 справа. В левой плевральной полости 750 мл темно-красной жидкой крови, спаек нет, в правой плевральной полости свободной жидкости и спаек нет. Пристеночная плевра бледно-серая, тусклая. Кровоизлияний в области сосудисто-нервных пучков шеи не обнаружено. Ход магистральных артерий шеи не нарушен, внутренняя их оболочка гладкая, без патологических изменений. В проекции раны № 1 обнаружен дефект мягких тканей грудной клетки неправильной овальной формы, размером 5х3,5 см, с размозженными, несколько разволокненными краями, покрытыми незначительным количеством сероватых масс, при дальнейшем исследовании обнаружены переломы 4-6 ребер слева, с образованием костных дефектов, от среднеключичной до передне-подмышечной линии, длиной от 3 до 5 см. По наружной поверхности края дефекта ребер приближаются к отвесным, по внутренней поверхности края переломов скошены, с отгибанием, следами скола и выкрашивания компактного вещества. В проекции образованного дефекта ребер по краям мягких тканей наложения черно-серого цвета. Начато послойное исследование по ходу раневого канала: в левой плевральной полости сохранены только верхняя и средняя треть верхней доли и нижняя треть нижней доли левого легкого. Края сохранившихся тканей легкого размозжены, с образованием мелких и крупных лоскутов, многочисленными разрывами, в области данного размозжения отмечаются массивные темно-вишневые кровоизлияния в легочную ткань и под висцеральную плевру. Так же отмечается наличие спаянного рыхлого темно-красного сгустка, массой 250гр, спаянного с размозженной тканью. Долевые и сегментарные бронхи левого легкого разрушены с образованием размозженных хрящевых и мягких тканей. По краям размозженной ткани отмечаются наложения в виде мелких костных отломков. При дальнейшем исследовании раневого канала, в области легкого он расходится на множество мелких, в конце некоторых из них. По ходу раневого канала в сохранившихся тканях легких обнаружен пластмассовый, серовато-розоватый инородный предмет, цилиндрической формы, диаметром 15 мм, высотой 3,5 см, серовато-розоватого цвета, от одного из концов данного предмета отходит 4 разрыва на 1,5см к середине, образуют 4 лоскута, которые отогнуты кнаружи. По ходу раневого канала, в сохранившихся мягких тканях, размозженной ткани легкого, в подкожно-жировой клетчатке в области раны на передней поверхности грудной клетке обнаружены 25 предметов, напоминающих по форме деформированные шары, серого цвета с металлическим блеском, диаметром от 0,2 см до 0,3 см. В области угла лопатки, в области 2,3 ребра по лопаточной линии обнаружены аналогичные вышеописанным инородные предметы в количестве 4. Общее количество инородных предметов 29. В окружающую кожу и в мягкие ткани в области всех вышеперечисленных переломов и по ходу раневого канала отмечаются массивные темно-вишневые кровоизлияния.

Верхняя и нижняя полые вены слабого кровенаполнения. Язык с поверхности обложен незначительным количеством коричнево-серым налетом. Слизистая оболочка его красновато-серого цвета, сосочки хорошо выражены у корня. Мышцы языка на разрезе красно-коричневого цвета, без рубцов и кровоизлияний. Миндалины не определяются. Щитовидная железа двудольчатая, размерами 5х1,5х1,5см каждая доля, мягко - эластичная на ощупь. Ткань железы на разрезе красно-коричневая, полнокровная, мелкозернистого строения. Паращитовидные железы не различимы. Рожки и тело подъязычной кости, хрящи гортани целые, окружающие их мягкие ткани без кровоизлияний. Вход в глотку и гортань свободен от инородных тел и выделений. Их слизистая оболочка гладкая, блестящая, бледно-серая, без кровоизлияний. Голосовая щель разомкнута. В просвете пищевода следы розоватой мутной слизистой жидкости. Слизистая оболочка его серовато-синюшная, продольно складчатая, без кровоизлияний и наложений. В просвете трахеи и крупных бронхов следы сероватой мутной слизи. Их слизистая оболочка умеренно отёчная, гладкая, блестящая, серовато-синюшная, без кровоизлияний. Лёгкие с поверхностей гладкие, красновато-синюшные, на ощупь тестоватые. В нижней доле левого легкого, по наружной поверхности отмечается размозжение легочной ткани, края дефекта неровные. Под легочной плеврой правого легкого небольшое количество черных наложений в виде точек и полос (антракоз), кровоизлияний под легочной плеврой нет. Ткань лёгких на разрезе красновато-синюшная, с поверхности стекает умеренное количество тёмно-красной пенистой крови. Перерезанные бронхи всех долей легких не утолщены, над поверхностями разрезов не выстоят, при надавливании каких-либо выделений из них нет. Масса правого легкого 360гр, левого – 120гр. Аорта с внутренней поверхности серовато-жёлтая с умеренным количеством плотных атеросклеротических бляшек белесовато-серого цвета, неправильной овальной формы, размерами от 0,1х0,3х0,1см до 0,3х0,5х0,1см, режущихся с хрустом (стадия кальциноза) в брюшном отделе, в просвете ее содержатся следы темно-красной жидкой крови. В полости сердечной сорочки следы розоватой полупрозрачной жидкости. Внутренняя поверхность сердечной сорочки гладкая, блестящая, без кровоизлияний. Сердце размерами 9х8х7,5см, с поверхности умеренно обложено жировой тканью, на ощупь плотно-эластичной консистенции, левый желудочек контурируется хорошо. Масса сердца 640гр. Наружная оболочка сердца гладкая, блестящая, без кровоизлияний. Полости сердца не расширены, содержат следы темно-красной жидкой крови. Толщина стенки левого желудочка 2,2см, правого желудочка 0,6см, межжелудочковой перегородки 1,9см. Внутренняя оболочка сердца гладкая, тусклая, без кровоизлияний. Створки клапанов сердца и крупных сосудов тонкие, эластичные, поверхность их гладкая. Хордальные нити тонкие, не укорочены. Сосочковые мышцы не утолщены, конической формы. Длина окружности устья аорты над клапанами 7см, легочного ствола 7,5см. Устья венечных артерий зияют. Венечные артерии сердца с утолщенными стенками, просвет их с трудом проходим на всем протяжении. Внутренняя оболочка артерий серого цвета с умеренным количеством белесовато-серых плотных округлых атеросклеротических бляшек, размерами от 0,1х0,2х0,1см до 0,2х0,3х0,1см, суживающих просвет сосудов на 1/2, режущихся с хрустом (стадия кальциноза). Мышца сердца на разрезе красновато-коричневая, неравномерного кровенаполнения в виде более темных и более светлых участков в области передней стенки левого желудочка, со значительным количеством белесоватых участков в области перегородки, в виде пятен и полос. Кровоизлияний в области солнечного сплетения не обнаружено. Селезёнка эластичная на ощупь, серовато-синюшная, капсула морщинистая, размерами 6,5х4,5х1,5см, массой 80гр. Ткань органа на разрезе синюшно-малиновая; соскоб умеренный, содержит кровь и ткань селезенки. В желчном пузыре около 8мл темно-зеленой вязкой мутной желчи. Слизистая оболочка пузыря тёмно-зелёная, бархатистая, без кровоизлияний. Стенка желчного пузыря тонкая, эластичная, не деформирована. Желчные пути свободно проходимы на всём протяжении. Ложе желчного пузыря не отёчное. Печень размерами 25х15х12,5х8,5см, массой 1320гр, плотная на ощупь, поверхность ровная, синюшно-коричневатая, местами с фиолетовым оттенком, передний край закруглён. Капсула её гладкая, блестящая, без кровоизлияний. Ткань печени на разрезе красновато-коричневатая, полнокровная, рисунок строения сохранён. С поверхностей разрезов стекает большое количество тёмно-красной крови и умеренное количество желчи. Желудок обычной формы, в его полости около 150мл красновато-сероватого мутного кашицеобразного содержимого с кусочками непереваренной пищи растительного и животного происхождения (изюм, сало, оливки). Слизистая оболочка желудка умеренно складчатая, бледно-серая, без кровоизлияний. В просвете двенадцатиперстной кишки незначительное количество серо-коричневого вязкого содержимого. Фатеров сосок не контурируется, желчь из него выделяется при умеренном надавливании на желчный пузырь. Поджелудочная железа в виде плотно-эластичного тяжа, размерами 14х3х2х1см. Ткань на разрезе серовато-желтого цвета, дольчатого строения, полнокровная, без кровоизлияний. Надпочечники листовидной формы, размерами правый – 3,5х2,5х0,5, левый – 3,5х3,0х0,5см, на разрезе ткань с четко выраженной границей между желтоватым корковым и коричневатым мозговым веществами. Почки бобовидной формы с поверхности гладкие, серовато-синюшные, на ощупь плотно-эластичные, размерами по 6,5х5х3см, массой по 220гр. Капсула с почек снимается легко, без потери вещества, обнажая мелкозернистую поверхность. Ткань почек на разрезах красновато-коричневатая, граница между корковым и мозговым веществом хорошо выражена, полнокровная. Слизистая лоханок серо-синюшная, гладкая, блестящая, без кровоизлияний. Мочеточники свободно проходимы, слизистая их серого цвета, гладкая, блестящая, без кровоизлияний. В мочевом пузыре около 120мл желтоватой полупрозрачной мочи, без конкрементов. Слизистая оболочка мочевого пузыря серо-розовая, складчатая, без кровоизлияний. Предстательная железа овальной формы, умеренно плотная на ощупь, размерами 3,5х3х3см. Ткань на разрезе серо-коричневая, однородная. В просвете тонкой кишки умеренное количество жёлто-коричневых однородных вязких масс. В просвете толстой кишки коричневые полуоформленные каловые массы в умеренном количестве. Слизистая оболочка всех отделов кишечника серого цвета с зелёным оттенком, умеренно складчатая, без кровоизлияний, рубцов и дефектов. Позвоночный канал не вскрывался ввиду отсутствия данных о повреждениях и заболеваниях спинного мозга и позвоночника.

В окружающую кожу и в мягкие ткани в области всех вышеперечисленных переломов отмечаются массивные темно-вишневые кровоизлияния.

ПРИМЕЧАНИЕ: На судебно-химическое исследование направлены кровь и моча для определения наличия и количественного содержания алкоголя.

В архив судебно-гистологического отделения направлены кусочки внутренних органов.

Кровь направлена на судебно-биологическое исследование для определения групповых свойств.

Кровь, моча, желчь, почка, печень с желчным пузырем и желудок с содержимым направлены на судебно-химическое исследование для определения наличия лекарственных веществ.

На медико-криминалистическое исследование направлен кожный лоскут с раной с левой боковой поверхности грудной клетки для определения дистанции выстрела и следов металлизации.

ДАННЫЕ ЛАБОРАТОРНЫХ МЕТОДОВ ИССЛЕДОВАНИЯ:

1. При судебно-химическом исследовании (служебная записка от 21.02.12г., эксперт-химик) обнаружен этиловый спирт в концентрации: в крови – 1,1 промилле, в моче – 1,3 промилле.

2. При судебно-химическом исследовании (акт от 02.03.12г., эксперт-химик). Заключение: обнаружен фенобарбитал в стенке желудка, в печени, в моче. Каких-либо других наркотических средств, лекарственных препаратов не обнаружено. О концентрации фенобарбитала высказаться не представляется возможным из-за временного отсутствия спекторофотометра.

3. Акт медико-криминалистического исследования от 13.03.2012г. Заключение: на препарате кожи с левой боковой поверхности груди входная огнестрельная рана, возникшая от выстрела компактно действующим свинецсодержащим снарядом с близкой дистанции.

Вопросы:

1.Причина смерти, время наступления смерти?

2. Степень тяжести вреда причиненного здоровью человека?

3. Механизм травмы?

4. Есть ли признаки волочения трупа, если да то какие именно, их характер, локализация, прижизненность, направление?

5. Принимал ли потерпевший незадолго до смерти алкоголь (лекарственные препараты), если да, то в какое время до наступления смерти и какой степени алкогольного опьянения (лекарственного отравления) соответствует найденное в крови количество алкоголя (лекарственных препаратов)?

Задача № 5. (УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-5, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10)

ОБСТОЯТЕЛЬСТВА ДЕЛА: В постановлении указано, что «16.02.2012г. около 12 часов 30 минут на территории Мега Центра по адресу: г. К……, пр. Мира, 00, строение 00 в автомобиле был обнаружен труп гр. В., 1973г.р. с огнестрельным ранением». Других сведений в постановлении нет.

Представлена «Карта осмотра трупа (приложение к протоколу осмотра трупа на месте его обнаружения)» от 16.02.2012г., согласно которой: Время начала и окончания осмотра с 16:30 мин. до 17-30мин. Местонахождение трупа – в салоне а/м. Трупные явления: трупное окоченение намечается в жевательных мышцах нижней челюсти; быстро появляется плотный тяж высотой 1,5см; трупные пятна на передней поверхности синюшно-фиолетовые, восстанавливаются через 20 секунд, трупные пятна исчезают. Других сведений в «Карте осмотра трупа» нет.

НАРУЖНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ. На трупе следующая одежда: нательное белье коричневого цвета. Трусы красные, носки черные. По снятию одежды на секционном столе труп мужского пола, правильного телосложения, удовлетворительного питания, длиной те­ла около 170см, массой тела 78 кг, кожные покровы бледные, хо­лодные на ощупь. Трупные пятна насыщенные, островчатого характера, фиолетово-багрового цвета с темно-вишневыми пятнами, расположены на задней поверхности тела и конечностей, при надавливании пальцем не исчеза­ют и цвета не меняют. Трупное окоченение выражено во всех группах обычно исследуемых мышц. Голова обычной формы, волосы на голове темно-русые, длиной до 5 см. На ощупь патологической подвижности костей черепа не отмечается. Глаза закрыты, веки отечные, роговицы прозрачные, зрачки равномерные, по 0,4 см., в склеру глаз отмечаются мелкоточечные, темно-вишневого цвета кровоизлияния. Кости и хрящи носа на ощупь целы. Рот закрыт, слизистая губ си­нюшная, язык за линией зубов в полости рта. Носовые ходы свободны. Наружные слуховые проходы свободны. Шея без патологической подвижности. Грудная клетка цилиндрической формы, эластичная. Живот расположен на уровне грудной клетки. Наружные половые органы раз­виты правильно по мужскому типу. Задний проход сомкнут, кожа промежности чис­тая. Верхние и нижние конечности на ощупь целы.

ПОВРЕЖДЕНИЯ: На расстоянии 107см от уровня подошв по задне- подмышечной линии справа у края реберной дуги рана №1 представленная дефектом мягких тканей овальной формы, размером 1,2х0,8см, с косо вертикальным длинником, с пояском осаднения на ширину до 0,4см, от передне-нижнего края раны поясок осаднения имеет треугольную форму, размером 1,2х1,2х1,1см, из раны отмечается истечение жидкой крови.

По среднеключичной линии слева в 4-м межреберье на расстоянии 128см от уровня подошв обнаружен сочный вишневого цвета округлой формы диаметром до 7,5см кровоподтек (повреждение №2), в центре кровоподтека на 1,8см выше соска отмечается округлой формы диаметром до 0,7см ссадина с подсохшим запавшим дном, красно-коричневого цвета, на уровне данной ссадины в толще мягких тканей пальпируется инородный предмет.

На передненаружной поверхности левого плеча на расстоянии 121см от уровня подошв обнаружена рана №3 в виде овальной формы дефекта мягких тканей, размером 0,8х0,9см. с четко выраженным пояском осаднения, на ширину до 0,3см, вокруг на участке 2,2х2,0см отмечается сочный вишневого цвета кровоподтек.

На этом же уровне (на 1см выше) на задненаружной поверхности левого плеча обнаружена звездчатой формы с образованием 3-х лучей рана №4 размерами 0,8х0,3х0,2см, из раны отмечается истечение жидкой крови. При ревизии мягких тканей выше описанные раны сообщены раневой каналом с направлением спереди назад и несколько снизу вверх с повреждением по ходу подлежащих мягких тканей с сочными вишневого цвета кровоизлияниями в края канала.

На тыльной поверхности у основания 5-го пальца правой кисти на расстоянии 78см от уровня подошв при условии опущенной руки обнаружена рана №5, представленная овальной формой, дефектом мягких тканей, с подсохшими осадненными на ширину 0,3см краями, дефект размером 1,4х0,9см; в дне пальпируются фрагменты основной фаланги 5-го пальца.

На ладонной поверхности в области пястной фаланги 5-го пальца (малый тенар) звездчатой формы с образованием 5 лучей рана №6, с сопоставляющимися краями, размерами 0,3х0,8х0,6х0,9х0,4см.

Выше при условии опущенной руки на 1,8см на ладонной поверхности обнаружена вертикальная линейная рана №7 с сопоставляющимися подсохшими вывернутыми краями, длиной 2,4см.

Прослежен ход раневого канала образованного выше описанными ранами, который при условии опущенной руки имеет направление сзади наперед и снизу вверх.

На передней поверхности левой голени на расстоянии 23см от уровня подошв обнаружена ссадина с подсохшим дном, серо-красного цвета, полосовидной формы с вертикальным направлением длинника, размером 5,4х0,8см. с образованием элементов завихрения эпидермиса по направлению спереди назад и слева направо.

При ревизии тканей в области повреждения №2 обнаружен инородный предмет цилиндрической формы, серо-желтого цвета, диаметром до 7,6мм, длиной до 1,1см, с выраженной деформацией у одного из концов с завальцованным сердечником серого цвета с элементами обтирания у завальцованного конца ( предмет извлечен, опечатан, передан следователю).

Каких-либо других телесных повреждений при наружном исследовании трупа не обнаружено.

ВНУТРЕННЕЕ ИССЛЕДОВАНИЕ. Полость черепа: кожно-мышечный лоскут головы влажный, блестящий, полнокровный, без кро­воизлияний. Височные мышцы розово-красного цвета, влажные, блес­тящие. Череп вскрыт угловым распилом. При осмотре кости свода че­репа целы. Твердая мозговая оболочка напряжена, перламутрового вида, в синусах ее темная жидкая кровь. Мягкие мозговые оболочки утолщены, отечные, приподня­ты над веществом мозга большим количеством прозрачной жидкости. Сосуды основания мозга полнокровные, на разрезе спадаются. Рельеф мозга хорошо выражен; извилины расширены, борозды сглаже­ны. На разрезе границы серого и белого вещества прослеживаются хорошо. Ткань мозга резко полнокровная, тянется за лезвием ножа. Боковые желу­дочки щелевидной формы, содержат в себе незначительное количество розоватой жидкости. Сосудистые сплетения серо-си­нюшного цвета, сочное, зернистое. Структура строения подкоркового рисунка сохранена. Мозжечок имеет древовидное строение, на миндалинах мозжечка определяется странгуляционная борозда вклинения шириной 3 мм. По снятию твердой мозговой оболочки кости сво­да и основания черепа целы. Мозг массой 1340 гр.

ГРУДНАЯ И БРЮШНАЯ ПОЛОСТИ: Подкожно-жировая клетчатка выра­жена удовлетворительно. Скелетные мышцы розово-красного цвета, влажные, блестящие. В плевральной полости слева обнаружено до 200мл жидкой крови со сгустками, в левой до 900мл крови, в полости брюшины около 400мл крови со сгустками. Прослежен ход раневого канала, который в 9-ом межреберье по заднеподмышечной линии справа проникает в плевральную полость, далее образует повреждение правого купола диафрагмы в виде щелевидной формы раны, длиной до 6см. При ревизии брюшной полости обнаружено повреждение в области верхнего полюса правой почки с размозженными кровоподтечными краями, далее сквозное повреждение правой доли печени в виде звездчатой формы с образованием 4-х лучей размерами 4х3,2х3х3х2см с диафрагмальной поверхности и щелевидной формы длиной 8х0,2см с воротной поверхности. Далее по ходу проникает в полость сердечной сорочки, образуя сквозное ранение правого предсердия в 3см выше области верхушки (края раны размозжены, кровоподтечны). Далее по ходу канала обнаружено ранение боковой стенки сердечной сорочки, сквозное повреждение верхней доли левого легкого у переднего края, далее повреждение париетальной плевры щелевидной формы длиной до 0,9см в 4-м межреберье слева. В мягкие ткани по ходу раневого канла обнаружены сочные вишневого цвета кровоизлияния.

Органы в брюшной полости анатомически расположены пра­вильно. Петли тонкого и толстого кишечника равномерно вздуты, прикрыты большим сальником, брюшина гладкая, блестящая, перламут­рового вида; в брюшной полости определяются следы прозрачной желтова­той жидкости. Мочевой пузырь выше уровня лона. Пе­чень у края реберной дуги. Легкие выполняют плевральные полости практически полностью, в полостях справа и слева следы прозрачной желто­ватой серозной жидкости, в плевральных полостях спаек не отмеча­ется. Органы извлечены единым комплексом по методу Шору. Язык обложен серо-коричневым налетом, сосочки у корня языка выражены. Миндалины размером 2х2х1 см, серо-красного цвета, сочные. Во входе в гортань и далее в просвете трахеи, крупных и средних бронхов содержимого нет. Подъязычная кость и хрящи гортани целы. Доли щитовидной железы размером 4,5х2,5х1 см, ткань её на разрезе серо-красного цве­та, мелкозернистая. В просвете пищевода следы сероватой слизи, сли­зистая синюшного цвета, продольная складчатость сохранена. Слизистая гортани, трахеи и крупных бронхов блед­но-розовая, влажная, гладкая, без очаговых изменений. В просвете трахеи и крупных бронхов большое количество жидкой крови. Легкие с поверхности гладкие, синюшно-розовые, на ощупь имеют воздушную консистенцию, в нижнезадних отделах более плотной консистенции. Масса левого легкого 570 гр., правого - 630 гр. На разрезе ткань легких равномерного серо-вишневого цвета, сосудистый и бронхиальный рису­нок выражен. При надавливании с поверхности разреза стекает в большом количестве темная пенистая жидкость. В просвете аорты темная жидкая кровь, внутренняя стенка ее бледно-желтого цвета, гладкая. В сердечной сорочке до 10 мл прозрачной желтой жидкости. Сердце треугольной формы, верхушка острая, мягко-эластичное на ощупь, размерами 10х9х6см. В полостях сердца справа и слева темная жидкая кровь. Сердце массой 390 гр. Клапаны сердца и крупных сосудов слегка утолщены по краям, не фиброзированы. Длина окружности аортального клапана 7,5 см, двустворчатого клапана – 8,5 см, трехстворчатого – 9,5 см. Мышца сердца на разрезе неравномерного красно-коричневого цвета, с диффузными участками неравномерного кровенаполнения. Толщина стенки левого желудочка 1,4 см, правого - 0,3 см, межжелудочковой перего­родки - 1,0 см. Коронарные артерии на разрезе спадаются, просвет их не сужен. Надпочечники листовидной формы, размерами 3,5х2х0,3 см, с четкой границей коричневого коркового и желтого мозгового слоев. Околопочечная клетчатка выражена удовлетворительно. Почки парные, бобовидной формы, размерами 11х7х4,5 см, массой по 140 гр., фиброзная капсула сни­мается легко, обнажая гладкую поверхность, на разрезе ткань полнокровная, границы коркового и мозгового слоев прослежи­ваются хорошо, они темно-синюшного цвета. Лоханки свободны, мочеточники проходимы. В мочевом пузыре мочи нет, слизистая серого цвета, складчатость выражена. Печень размером 26х16х12х8 см, массой 1700 гр., плотно-эластическая на ощупь, с поверх­ности светло-коричневого цвета, капсула гладкая, на разрезе ткань пол­нокровная, красно-коричневого цвета. Желчный пузырь грушевидной формы, содержит около 40 мл зелено-коричневого цвета желчи, ложе желчного пузыря отечно. Общий желчный проток проходим. Селезенка размером 12х7х3 см, массой 140 гр., капсула гладкая, серого цвета, на разрезе пульпа темно-вишневого цвета, с тяжами фиброзной тка­ни; пульпа соскоба не дает. Поджелудочная железа в виде дряблого тяжа, размером 15х4х2 см, с поверхности се­ро-желтого цвета; на разрезе серо-желтого цвета с тяжами фиброз­ной ткани вокруг долек. В просвете желудка около 20 мл слизи с неразличимыми пищевыми фрагментами, слизистая оболоч­ка серого цвета, складчатость слабо выражена. В просвете тонкого кишечника скудные желто-коричневые каловые массы, слизистая оболочка бледно-розовая, складчатая. В толстом кишечнике на всем протяжении типичное содержимое. На всем протяжении слизистая оболочка кишечника бледно-серого цвета, складчатая.

Кости позвоночника, грудной клетки и таза целы.

Кровь и почка направлены на судебно-химическое исследование для определения наличия этанола.

Кусочки головного мозга, печени, легких, почек, сердца, надпочечника, поджелудочной железы направлены в архив судебно-гистологического отделения.

На МКИ направлены кожный лоскут с ранами №1, №3 и №5 для определения характера морфологии, металлизации, дистанции.

Кровь направлена на судебно-биологическое исследование на определение антигенной характеристики.

ДАННЫЕ ЛАБОРАТОРНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ.

1. При судебно-химическом исследовании (служебная записка от 24.02.2012г., эксперт-химик): в крови и почке этиловый спирт не обнаружен.

2. При биологическом исследовании (акт от 02.03.2012г.) 1. Рана №1 на препарате кожи входная огнестрельная, причиненная компактно действующим огнестрельным снарядом, в состав которого входил свинец. Дополнительно факторов выстрела (признаков близкой дистанции) не обнаружено. Наличие в повреждении инородных включений предполагает причинение ранения через преграду. 2. Рана №3 на препарате кожи входная огнестрельная, причиненная компактно действующим огнестрельным снарядом, в состав которого входили медь и свинец. Дополнительных факторов выстрела (признаков близкой дистанции) не обнаружено. Наличие в повреждении инородных включений предполагает причинение ранения через преграду. 3. Рана №5 на препарате кожи входная огнестрельная, причиненная компактно действующим огнестрельным снарядом. Дополнительно факторов выстрела (признаков близкой дистанции) не обнаружено. Наличие в повреждении инородных включений предполагает причинение ранения через преграду.

Вопросы:

1. Причина смерти?

2. Степень тяжести вреда причиненного здоровью человека?

3. Механизм травмы?

4. Последовательность причинения повреждений?

5. Принимал ли потерпевший незадолго до смерти алкоголь?

Эталон №1

1. При судебно-медицинской экспертизе трупа обнаружены телесные повреждения в виде: а) огнестрельное проникающее торакоабдоминальное ранение, раневой канал проходит через мышцы 7-го межреберья по передне-подмышечной линии, правую половину диафрагмы, правую долю печени, правый надпочечник, верхний полюс правой почки, заканчиваясь у тела 12 грудного позвонка, правосторонний гемоторакс 500 мл, кровоизлияния в ткани и органы с их разрушением по ходу раневого канала; б) непроникающее ранение левого верхнего отдела грудной клетки; г) кровоподтеки и ссадины верхних конечностей и лица.
2. Обнаруженное при настоящей экспертизе, огнестрельное проникающее торакоабдоминальное ранение причинило вред, опасный для жизни человека и согласно пункту 4.а Правил определения степени тяжести вреда, причиненного здоровью человека (Постановление Правительства РФ от 17 августа 2007 г. N 522) и пункта 6.1. приказа МЗиСР РФ 194н от 24.04.2008.г., квалифицируется, как обусловившая тяжкий вред здоровью. Огнестрельное проникающее торакоабдоминальное ранение имеет прямую причинную связь со смертью.
3. Смерть наступила в результате огнестрельного проникающего торакоабдоминального ранения с прохождением раневого канала проходит через мышцы 7-го межреберья по передне-подмышечной линии, правую половину диафрагмы, правую долю печени, правый надпочечник, верхний полюс правой почки, заканчиваясь у тела 12 грудного позвонка, правосторонним гемотораксом 500 мл, с кровоизлияниями в ткани и органы с их разрушением по ходу раневого канала Вывод подтверждается клинико-морфологической картиной, найденной на операции и во время экспертизы трупа, а так же обнаружением по время операции пули.
4. Учитывая протокол операции, обнаруженные повреждения внутренних органов и наличие пули в конце раневого канала можно говорить, что торакоабдоминальная травма возникла от действия компактного огнестрельного снаряда (пули по клиническим данным) с направлением раневого канала справа налево, сверху вниз и спереди назад через 7 межреберье по средне-подмышечной линии. Учитывая протокол операции, повреждение мягких тканей и обнаружение в конце раневогог канала инородного металлического предмета можно говорить, что непроникающее ранение левого верхнего отдела грудной клетки возникло от воздействия указанного металлического предмета с направлением раневого канала слева направо и спереди назад.
5. Указать дистанцию выстрела не представляется возможным из-за хирургической обработки входных ран.

Эталон №2

1. При судебно-медицинской экспертизе трупа обнаружены телесные повреждения в виде: проникающее одиночное огнестрельное пулевое ранение головы с переломом костей свода и основания черепа и диффузной травмой головного мозга. Все повреждения являются прижизненными, морфологические изменения в поврежденных органах и тканях позволяют говорить, что их давность не менее 3-х, но не более 14 суток к моменту смерти, возникновение их возможно, в том числе и 03.07.09 г.
2. Обнаруженное при настоящей экспертизе, проникающее одиночное огнестрельное пулевое ранение головы с переломом костей основания черепа и диффузной травмой головного мозга причинило вред, опасный для жизни человека и согласно пункту 4.а Правил определения степени тяжести вреда, причиненного здоровью человека (Постановление Правительства РФ от 17 августа 2007 г. N 522) и пункта 6.1. приказа МЗиСР РФ 194н от 24.04.2008.г., квалифицируется, как обусловившая тяжкий вред здоровью и имеет прямую причинную связь со смертью.
3. Смерть наступила в 7.45 16.07.09 г. в результате проникающего одиночного огнестрельного пулевого ранения головы с переломом костей свода и основания черепа и диффузной травмой головного мозга. Вывод подтверждается клинико-морфологической картиной: удаление острой внутримозговой гематомы и инородного тела (пуля) во время операции и обнаружение раневого канала в костях черепа и веществе головного мозга при экспертизе трупа.
4. Повреждения головы возникли от одиночного воздействия компактного огнестрельного снаряда (пули) с направлением раневого канала справа налево и несколько снизу вверх с входным отверстием справа в центре височной ямки чешуи височной кости, с прохождением канала через крышу орбиты, петушиный гребень и лобные доли головного мозга.
5. Ранение головы сопровождалось наружным кровотечением, которое могло быть обильным, но не имело фонтанирующего характера.

Эталон №3

1. Смерть его наступила в результате одиночного, огнестрельного, сквозного пулевого ранения головы с повреждением костей свода черепа, вещества головного мозга, твердой и мягкой мозговых оболочек и одиночного слепого огнестрельного пулевого ранения правой половины грудной клетки с повреждением верхней доли правого легкого с массивным кровоизлиянием в правую плевральную полость (2200мл). Согласно стадии выраженности трупных явлений зарегистрированных в карте осмотра трупа (приложение к протоколу осмотра трупа на месте его обнаружения) от 13.01.2012г. «температура ректальная +32°С на время 20:35 минут и +31,1°С на время 21:30 минут; трупное окоченение отсутствует во всех группах мышц; образование идиомускулярной опухоли – быстро появляется плотный тяж высотой 1,1-1,5см; трупные пятна багрово-синюшные, насыщенные, разлитые, при надавливании исчезают и восстанавливают свой цвет через 11 секунд», можно предположить, что смерть его наступила за 2-4 часа до момента осмотра трупа на месте его обнаружения.

2. При судебно-медицинской экспертизе трупа обнаружены повреждения в виде:

- одиночного огнестрельного, сквозного пулевого ранения головы: входная рана №1 располагается в лобной области справа на 6,2см правее средней линии по верхнему краю наружного конца правой надбровной дуги, на 162см выше уровня подошвенной поверхности стоп, с признаком «минус ткань», размером 0,9х1,1см, выходной раны №2 в теменно-височной области слева, на 159,5см выше уровня подошвенной поверхности стоп и на 11,7см левее средней линии, без признака «минус ткань» с направлением раневого канала спереди назад, справа налево и несколько сверху вниз, с повреждением по ходу костей свода черепа, оболочек и вещества головного мозга.

- одиночного огнестрельного, слепого пулевого ранения с локализацией входной раны на задней поверхности грудной клетки справа по околопозвоночной линии в 4-м межреберье, на 136см выше уровня подошвенной поверхности стоп с признаком «минус ткань», размером 1,0х0,8см с направлением раневого канала сзади наперед слева направо и несколько снизу вверх, с повреждением по ходу тела 4-го грудного позвонка, плевры, верхней доли правого легкого, с наличием в 3-м межреберье по средне- ключичной линии инородного предмета (металлический предмет желтого цвета, размером 1,2х0,9см верхний конец которого закруглен, задний отвесный, на уровне заднего конца, диаметр которого 0,9см определяется в виде венчика металл желтого цвета, шириной 0,1см, располагающийся вокруг металла темно-серого цвета, диаметр которого 0,8см).

3. Данные повреждения являются прижизненными, что подтверждается наличием кровоизлияний в мягкие ткани по ходу раневых каналов, возникли от 2-х воздействий компактно-действующих пулевых огнестрельных снарядов. Обнаруженные повреждения в виде одиночного сквозного огнестрельного пулевого ранения головы и слепого ранения правой половины грудной клетки находятся в прямой причинно-следственной связи с наступлением смерти и соответственно пунктам № 6.1.3., 6.1.9. согласно приказу МЗиСР РФ 194н от 24.04.2008г. отнесены к критериям вреда, опасного для жизни человека, и согласно правилам «Определения тяжести вреда, причиненного здоровью человека» (постановление правительства РФ № 522 от 17.08.2007г.) квалифицируются как ТЯЖКИЙ вред здоровью.

4. После причинения обнаруженных при экспертизе повреждений смерть его наступила в течение времени измеряемого единицами минут. После причинения повреждений сопровождавшихся травмой вещества головного мозга совершение целенаправленных действий исключается.

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

Эталон №4

1. Смерть его наступила от слепого огнестрельного дробового ранения грудной клетки, сопровождавшегося повреждением мягких тканей, ребер, левого легкого, что подтверждается результатами секционного исследования и данными дополнительных методов исследования. Смерть гр. В. наступила за 4-6 часов к моменту осмотра.

2. Обнаруженное при настоящей экспертизе огнестрельное дробовое ранение грудной клетки, согласно приказу МЗиСР 194н от 24.04.2008г., пункт 6.1.9. отнесено к критериям, характеризующим квалифицирующий признак вреда опасного для жизни человека. По указанному признаку, согласно правилам «Определения тяжести вреда, причиненного здоровью человека» (постановление правительства РФ №522 от 17.08.2007г.) данное повреждение квалифицируется как ТЯЖКИЙ вред здоровью.

3. Данное огнестрельное дробовое ранение грудной клетки образовано в результате одного выстрела компактно действующим свинец содержащим дробовым снарядом с близкой дистанции выстрела. С направлением раневого канала снизу вверх, спереди назад, справа налево. Данное повреждение состоит в прямой причинно-следственной связи со смертью. Возникло незадолго до наступления смерти. Данное повреждение сопровождалось наружным кровотечением без фонтанирования. Данное повреждение образовано в результате воздействия силы, достаточной для его образования. После возникновения повреждения смерть его наступила в короткий промежуток времени исчисляющийся минутами.

4. При судебно-медицинской экспертизе трупа внешних признаков волочения тела обнаружено небыло.

5. При судебно-химическом исследовании обнаружен этиловый спирт: в крови-1,1 промилле и в моче-1,3 промилле, что по аналогии с живыми лицами соответствует легкой степени алкогольного опьянения в стадии выведения.

Эталон №5

1. Смерть его наступила в результате одиночного, сквозного пулевого ранения брюшной стенки и грудной клетки с повреждением правой почки, правой доли печени и купола диафрагмы, правого предсердия, верхней доли левого легкого, осложнившегося кровоизлияниями в полости, острым малокровием внутренних органов, что подтверждается макро и микроскопическим признаками, обнаруженными при вскрытии трупа, результатами дополнительных методов исследования: наличием входной раны (рана№1) на задней поверхности грудной клетки справа на расстоянии 107см от уровня подошв по задне- подмышечной линии и инородного предмета (оболочечной пули) в дне раневого канала в мягких тканях передней поверхности грудной клетки слева по среднеключичной линии слева в 4-м межреберье на расстоянии 128см от уровня подошв с направлением раневого канала сзади наперед, справа налево и снизу вверх.

2. Данное повреждение является прижизненным, что подтверждается наличием кровоизлияний в мягких тканях в области расположения ран и по ходу раневого канала, возникло незадолго до наступления смерти, от 1-го воздействия компактно-действующего огнестрельного пулевого снаряда в состав которого входил металл – свинец (акт исследования биологического материала № 123), находится в прямой причинно-следственной связи с наступлением смерти и согласно приказу МЗиСР РФ 194н от 24.04.2008г. отнесено к критериям вреда, опасного для жизни человека, что по указанному признаку, согласно правилам «Определения тяжести вреда, причиненного здоровью человека» раздел 6.1.10, 6.1.16 (постановление правительства РФ № 522 от 17.08.2007г.) квалифицируется как ТЯЖКИЙ вред здоровью.

Также при экспертизе обнаружены следующие телесные повреждения:

- Сквозное пулевое ранение левого плеча с локализацией входной раны (рана№3) на передненаружной поверхности левого плеча на расстоянии 121см от уровня подошв в виде овальной формы дефекта мягких тканей, размером 0,8х0,9см, выходной раны на 1см выше на задненаружной поверхности левого плеча с направлением раневого канала спереди назад и несколько снизу вверх. Данное повреждение по аналогии с живыми лицами обычно вызывает временное нарушение функции органов и систем (временную нетрудоспособность) продолжительностью до 21 дня (включительно), и согласно приказу МЗиСР 194н от 24.04.2008г., пункты 8.1. отнесено к критериям, характеризующим квалифицирующий признак кратковременного расстройства здоровью. По указанному признаку, согласно правилам «Определения тяжести вреда, причиненного здоровью человека» (постановление правительства РФ №522 от 17.08.2007г.) квалифицируются как ЛЕГКИЙ вред здоровью.

- Сквозное пулевое ранение правой кисти с оскольчатым переломом основной фаланги 5-го пальца с локализацией входной раны (рана№5) на тыльной поверхности у основания 5-го пальца правой кисти на расстоянии 78см от уровня подошв при условии опущенной руки в виде дефекта мягких тканей размером 1,4х0,9см, выходной раны на ладонной поверхности в области пястной фаланги 5-го пальца (малый тенар) с направлением раневого канала сзади наперед и снизу вверх. Данное повреждение вызывает временное нарушение функции органов и систем (временную нетрудоспособность) продолжительностью более 21 дня, и согласно приказу МЗиСР 194н от 24.04.2008г., пункты 7.1. отнесено к критериям, характеризующим квалифицирующий признак длительного расстройства здоровью. По указанному признаку, согласно правилам «Определения тяжести вреда, причиненного здоровью человека» (постановление правительства РФ №522 от 17.08.2007г.) повреждение квалифицируется как вред здоровью СРЕДНЕЙ тяжести.

3. Все огнестрельные ранения причинены в результате 3-х воздействий компактно- действующих снарядов, при этом ранение правой кисти причинено через стеклянную преграду, о чем свидетельствуют обнаруженные фрагменты стекла в стенках раны. Дополнительных факторов выстрела (признаков близкой дистанции) не обнаружено. При определении металлизации в ране №1 обнаружен металл- свинец, в ране №3- медь и свинец, ране №5 следов металлов не обнаружено.

Обнаруженная ссадина с локализацией на передней поверхности левой голени на расстоянии 23см от уровня подошв с вертикальным направлением длинника, размером 5,4х0,8см. с образованием элементов завихрения эпидермиса по направлению спереди назад и слева направо возникла незадолго до наступления смерти от воздействия твердого тупого предмета (предметов) с ограниченной контактирующей поверхностью, в какой-либо связи с наступлением смерти не состоит и согласно пункту 9 раздела №2 приказа МЗиСР РФ 194н от 24.04.2008г. расценивается как повреждение, не причинившее вред здоровью человека.

4. Установить последовательность причинения повреждений не представляется возможным.

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

**6. Перечень практических умений по изучаемой теме.**

(УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-5, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10)

- провести осмотр трупа на месте происшествия (обнаружения), классифицировать смерть, установить давность наступления смерти;

- установить причину смерти;

- провести судебно-медицинское исследование трупа при различных видах насильственной смерти;

- организовать судебно-медицинскую экспертизу вещественных доказательств (изъять, упаковать и направить объекты судебно-медицинской экспертизы на лабораторные исследования);

**7. Рекомендации по выполнению НИР**

Примерная тематика по НИР по теме - не предусмотрена.

**8. Рекомендованная литература по теме занятия (обязательная, дополнительная, электронные ресурсы, включая законодательные и нормативно-правовые документы)**

**Занятие № 23**

**1. Индекс: ОД.О.01.1.4.25** **Тема: «Судебно-медицинская экспертиза при падении с высоты».**

**2. Форма организации занятия:** подготовка к практическому занятию.

**3. Перечень вопросов для самоподготовки по теме практического занятия**

1. Каковы особенности механизмов повреждений при падении человека на плоскость? (УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-5, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10)

ОТВЕТ: Падения на плоскость, т. е. с высоты собственного роста, могут приводить к разным по характеру повреждениям тупыми предметами. Их совокупность нередко позволяет устанавливать механизм их возникновения. Падение на плоскость происходит часто случайно и чаще всего встречается среди пожилых и пьяных людей на улице, особенно в зимнее время. Обычно в области удара от падения, а чаще при наступлении смерти — это затылочная область головы, появляется ссадина или кровоподтек, при большом ускорении тела (при толчке или ударе) — ушибленная рана. Это зависит от плотности и рельефа грунта. Наблюдаются также переломы нижних и верхних конечностей. Падение может приводить к тяжелой травме и смерти, нередко в связи с повреждением головы. Наблюдаются сотрясение и ушиб мозга, кровоизлияние под оболочки при закрытой ЧМТ, переломы костей свода черепа и   
основания. При падении на затылок — перелом затылочной кости, идущий к пирамидке височной кости. В месте удара иногда на противоположной стороне образуются кровоизлияния. Признаков сотрясения тела при таком падении не бывает, не характерно повреждение одежды. Наружные повреждения единичны и односторонни. Следует обращать внимание на особенности повреждения одежды и кожных покровов, возникновение которых не связано с падением.

2. Чем характерно падение с большой высоты? (УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-5, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10)

ОТВЕТ: Падение с большой высоты в последние годы заняло значительное место в судебно-ме-дицинской практике, так как помимо несчастных случаев из-за неосторожности и несоблюдения техники безопасности, участились умышленные падения с высоты, используемые с целью убийства и самоубийства.

Для повреждений, возникающих при падении с большой высоты, характерно несоответствие незначительных единичных наружных повреждений множественным и тяжелым внутренним, односторонняя их локализация, преобладание непрямых повреждений вдали от места приложения силы, просто выраженные признаки сотрясения тела. Однако характер и локализация повреждений имеют разные варианты в зависимости от вида падения.

3. Какие виды падения с большой высоты различают? (УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-5, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10)

ОТВЕТ: Падение может быть прямым и ступенчатым, свободным и несвободным, координированным и некоординированным.

1. Прямое падение (примерно 90% всех падений) — беспрепятственное падение тела на грунт. Оно может быть координированным, когда человек умеет и успевает, как десантник, принять наиболее физиологически выгодную позу, сгруппировать мышцы, и некоординированным, при внезапном падении.

2. Ступенчатое падение — в процессе которого тело ударяется о выступающие предметы (преграды) на пути падения.

Различают также свободное падение, когда тело падает без груза, и несвободное, когда оно падает с каким-либо предметом (рюкзак альпиниста) или внутри него (например, внутри лифта или кабины вертолета).

4. От чего зависят тяжесть и особенности повреждений оря падении с высоты? (УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-5, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10)

ОТВЕТ: Тяжесть, локализация и морфологические особенности повреждений зависят: 1) от вида падения; 2) высоты и скорости падения; 3) массы и длины тела, возраста, строения костей и суставов, особенностей одежды падавшего; 4) от плотности рельефа и податливости поверхности приземления, т. е. глубины проникновения; 5) от сопротивления воздуха (раскинув конечности или «солдатиком», степени парашютирования одежды;

6) от положения тела в момент приземления. Оно может быть вертикальным — с приземлением на стопы, колени, ягодицы или голову, и горизонтальным — с приземлением плашмя, на переднюю или заднюю, а также боковую поверхности тела.

5. Какие признаки повреждения характерны для определенного положения тела в момент приземления? (УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-5, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10)

ОТВЕТ: Основным механизмом образования повреждений при падении с высоты является удар при касании с грунтом, тем не менее различают фазы получения повреждения разной локализации:

1. Первичные прямые повреждения, которые возникают в момент удара о грунт в месте соударения.

2. Первичные непрямые, образующиеся в момент приземления, но на протяжении и вдали от точки удара.

3. Вторичные повреждения при падении тела уже после приземления.

Такой расклад позволяет определять положение тела в момент приземления. При падении на ноги первичные прямые повреждения наблюдается на подошве стоп в виде ссадин, кровоподтеков, ран, переломов костей стоп. К первичным непрямым повреждениям в этом случае относятся оскольча-тые переломы голени и нижней трети бедра, вколоченный перелом головки бедренной кости по краю вертлужной впадины таза, компрессионные переломы поясничных и нижнегрудных позвонков, кольцевидные переломы вокруг большого затылочного отверстия черепа от внедрения 1-го шейного позвонка. Кроме того, множество повреждений образуется от сотрясения тела. Вторичные повреждения приводят к различным повреждениям кожи, переломам костей конечностей, иногда закрытым переломам костей черепа.

При падении на голову, что бывает в 25% случаев, первичные прямые повреждения локализуются в теменной, затылочной, лобной или височной областях в виде кровоподтеков, ссадин, ран, оскольчатого перелома свода или лицевого черепа. Первичные непрямые повреждения включают переломы и вывихи шейного отдела позвоночника с повреждением спинного

мозга, компрессионные переломы грудных позвонков, переломы грудины, ребер и повреждения внутренних органов вследствие сотрясения тела.

Вторичные повреждения выражены слабее. Это повреждения при ударе о грунт.

Повреждения при горизонтальных падениях тяжелы, но менее специфичны и напоминают транспортную травму. Они располагаются только с одной стороны тела. При ступенчатом падении возникают повреждения кожи от скольжения, показывающие направления перемещения тела. Именно отбор всех травматических повреждений по фазам их возникновения позволяет выявить такое повреждение, которое не связано с падением и может пролить свет на расследование.

Важным является вопрос, было ли придано ускорение при падении тела. Обоснованным ответом на него могут служить результаты осмотра места происшествия и трупа на месте обнаружения. При этом отмечается расстояние от места соударения на трупе (голова, ноги, туловище) до основания линии перпендикуляра падения, например стены здания. Другой особенностью осмотра является внимательное исследование места, откуда человек выпал (комната со следами борьбы, разбитые стекла, высота и повреждение барьера балкона и т. д.).

6. Какие вопросы следует ставить перед судебно-медицинской экспертизой при подозрении на повреждения вследствие падения? (УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-5, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10)

ОТВЕТ: 1. Характерны ли выявленные на трупе повреждения для падения на плоскость?

2. Можно ли установить, произошло ли падение при дополнительном ускорении?

3. Характерны ли повреждения на трупе от падения с высоты?

4. Все ли повреждения являются результатом падения с высоты. Нет ли повреждений другого происхождения?

5. В каком положении находилось тело в момент приземления?

6. Прямым или ступенчатым было падение?

7. Можно ли определить по локализации и особенностям повреждения, было ли падение координированным?

Другие обязательные вопросы, не связанные именно с падением (причина смерти, прижиз-ненность и тяжесть повреждений и пр.).

**4. Самоконтроль по тестовым заданиям данной темы**

1. ТРАВМАТИЧЕСКОЕ ВОЗДЕЙСТВИЕ, ПРИВОДЯЩЕЕ К ОБРАЗОВАНИЮ ПЕРЕЛОМОВ ПОЗВОНОЧНИКА

1) вращение

2) бросание

3) падение

4) полет

5) удар

Правильный ответ: 5 ПК-5

1. ФОРМА ВНУТРИКОЖНОГО КРОВОИЗЛИЯНИЯ НА БЕДРЕ ПРИ ВОЗДЕЙСТВИИ ТВЕРДОГО ТУПОГО ПРЕДМЕТА С ПРЯМОУГОЛЬНОЙ УДЛИНЕННОЙ ПОВЕРХНОСТЬЮ С РЕБРАМИ

1) круглая

2) овальная

3) прямоугольная

4) квадратная

5) ромбовидная

Правильный ответ: 3 ПК-5

1. УСЛОВИЕ, ПРИ КОТОРОМ ВОЗНИКАЮТ КОНСТРУКЦИОН-НЫЕ ПЕРЕЛОМЫ ШЕЙНЫХ ПОЗВОНКОВ С КЛИНОВИДНОЙ КОМПРЕССИЕЙ В ЗАДНЕМ ОТДЕЛЕ ТЕЛА

1) при резком сгибании шейного отдела позвоночника

2) при резком разгибании шейного отдела позвоночника

3) при кручении

4) при вращении

5) при сотрясении

Правильный ответ: 2 ПК-5

1. ПОВРЕЖДЕНИЯ, ВОЗНИКАЮЩИЕ У ЭКИПАЖА И ПАССАЖИРОВ, ПРИ ПАДЕНИИ ВС НА ЗЕМЛЮ

1) химический ожог пищевода

2) колото-резаные ранения различного характера

3) множественные разрывы и отрывы внутренних органов

4) огнестрельные раны

5) следы волочения (протаскивания)

Правильный ответ: 3 ПК-5

1. ОСНОВНАЯ ЗАДАЧА МЕДИКО-КРИМИНАЛИСТИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ОБЪЕКТОВ ПРИ РАССЛЕДОВАНИИ АВИАКАТАСТРОФ

1) установление факта приема пищи экипажем

2) установление положений тел членов экипажа в момент авиакатастрофы

3) выяснение семейного положения членов экипажа

4) наличие алкогольного (наркотического) опьянения у членов экипажа

5) прижизненность повреждений

Правильный ответ: 2 ПК-5

6. СОСТАВНЫЕ КОМПОНЕНТЫ РАН

1) края, концы раны

2) наличие в ране загрязнений

3) наличие «пояска металлизации»

4) кровоподтек вне поврежденной кожи

5) направление раневого канала

Правильный ответ: 1 ПК-5

7. ФАЗА ТРАВМИРОВАНИЯ ПРИ ФРОНТАЛЬНОМ (ЦЕНТРАЛЬНОМ) СТОЛКНОВЕНИИ ГРУЗОВОГО АВТОМОБИЛЯ С ЧЕЛОВЕКОМ ЯВЛЯЮТСЯ

1) падение из автомобиля на дорожное покрытие

2) скольжение по кузову автомобиля

3) скольжение по лобовому стеклу

4) скольжение по крыше

5) соударение частей автомобиля с человеком

Правильный ответ: 5 ПК-5

1. НЕГАТИВНЫЙ ОТПЕЧАТОК РИСУНКА ПРОТЕКТОРА КОЛЕСА АВТОМОБИЛЯ НА ОДЕЖДЕ И ТЕЛЕ МОЖЕТ ВОЗНИКНУТЬ ПРИ

1) переезде тела

2) соприкосновении одежды с бампером

3) соприкосновении одежды с кузовом

4) ударе колесным диском

5) забрасывании тела на капот

Правильный ответ: 1 ПК-5

1. ПРИ ПЕРЕЕЗДЕ ОБЛАСТИ ЖИВОТА КОЛЕСОМ (А/М) ВОЗНИКАЮТ СЛЕДУЮЩИЕ ПОВРЕЖДЕНИЯ

1) перелом костей основания черепа

2) черепно-мозговая травма

3) трех- лодыжечный перелом правой голени

4) перелом ключицы

5) разрывы и надрывы брыжейки тонкого кишечника

Правильный ответ: 5 ПК-5

1. РАЗРЫВЫ СЕРДЦА И ДУГИ АОРТЫ С КРОВОИЗЛИЯНИЯМИ В КЛЕТЧАТКУ СРЕДОСТЕНИЯ СРЕДИ ЛИЦ, ПОЛУЧИВШИХ ТРАВМУ В САЛОНЕ ЛЕГКОВОГО АВТОМОБИЛЯ ПРИ ЕГО ФРОНТАЛЬНОМ СТОЛКНОВЕНИИ, ПРЕИМУЩЕСТВЕННО НАБЛЮДАЮТСЯ У

1) пассажира переднего сидения

2) водителя

3) пассажира заднего сидения справа

4) пассажира заднего сидения слева

5) пассажира, сидящего по центру

Правильный ответ: 2 ПК-5

**5. Самоконтроль по ситуационным задачам.**

Задача №1. (УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-5, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10)

ОБСТОЯТЕЛЬСТВА ДЕЛА: в направлении на судебно-медицинское исследование не указаны

Представлена история болезни на имя П., 64 лет, согласно которой она поступила с жалобами на кровотечение из уха и головную боль. Со слов врача скорой помощи во время судорог упала дома и ударилась головой. В запое несколько дней. Сама пострадавшая обстоятельств травмы не помнит. Общее состояние тяжелое. Определяется запах алкоголя изо рта. Дыхание спонтанное, проводится по всем полям, хрипов нет. ЧДД 19 в минуту, сердечные тоны ясные, ритмичные. ЧСС 100 в минуту АД 140/90 мм.рт.ст. Живот не вздут, симметричен, участвует в акте дыхания, мягкий, безболезненный. Сознание – глубокое оглушение, сопор. Дезориентирована в месте, времени, своей личности. Критика снижена. Зрачки равные, фотореакции живые. Движения глазных яблок ограничены в крайних отведениях. Левосторонний гемипарез. Сухожильные рефлексы больше справа, умерено оживлены. В позе Ромберга не устойчива. Ригидность мышц затылка до 2 мм, симптом Кернига 160 °. М-ЭХО: смещение справа налево на 2,5-3,0 мм, на фоне дополнительных сигналов. Локально: из левого уха отмечается кровотечение, симптом «двойного пятна» сомнителен. Диагноз: открытая черепно-мозговая травма? Ушиб головного мозга. Перелом основания черепа слева? 02.12.02г ЭХО-ЭС смещения срединных структур головного мозга не выявлено, дополнительные сигналы в передних отделах больше справа, где М-ЭХО выводится с трудом, и немного справа в средне задних, слева – в задних. Третий желудочек 6-7 мм, пульсация немного усилена. В протоколе рентгеновского исследования № 3726-1 от 11.12.02г справа отмечается сгущение легочного рисунка, инфильтративных, очаговых теней не выявлено. Купол диафрагмы четкий. На фоне нарастающей дыхательной и сердечно-сосудистой недостаточности 14.01.03 в 22-45 констатирована смерть больного. ПОСМЕРТНЫЙ ДИАГНОЗ: открытая черепно-мозговая травма, ушиб головного мозга тяжелой степени, линейный перелом левой височной кости с переходом на основание черепа по средней черепной ямке, отоликворея слева, ушиб мягких тканей головы. Осложнения: двусторонняя абсцедирующая пневмония, инфекционно-токсический шок, отек – набухание головного мозга.

Алкоголь – данных в истории болезни не обнаружено.

НАРУЖНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ. Труп женщины, доставлен без одежды, среднего телосложения, удовлетворительного питания, длиной тела 175 см. Кожа бледно-серая, холодная на ощупь во всех отделах, в отлогих местах тела сливные, фиолетовые, не исчезающие и не меняющие цвет при надавливании трупные пятна. Трупное окоченение достаточно выражено во всех обычно исследуемых группах мышц. Склеры глаз мутные, тусклые, суховаты, кровоизлияний в соединительные оболочки глаз не отмечается, зрачки равновелики по 0,4 см диаметром. Голова правильной формы, кости черепа и лицевого скелета на ощупь целы. Грудная клетка цилиндрическая, эластичная, упругая, ребра на ощупь целы. Живот на одном уровне с грудной клеткой. Естественные отверстия тела и полости рта и носоглотки свободны, чистые. Слизистая оболочка губ синюшная, подсохшая. Анальное отверстие сомкнуто, кожа вокруг него слегка обпачкана каловыми массами. Половые органы развиты правильно по женскому типу. Кости конечностей целы.

ПОВРЕЖДЕНИЯ. Каких-либо повреждений, кроме следов медицинских манипуляций, при наружном исследовании не обнаружено.

ВНУТРЕННЕЕ ИССЛЕДОВАНИЕ. Полость черепа: кожно-мышечный лоскут головы гладкий, влажный, блестящий, без кровоизлияний и повреждений, височные мышцы синюшные, сочные, полнокровны. Кости свода и основания черепа целы. Твердая мозговая оболочка серо-перламутрового цвета, цела, блестящая, гладкая, влажная, просвет ее синусов выполнен жидкой темной кровью в большом количестве. В правой лобной доле по передней и базальной поверхностям, на участке диаметром 10 см, диффузные субарахноидальные кровоизлияния, распространяющиеся в вещество мозга, с образованием в нем внутримозговой гематомы диаметром 4 см, выполненной ржавой кровью как жидкой, так и ржавыми и темно-вишневыми свертками. Мягкие мозговые оболочки тонкие, прозрачные со студневидным отеком и полнокровными сосудами, по ходу которых определяются рассеянные точечные кровоизлияния в небольшом количестве в толще мозговых оболочек. Сосуды Вилизиева круга с тонкими стенками, пустым просветом. Борозды мозга с обычным рисунком, на миндаликах мозжечка определяется полоса вдавления от краев большого затылочного отверстия. Головной мозг эластичный, на разрезах с четкой границей серого и белого вещества и мраморным рисунком подкорковых ядер. Поверхности разрезов тускловаты, липнут к лезвию ножа. Желудочки мозга симметричны, растянуты прозрачной жидкостью, эпендима их бледно-серая, блестящая, влажная. В крыше 4-го желудочка пятнистые множественные кровоизлияния. Сосудистые сплетения обычного вида, полнокровны. В задней атланто-затылочной мембране ржаво-красные пятнистые кровоизлияния.

ОРГАНЫ ГОЛОВЫ И ШЕИ. Язык синюшный, влажный, обложен серовато-желтым, не снимающимся налетом. Слизистые оболочки носоглотки синюшные, влажные, блестящие. Небные миндалины округлые, диаметром по 1,5 см, с бугристой поверхностью, без наложений, синюшные. В мягких тканях шеи повреждений и кровоизлияний не обнаружено. Вход и просвет гортани свободен, слизистая оболочка ее бледно-серая. Подъязычная кость и хрящи гортани целы, в мягких тканях ее повреждений не обнаружено. Просвет трахеи и главных бронхов свободен, хрящи трахеи целы. Щитовидная железа обычных размеров, с равновеликими долями, плотно-эластичная, темно-коричневая, на разрезе полнокровна, дольчатого строения. Просвет пищевода свободен, слизистая его бледно-серая, продольно складчатая.

ГРУДНАЯ ПОЛОСТЬ. В плевральных полостях следы прозрачной жидкости. Легкие выполняют 2\3 полостей, с блестящей, гладкой и влажной плеврой. Под висцеральной плеврой, особенно, в прикорневых отделах легких и по базальным поверхностям, множественные точечные кровоизлияния. Легкие синюшные в передних и темно-синюшные в задних отделах, тестоватой консистенции, на разрезах темно-красные с обычным рисунком, полнокровны. Слизистые оболочки воздухопроводящих путей светло-розовые, набухшие. Бифуркационные лимфоузлы располагаются в виде пакетов диаметром от 1 до 2 см, эластичные, не спаянные между собой и с окружающими тканями, темно-синюшные, на разрезах сочные, с обычным рисунком. В полости перикарда следы прозрачной жидкости, листки его гладкие, влажные, блестящие. Под эпикардом единичные точечные рассеянные темно-красные кровоизлияния. Сердце дрябло-эластичное, 11х9х8 см, с избыточным отложением жира под эпикардом. В полостях сердца немного жидкой темной крови с мелкими единичными темно-вишневыми свертками. Миокард розовато-синюшный, эластичный, неравномерного кровенаполнения. Толщина стенки правого желудочка 0,3 см, левого 1,2 см. Клапаны и пристеночный эндокард тонкий, полупрозрачный, клапаны сформированы правильно. Аорта эластична, со следами жидкой крови в просвете и рассеянными липидными пятнами в интиме. Коронарные артерии с тонкими стенками, пустым просветом.

БРЮШНАЯ ПОЛОСТЬ. Органы расположены анатомически правильно. В полости следы прозрачной жидкости соломенного цвета. Листки брюшины гладкие, влажные, блестящие. Желудок пустой, содержимое кишечника отделам соответствует, слизистые оболочки их бледно-серые. Мезентериальные лимфоузлы располагаются раздельно, диаметр их не более 1 см, эластичны. Печень 26х20х18х13 см, плотно-эластичная, желто-коричневая с поверхности и на разрезах, полнокровная, со смазанным рисунком долек. В желчном пузыре 15 мл жидкой темно-зеленой желчи, слизистая оболочка его темно-зеленая, бархатистая. Просвет внепеченочных желчевыводящих путей свободно проходим. Поджелудочная железа обычных размеров, плотно-эластичная, бледно-серая, на разрезах - дольчатого строения. Селезенка 6х5х4 см, синюшная, полнокровна, эластична, без соскоба. Надпочечники листовидной формы, обычных размеров, на разрезах граница слоев четкая. Почки равновелики, 11х6х5 см, дрябло-эластичные. Капсула сползает при надрезе, обнажая ровную поверхность. По краю разреза паренхима наползает на капсулу. На разрезах корковый слой - синюшный, с темно-красным крапом и подчеркнутым рисунком, мозговой слой также с подчеркнутым рисунком, граница слоев отчетливо выражена. Слизистые оболочки лоханок и чашечек бледно-синюшные, гладкие, блестящие, просвет последних свободен. Мочеточники проходимы на всем протяжении, с бледно-серой слизистой. Мочевой пузырь пуст, слизистая оболочка его складчатая, бледно-серая, уретра свободно проходима.

Из трупа для судебно-гистологического исследования взяты кусочки внутренних органов на патоморфологические изменения.

В качестве вещественного доказательства взята кровь на марле.

Вопросы:

1.Повреждения обнаруженные при исследовании?

2.Степень тяжести вреда здоровью?

3.Причина смерти?

4.Механизм травмы?

5.Состояние опьянения?

Задача №2. (УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-5, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10)

ОБСТОЯТЕЛЬСТВА ДЕЛА: в направлении на судебно-медицинское исследование указано, что «труп гр. И. был обнаружен 15.01.03г в кв. 00 по ул. Мира 00».

Представлена история болезни на имя гр. И., 1948 г.р., согласно которой она была доставлена 04.01.03г. Известно, что в течение последних 2-х месяцев злоупотребляла алкоголем. 03.01.03г вечером муж вернулся с работы, нашел дома на полу. Состояние крайне тяжелое. Кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски, влажные. В легких дыхание проводится по всем полям, хрипов нет. Тоны сердца ритмичные, ЧСС 96/мин, АД 200/100 мм.рт.ст. Температура 38,5°С. Живот мягкий, Стул, мочеиспускание не контролирует. Сознание – оглушение 3 степени, сопор. Не контактен. Зрачки правый больше левого. Реакция на свет сохранена. Асимметрия правой носогубной складки. Сухожильные рефлексы правый меньше левого. Мышечный тону снижен в правых конечностях. Симптом Кернига 170° с двух сторон. Диагноз: острое нарушение мозгового кровообращения по геморрагическому типу в бассейне левой средней мозговой артерии с правосторонней гемиплегией сенсорно-моторной афазией. Геморрагический инсульт. М-ЭХО срединные структуры головного мозга не смещены. 05.01.03г Заключение окулиста – На глазном дне левого глаза проявления кровавого отека ДЗН и прилежащей сетчатки, умеренная венозная инъекция на фоне выраженного сужения артерий клетчатки. Зрелая выраженная катаракта ОД, начальный парез взора вправо. В протоколе рентгеновского исследования № 2 от 05.01.03г легочные поля без очаговых и инфильтративных теней. Тень средостенья в норме. 14.1.03г – ЭХО-ЭГ сомнительно в виду множества дополнительных сигналов. Смещение срединных структур головного мозга справа налево в средне задних отделах 9мм. Третий желудочек 8мм. Множество дополнительных сигналов справа в средне задних отделах. Усилена пульсация. Несмотря не проводимую терапию, состояние больного прогрессивно ухудшалось, и 15.01.03г в 03-40 наступила смерть. ПОСМЕРТНЫЙ ДИАГНОЗ: Цереброваскулярная болезнь. Острое нарушение мозгового кровообращения по геморрагическому типу в бассейне левой средней мозговой артерии с правосторонней гемиплегией.

Алкоголь -

НАРУЖНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ. Труп женщины, доставлен без одежды, среднего телосложения, удовлетворительного питания, длиной тела 163 см. Кожа бледно-серая, холодная на ощупь во всех отделах, в отлогих местах тела сливные, фиолетовые, не исчезающие и не меняющие цвет при надавливании трупные пятна. Трупное окоченение достаточно выражено во всех обычно исследуемых группах мышц. Склеры глаз мутные, тусклые, суховаты, кровоизлияний в соединительные оболочки глаз не отмечается, зрачки равновелики по 0,4 см диаметром. Голова правильной формы, кости черепа и лицевого скелета на ощупь целы. Грудная клетка цилиндрическая, эластичная, упругая, ребра на ощупь целы. Живот на одном уровне с грудной клеткой. Естественные отверстия тела и полости рта и носоглотки свободны, чистые. Слизистая оболочка губ синюшная, подсохшая. Анальное отверстие сомкнуто, кожа вокруг него слегка обпачкана каловыми массами. Половые органы развиты правильно по женскому типу. Кости конечностей целы.

ПОВРЕЖДЕНИЯ. Каких-либо повреждений, кроме следов медицинских манипуляций, при наружном исследовании не обнаружено.

ВНУТРЕННЕЕ ИССЛЕДОВАНИЕ. Полость черепа: Слева в затылочной области в 7 см от оси тела ржаво-красное кровоизлияние диаметром 5см. В остальных отделах кожно-мышечный лоскут головы гладкий, влажный, блестящий, без кровоизлияний и повреждений, височные мышцы синюшные, сочные, полнокровны. Кости свода и основания черепа целы. Твердая мозговая оболочка серо-перламутрового цвета, цела, блестящая, гладкая, влажная, просвет ее синусов выполнен жидкой темной кровью в большом количестве. Слева по наружной поверхности мозга в средней и передней черепных ямках эпидуральное пластинчатое кровоизлияние объемом 100мл, состоящее из частично лизированных ржаво-красных свертков крови. По наружной поверхности левой теменной и лобной долей ржаво-красное прокрашивание мягких мозговых оболочек на участке диаметром 10см. Мягкие мозговые в остальных отделах оболочки тонкие, прозрачные со студневидным отеком и полнокровными сосудами, по ходу которых определяются рассеянные точечные кровоизлияния в небольшом количестве в толще мозговых оболочек. Сосуды Вилизиева круга с тонкими стенками, пустым просветом. Борозды мозга сглажены, извилины уплощены, на миндаликах мозжечка определяется полоса вдавления от краев большого затылочного отверстия. Головной мозг эластичный, на разрезах с четкой границей серого и белого вещества и мраморным рисунком подкорковых ядер. Поверхности разрезов тускловаты, липнут к лезвию ножа. Желудочки мозга симметричны, обычного объема, эпендима их бледно-серая, блестящая, влажная, в полостях желудочков следы прозрачной соломенного цвета жидкости. Сосудистые сплетения обычного вида, полнокровны.

При ревизии шейного отдела позвоночного столба диффузное кровоизлияние в связки атлантозатылочного и атлантоаксиального сочленений и диффузное эпидуральное кровоизлияние с 1 по 3 шейные позвонки по передней поверхности.

ОРГАНЫ ГОЛОВЫ И ШЕИ. Язык синюшный, влажный, обложен серовато-желтым, не снимающимся налетом. Слизистые оболочки носоглотки синюшные, влажные, блестящие. Небные миндалины округлые, диаметром по 1,5 см, с бугристой поверхностью, без наложений, синюшные. В мягких тканях шеи повреждений и кровоизлияний не обнаружено. Вход и просвет гортани свободен, слизистая оболочка ее бледно-серая. Подъязычная кость и хрящи гортани целы, в мягких тканях ее повреждений не обнаружено. Просвет трахеи и главных бронхов свободен, хрящи трахеи целы. Щитовидная железа обычных размеров, с равновеликими долями, плотно-эластичная, темно-коричневая, на разрезе полнокровна, дольчатого строения. Просвет пищевода свободен, слизистая его бледно-серая, продольно складчатая.

ГРУДНАЯ ПОЛОСТЬ. Слева листки плевры покрыты фибринозно-гнойным налетом. Легкие выполняют 2/3 полостей, уплотнены во всех отделах, на разрезах безструктурны, серо-красные, расползаются под пальцами с большим количеством абсцессов от 0,5 до 2 см диаметром. С поверхности разрезов стекает желтая мутная жидкость в повышенном количестве и темная жидкая кровь из сосудов. В просвете воздухо-проводящих путей немного жидкого желтого гноя, слизистые оболочки гортани, трахеи и бронхов гиперемированы, отечны с налетом фибрина.

Бифуркационные лимфоузлы располагаются в виде пакетов диаметром от 1 до 2 см, эластичные, не спаянные между собой и с окружающими тканями, темно-синюшные, на разрезах сочные, с обычным рисунком. В полости перикарда следы прозрачной жидкости, листки его гладкие, влажные, блестящие. Под эпикардом единичные точечные рассеянные темно-красные кровоизлияния. Сердце дрябло-эластичное, 11х9х8 см, с избыточным отложением жира под эпикардом. В полостях сердца немного жидкой темной крови с мелкими единичными темно-вишневыми свертками. Миокард розовато-синюшный, эластичный, неравномерного кровенаполнения. Толщина стенки правого желудочка 0,3 см, левого 1,2 см. Клапаны и пристеночный эндокард тонкий, полупрозрачный, клапаны сформированы правильно. Аорта эластична, со следами жидкой крови в просвете и рассеянными липидными пятнами в интиме. Коронарные артерии с тонкими стенками, пустым просветом.

БРЮШНАЯ ПОЛОСТЬ. Органы расположены анатомически правильно. В полости следы прозрачной жидкости соломенного цвета. Листки брюшины гладкие, влажные, блестящие. Желудок пустой, содержимое кишечника отделам соответствует, слизистые оболочки их бледно-серые. Мезентериальные лимфоузлы располагаются раздельно, диаметр их не более 1 см, эластичны. Печень 26х20х18х13 см, плотно-эластичная, желто-коричневая с поверхности и на разрезах, полнокровная, со смазанным рисунком долек. В желчном пузыре 50 мл жидкой темно-зеленой желчи, слизистая оболочка его темно-зеленая, бархатистая. Просвет внепеченочных желчевыводящих путей свободно проходим. Поджелудочная железа обычных размеров, плотно-эластичная, бледно-серая, на разрезах - дольчатого строения с множественными кальцинатами. Селезенка 6х5х4 см, синюшная, полнокровна, эластична, без соскоба. Надпочечники листовидной формы, обычных размеров, на разрезах граница слоев четкая. Почки равновелики, 11х6х5 см, дрябло-эластичные. Капсула сползает при надрезе, обнажая ровную поверхность. По краю разреза паренхима наползает на капсулу. На разрезах корковый слой - синюшный, с темно-красным крапом и подчеркнутым рисунком, мозговой слой также с подчеркнутым рисунком, граница слоев отчетливо выражена. Слизистые оболочки лоханок и чашечек бледно-синюшные, гладкие, блестящие, просвет последних свободен. Мочеточники проходимы на всем протяжении, с бледно-серой слизистой. Мочевой пузырь пуст, слизистая оболочка его складчатая, бледно-серая, уретра свободно проходима.

Из трупа для судебно-гистологического исследования взяты кусочки внутренних органов на патоморфологические изменения.

Вопросы:

1.Повреждения обнаруженные при исследовании?

2.Степень тяжести вреда здоровью?

3.Причина смерти?

4.Механизм травмы?

5.Состояние алкогольного опьянения?

Задача № 3. (УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-5, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10)

Представлен акт медицинского исследования трупа от 14.02.09г. Представлена медицинская карта стационарного больного из ГКБ № 6 на имя гр. В., 1960 г.р., который 02.01.09г. в 21-40 бригадой "скорой помощи" был доставлен в токсикологическое отделение с нарушением сознания. Обнаружен без сознания по адресу: ул. Кутузова, 00, подъезд 0, между 2 и 3 этажами, рядом пустые бутылки из под алкоголя. В анамнезе цирроз печени. На догоспитальном этапе рвота. При поступлении сознание кома 1 степени. кожные покровы обычной окраски, влажности, субинтеричные, в наколках. В носовых ходах засохшая кровь. Зрачки обычные, равны. Фотореакция слабая. Рефлексы сохранены, равны. На боль реакция движениями в конечностях. Мышечный тонус удовлетворительный. Дыхание спонтанное, адекватное, частота дыхательных движений 19-20/мин, проводится равномерно, хрипов нет. Артериальное давление 130/80 мм.рт.ст. Пульс 88/мин. Изо рта определяется запах алкоголя. Живот не вздут, на пальпацию не реагирует. 03.01.09 состояние больного ухудшилось. Сознание оглушение 1, ориентирован. У больного рвота кровью со сгустками. Артериальное давление 120/80 мм.рт.ст., частота сердечных сокращений 98/мин. Живот не вздут, мягкий, умеренно болезненный в эпигастрии. В дальнейших записях состояние больного тяжелое, жалобы на слабость. 10.01.09 состояние больного с отрицательной динамикой, сознание оглушение 2-3. Кожные покровы бледно-желтушные. Артериальное давление 90/60 мм.рт.ст., пульс 100/мин. 11.01.09 состояние больного крайней степени тяжести. сознание сопор. Артериальное давление 40/60 мм.рт.ст. Пульс 88/мин. Живот не вздут. Печень +4 см из под края реберной дуги. Несмотря на проводимую терапию, состояние больного быстро ухудшалось, нарастали признаки печеночно-почечной недостаточности и 13.01.09 г. в 0-50 констатирована смерть больного. ПОСМЕРТНЫЙ ДИАГНОЗ: Цирроз печени в стадии декомпенсации. Синдром портальной гипертензии. Гепатоспленомегалия. Варикозное расширение вен пищевода 3-4 степени. кровотечение. Печеночно-клеточная недостаточность. Эндотоксикоз тяжелой степени. токсическая энцефалопатия. Полиорганная недостаточность. Отек головного мозга. Фоновое заболевание. Алкогольная болезнь с полиорганными поражениями. Алкогольная полинейропатия. При поступлении в стационар в крови потерпевшего обнаружен этиловый алкоголь в концентрации 2,78 промилле.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Данные анализов | | | | |
| Параметры  дата | 02.01 | 03.01 | 04.01 | 05.01 |
| эритроциты |  | 3,6 |  |  |
| Цветной п. |  | 0,95 |  |  |
| гемоглобин | 128 | 114 | 96 | 101 |
| лейкоциты | 14,2 |  |  |  |
| РОЭ | 42 |  |  |  |
| Амилаза | 284 |  |  | 113 |
| мочевина | 7,1 |  |  | 4,9 |
| Билирубин общ. | 32,9 |  |  | 60,4 |
| Прямой | 8,5 |  |  | 41,4 |
| непрямой | 24,4 |  |  | 19,0 |
| Сахар | 7,8 |  |  | 6,5 |
| АЛТ | 101,5 |  |  | 50,8 |
| Белок крови | 82,4 |  |  | 66,5 |
| Калий | 3,5 |  |  | 3,0 |
| Натрий | 169 |  |  | 149 |
| АСТ |  |  |  | 93,8 |
| Уд. вес мочи | 1012 |  |  |  |
| Белок мочи | 35 |  |  |  |
| Лейкоциты мочи | 4-6 |  |  |  |
| Эритроциты мочи | 0-1-2 |  |  |  |

НАРУЖНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ. На секционном столе труп мужчины, доставлен из стационара ГКБ № 6 без одежды, среднего телосложения, удовлетворительного питания, длиной тела 170 см. Кожа бледно-серая, холодная на ощупь во всех отделах. По задней поверхности тела, в отлогих местах тела сливные, фиолетовые, не исчезающие и не меняющие цвет при надавливании трупные пятна. Трупное окоченение выражено во всех обычно исследуемых группах мышц. Склеры глаз мутные, суховаты, радужки тусклые, кровоизлияний в соединительные оболочки глаз не отмечается, зрачки равновелики по 0,4 см диаметром. Голова правильной формы, кости черепа и лицевого скелета на ощупь целы. Грудная клетка цилиндрическая, эластичная, упругая, ребра на ощупь целы. Живот несколько ниже уровня реберных дуг грудной клетки. Естественные отверстия тела и полости рта и носоглотки свободны, чистые. Слизистая оболочка губ синюшная, подсохшая без видимых кровоизлияний в слизистых оболочках. Анальное отверстие сомкнуто, кожа вокруг него слегка опачкана каловыми массами. Половые органы развиты правильно. Кости конечностей на ощупь целы. ПОВРЕЖДЕНИЯ. В левой окологлазничной области кровоподтек по типу замкнутого полуочка 4х3,5 см зеленовато-желтого цвета. Каких-либо иных повреждений, кроме следов медицинских манипуляций, при наружном исследовании не обнаружено. ВНУТРЕННЕЕ ИССЛЕДОВАНИЕ. Полость черепа: Внутренняя поверхность кожно-мышечного лоскута головы бледно-розовая. В нем, в затылочной области слева отмечается кровоизлияние 5х4 см. Кости черепа вскрыты угловым распилом. При исследовании костей черепа отмечается линейный перелом затылочной кости слева, идущий от левого края большого затылочного отверстия, длиной 12 см. Твердая мозговая оболочка умеренно напряжена, вскрыта, над и под ней кровоизлияний нет. Головной мозг извлечен, масса его 1280 грамм. Мягкие мозговые оболочки отечны, сосуды их заполнены кровью. Под ними отмечается буро-красное кровоизлияние в области левой лобной доле 5х7 см. Головной мозг дрябло-эластичный, борозды и извилины несколько уплощены за счет отека. Ткань мозга на разрезах блестящая, полнокровная, прилипает к ножу. На поверхности разрезов выступает большое количество точек и полосок крови, которые легко снимаются спинкой ножа. Граница между серым и белым веществом четкая. Очаг разрушения ткани мозга в полюсе правой лобной доли с пропитыванием бурой кровью, размером 3х3х2 см. Желудочки мозга щелевидны, содержат незначительное количество розоватого прозрачного ликвора. Сосуды основания мозга тонкостенные, просвет их свободен. На миндалинах мозжечка по базальной поверхности отмечается борозда вдавления шириной до 1 см. Твердая мозговая оболочка с основания черепа удалена, кости основания черепа целы. Толщина костей черепа в пределах распила в лобной области 0.7см, в затылочной 0.8см, в височных по 0.4см Язык синюшный, влажный, незначительно обложен серовато-желтым налетом. Слизистые оболочки носоглотки синюшные, влажные, блестящие. В мягких тканях шеи повреждений и кровоизлияний не обнаружено. Вход и просвет гортани свободен, слизистая оболочка ее бледно-серая. Подъязычная кость и хрящи гортани целы, в мягких тканях ее повреждений не обнаружено. Просвет трахеи и главных бронхов свободен, хрящи трахеи целы. Щитовидная железа обычных размеров, с равновеликими долями, плотно-эластичная, темно-коричневая, на разрезе полнокровна, дольчатого строения. Просвет пищевода свободен, слизистая его бледно-серая, продольно складчатая в слизистой отмечаются множественные расширенные вены, как бы выбухающие над поверхностью слизистой оболочки. ГРУДНАЯ БРЮШНАЯ ПОЛОСТИ. Органы брюшной и грудной полостей расположены анатомически правильно, легкие выполняют 2\3 полостей, петли кишечника умеренно вздуты. Органокомплекс извлечен единым блоком. Плевра влажная блестящая, в плевральных полостях следы прозрачной жидкости. Легочная плевра влажная, блестящая. Под ней плеврой, особенно, в прикорневых отделах легких и по базальным поверхностям, множественные точечные кровоизлияния. Левое легкое массо1 490 грамм, правое 550 грамм. Легкие розово-красные в передних и темно-красные в задних отделах, тестоватой консистенции, структура их хорошо выражена, над поверхностью разрезов незначительно выстоят мелкие бронхи и сосуды, ткань их полнокровна. Слизистые оболочки воздухопроводящих путей серовато-розовые, набухшие. Перикард не напряжен, вскрыт. В полости перикарда следы прозрачной жидкости, листки его гладкие, влажные. Сердце дрябло-эластичное, извлечено, весом 420 грамм, размеры его 13х11х8 см. Под эпикардом отмечается умеренное количество жировой ткани. В полостях сердца немного жидкой темной крови с мелкими единичными темно-вишневыми свертками. Миокард красно-коричневый, эластичный, неравномерного кровенаполнения. Толщина стенки правого желудочка 0,3 см, левого 1,7 см. Пристеночный эндокард тонкий, полупрозрачный, клапаны сформированы правильно, тонкие. Аорта эластична, со следами жидкой крови в просвете и рассеянными липидными пятнами в интиме. Коронарные артерии с тонкими стенками, пустым просветом. В брюшной полости следы прозрачной жидкости соломенного цвета. Листки брюшины гладкие, влажные, блестящие. В желудке 1000 мл кровянистых масс. В слизистой отмечаются множественные мелкие эрозии. Содержимое кишечника отделам соответствует, слизистые оболочки их бледно-серые. Печень 20х16х10х8 см, массой 1490 грамм, поверхность ее мелкобугристая, плотно-эластичная, желто-коричневая с поверхности и на разрезах, полнокровная, со смазанным рисунком долек. В желчном пузыре 20 мл жидкой темно-зеленой желчи, слизистая оболочка его темно-зеленая, бархатистая. Просвет внепеченочных желчевыводящих путей свободно проходим. Поджелудочная железа обычных размеров, плотно-эластичная, бледно-серая, на разрезах дольчатого строения. Селезенка массой 800 грамм, 20х12х9 см, синюшная, полнокровна, эластична, без соскоба. Надпочечники листовидной формы, обычных размеров, на разрезах граница слоев четкая. Почки равновелики, массой по 110 грамм, 11х6х4 см, дрябло-эластичные. Капсула сползает при надрезе, обнажая ровную поверхность. На разрезах корковый слой - синюшный, с темно-красным крапом и подчеркнутым рисунком, мозговой слой также с подчеркнутым рисунком, граница слоев отчетливо выражена. Слизистые оболочки лоханок и чашечек бледно-синюшные, гладкие, блестящие, просвет последних свободен. Мочеточники проходимы на всем протяжении, с бледно-серой слизистой. Мочевой пузырь пуст, слизистая оболочка его складчатая, бледно-серая, уретра свободно проходима. ДАННЫЕ ДОПОЛНИТЕЛЬНЫХ МЕТОДОВ ИССЛЕДОВАНИЯ. Представлен акт судебно-гистологического исследования от 06.02.09г. Головной мозг - между паутинной и сосудистой оболочками много лизированной красной крови с зернами темно бурой окраски, полнокровие пиальных сосудов, в ткани извилин большого полушария мозга на фоне равномерной гиперемии вен, венул, артерий и густой сети капилляров с многочисленными перивазальными кровоизлияниями в сером веществе коры, на ограниченном участке, сливающиеся гематомы разных размеров в сером (3) и белом веществе, вокруг гематомы трансформация клеток глии в макрофагально-тучные клетки, криброзность нейропиля, дегенерация проводящих путей, пролиферация мелких сосудов. В кусочке ствола мозга полнокровие Вени и венул, перивенулярные кровоизлияния с пропитыванием ткани мозга, дистрофические изменения и некроз нейронов ядерных образований. Выраженный аутолиз мозга. Твердая мозговая оболочка - оболочка скручена, в самой оболочке два-три очага кровоизлияния из красных разрозненных эритроцитов, рядом лежит красный сверток крови из полулизированных и лизированных масс эритроцитов, с вкраплением частиц черного зернистого пигмента. Сердце - кардиоциты крупные по размерам, на поперечном и косом сечении, стенки интрамуральных артерий без выраженных утолщений, очагов кардиосклероза не выявлено, полнокровие вен и венул. Легкое -полнокровие сосудов межальвеолярных септ и более крупных сосудов, в разных полях зрения очаги ателектаза, межальвеолярные перегородки сближены, извитые, в просвете альвеол не выявлено экссудата и жидкости, аутолиз. Пищевод - слизистая с сохраненной эпителиальной выстилкой, вены слизистой складчато-извитые, в узких просветах спавшихся вен красная кровь, выраженная гиперемия вен, венул и капилляров мышечной оболочки с диапедезными кровоизлияниями, очаговое кровоизлияние в жировой клетчатке адвентиции. Желудок - слизистая отделена от подслизистой, строение желез не нарушено, малокровие сосудов стромы слизистой, кровоизлияний и язвы в слизистой не выявлено, малокровие спавшихся вен подслизистой. Печень - строение классических долек нарушено, портальные тракты расширены, склерозированы, с пролиферацией желчных протоков и густоклеточной лимфогистиоцитарной инфильтрацией, много узлов регенератов небольших размеров, чаще с дольку, гепатоциты с набухшей гомогенной и микровезикулярной цитоплазмой, неравномерное кровенаполнение синусоидов. Почка - клубочки небольшие, на фоне аутолиза не видно кровенаполнения капилляров, не выражена сеть перитубулярных сосудов, нефроэпителий извитых канальцев с комковатой и зернистой цитоплазмой, с неокрашенными ядрами, умеренное кровенаполнение прямых сосудов.

Вопросы:

1.Какие телесные повреждения были обнаружены?

2.Степень тяжести причиненного вреда здоровью?

3.Время смерти, причина смерти?

4.Механизм повреждения?

5.Состояние опьянения?

Задача №4. (УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-5, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10)

ОБСТОЯТЕЛЬСТВА ДЕЛА. В направлении на судебно-медицинское исследование трупа не указаны.

Представлена медицинская карта стационарного больного из ГКБ № 6 на имя гр. В., 1953 г.р., который 12.01.09г. в 13-00 бригадой скорой помощи был доставлен в неврологическое отделение. Жалоб не предъявляет из-за снижения критики к состоянию. Дата появления расстройства 10.01.09г. В течение трех дней постепенно развивалась симптоматика, больной неадекватен, но ориентирован, речевые расстройства. Больной неделю не был дома, вернулся в таком состоянии. Из перенесенных заболеваний гипертоническая болезнь (давность не известна), злоупотребление алкоголем. 15.11.08г. была закрытая черепно-мозговая травма. При поступлении состояние средней степени тяжести. Кожные покровы и видимые слизистые чистые, розовые. Дыхание в легких проводится по всем полям, хрипов нет. АД 150\90 мм.рт.ст. Живот без особенностей. Сознание ясное, контакту доступен с ограничением. Сенсомоторная афазия. Зрачки равны, реакция на свет сохранена, движения глазных яблок в полном объеме. Горизонтальный нистагм. ПНП не выполняет из-за снижения корковых функций. 13.01 при рентгенографии черепа на краниограммах в левой теменной области отмечается посттрепанационный дефект костной ткани 7х0,3; свежих травматических повреждений не выявлено. При ЭХО-ЭС от 13.01 отмечается смещение м-эхо в средне-задних отделах на 1,5 мм. 15.01 в 6-30 состояние больного резко ухудшилось. АД 260\110 мм.рт.ст. нарушение сознания кома 1. Больной переведен в палату интенсивной терапии. В 9-00 у больного остановка сердечной деятельности. Пульсация на магистральных артериях не определяется. Сердечные тоны не выслушиваются. Реанимационные мероприятия без эффекта. Констатирована смерть больного 15.01.09г. в 9-30.

ПОСМЕРТНЫЙ ДИАГНОЗ. Комбинированный. 1. Геморрагический инсульт в левом полушарии головного мозга. 2. ЗЧМТ, внутримозговая гематома. Фон. 1. Гипертоническая болезнь 3, риск 4. Осложнения. Отек головного мозга, дислокация ствола, ОДН 3, ОССН 3.

Алкоголь – данных нет.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Данные анализов | | | | |
| Параметры  дата | 12.01 | 13.01 | 15.01 |  |
| эритроциты |  |  | 5,37 |  |
| Цветной п. |  |  | 1,02 |  |
| гемоглобин | 170 |  | 183 |  |
| тромбоциты |  |  | 170 |  |
| гематокрит |  |  | 46,2 |  |
| лейкоциты | 9,8 |  | 7,7 |  |
| палочкоядерные |  |  | 12 |  |
| сегментоядерные | 79 |  | 74 |  |
| лимфоциты | 15 |  | 10 |  |
| моноциты | 6 |  | 4 |  |
| Дегенеративные изменения нейтрофилов | + |  | + |  |
| РОЭ | 24 |  | 3 |  |
| Амилаза | 178 |  |  |  |
| мочевина | 6,4 |  | 3,4 |  |
| Билирубин общ. | 51,0 |  | 50,2 |  |
| Прямой | 10,0 |  | 6,6 |  |
| непрямой | 41,0 |  | 43,6 |  |
| Белок крови | 84,2 |  | 74,8 |  |
| Калий | 3,4 |  | 2,6 |  |
| Натрий | 139 |  | 110 |  |
| глюкоза | 8,0 |  |  |  |
| Уд. вес мочи |  | 1017 | 1010 |  |
| Белок мочи |  | 53 | 25 |  |
| Лейкоциты мочи |  | ед | 0-1 |  |
| Эритроциты мочи |  |  | 0-1 |  |

НАРУЖНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ. Труп мужчины, доставлен без одежды, среднего телосложения, правильного питания, длиной тела 175 см. Кожа бледно-серая, холодная на ощупь во всех отделах, в отлогих местах тела сливные, фиолетовые, не исчезающие и не меняющие цвет при надавливании трупные пятна. Трупное окоченение достаточно выражено во всех обычно исследуемых группах мышц. Склеры глаз мутные, тусклые, суховаты, кровоизлияний в соединительные оболочки глаз не отмечается, зрачки равновелики по 0,4 см диаметром. Голова правильной формы, кости черепа и лицевого скелета на ощупь целы. Грудная клетка цилиндрическая, эластичная, упругая, ребра на ощупь целы. Живот на одном уровне с грудной клеткой. Естественные отверстия тела и полости рта и носоглотки свободны, чистые. Слизистая оболочка губ синюшная, подсохшая. Анальное отверстие сомкнуто. Половые органы развиты правильно. Кости конечностей целы.

ПОВРЕЖДЕНИЯ. Каких-либо повреждений при исследовании не обнаружено.

При проведении воздушной пробы – воздух из плевральных полостей и полостей сердца не получен. При проведении судебно-медицинского исследования трупа использовались: кожные разрезы по методу Шора.

ВНУТРЕННЕЕ ИССЛЕДОВАНИЕ

Извлечение органокомплекса произведено по методу Шора, с распилом ребер спереди. Череп вскрывался угловым распилом. Доступ к спинному мозгу осуществлялся сзади по методу Медведева.

Масса органов.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Масса |  | норма |
| Мозг | 1700 | До 1400 |
| Легкое правое | 700 | 450 |
| левое | 650 | 375 |
| Сердце | 380 | 200-400 |
| Печень | 1600 | 1200-2000 |
| Селезенка | 100 | 80-180 |
| Почки обе |  | 275-310 |
| Правая/Левая | 160\160 |  |

ПОЛОСТЬ ЧЕРЕПА. В кожно-мышечном лоскуте головы слева в теменно-затылочной области темно-красное с четкими контурами кровоизлияние диаметром 8 см.

Слева в лобно-височной области неправильно прямоугольное трепанационное отверстие с подшитым костным лоскутом 4х3 см.

Слева в чешуе височной кости, замыкающиеся на середину трепанационного отверстия, вертикальная линия перелома длиной 2 см с красно-коричневыми эпидуральными кровоизлияниями в зоне перелома. Субдурально слева в передней и средней черепных ямках и по наружной поверхности мозга наложение эластичных темно-вишневых свертков крови общим объемом 150 мл, спаянных с твердой мозговой оболочкой. Субарахноидально справа по полюсной поверхности височной доли на участке диаметром 4 см округлое темно-вишневое кровоизлияние, как в мягких мозговых оболочках, так и в веществе мозга на глубину коры, мономорфного вида.

Слева аналогичные по характеристиками кровоизлияния на участке диаметром 5 см по полюсной поверхности лобной доли с 3-мя мелкими эрозиями оболочек в центре и, диаметром 2 см - по полюсной поверхности височной доли. Данные кровоизлияния окружены полосой темно-красных кровоизлияний по бороздам с шириной полосы от 1 до 2 см. Коричневое прокрашивание твердой мозговой оболочки в задней черепной ямке.

Головной мозг выполняет все резервные пространства. Борозды мозга сглажены, извилины уплощены, на миндаликах мозжечка кольцевидная с диффузными субарахноидальными кровоизлияниями полоса вдавления от краев большого затылочного отверстия. Головной мозг дряблый, на разрезах с четкой границей серого и белого вещества и мраморным рисунком подкорковых ядер. Поверхности разрезов тускловаты, липнут к лезвию ножа. Желудочки мозга симметричны, обычного объема, эпендима их бледно-серая, блестящая, влажная, в полостях желудочков следы прозрачной соломенного цвета жидкости. Сосудистые сплетения обычного вида, полнокровны.

ОРГАНЫ ШЕИ, ГРУДНОЙ И БРЮШНОЙ ПОЛОСТЕЙ: язык синюшный, влажный, обложен серовато-желтым, не снимающимся налетом. Слизистые оболочки носоглотки синюшные, влажные, блестящие. В мягких тканях шеи повреждений и кровоизлияний не обнаружено. В плевральных полостях следы прозрачной жидкости, легкие выполняют 2\3 полостей, с блестящей, гладкой и влажной плеврой. Органы брюшной полости расположены анатомически правильно, в полости следы прозрачной жидкости соломенного цвета. Листки брюшины гладкие, влажные, блестящие. Просвет пищевода свободен, слизистая его бледно-серая, продольно складчатая. Вход и просвет гортани свободен, слизистая оболочка ее с наложениями фибрина, смешанного с гноем, набухшая, темно-розовая. Подъязычная кость и хрящи гортани целы, в мягких тканях ее повреждений не обнаружено. Просвет трахеи и главных бронхов с небольшим количеством густого желто-зеленого гноя, слизистая оболочка их темно-розовая с наложениями фибрина, хрящи трахеи целы. Щитовидная железа обычных размеров, с равновеликими долями, плотно-эластичная, темно-коричневая, на разрезе полнокровна, дольчатого строения. Аорта эластична, со следами жидкой крови в просвете и рассеянными липидными пятнами в интиме. Легкие синюшные в передних и темно-синюшные в задних отделах, тестоватой консистенции, на разрезах темно-красные с подчеркнутым рисунком, полнокровны. Над поверхностями разрезов выступают бронхи в виде «гусиных перьев». В просвете воздухо-проводящих путей немного жидкого желтого гноя, слизистые оболочки гортани, трахеи и бронхов гиперемированы, отечны с налетом фибрина. Бифуркационные лимфоузлы располагаются в виде пакетов диаметром от 1 до 2 см, эластичные, темно-синюшные, на разрезах сочные, с обычным рисунком. В полости перикарда следы прозрачной жидкости, листки его гладкие, влажные, блестящие. Сердце 14х12х8 см, дряблое, с темной жидкой кровью в полостях. Миокард розовато-синюшный, эластичный, неравномерного кровенаполнения. Толщина стенки правого желудочка 0,3 см, левого 1,2 см. Клапанный и пристеночный эндокард тонкий, прозрачный, клапаны сформированы правильно. Коронарные артерии с тонкими стенками, пустым просветом. Желудок пустой, содержимое кишечника отделам соответствует, слизистые оболочки желудочно-кишечного тракта бледно-серые. Мезентериальные лимфоузлы располагаются раздельно, диаметр их не более 1 см, эластичны. Печень 27х20х16х10 см, дрябло-эластичная, желто-коричневая с поверхности и на разрезах, полнокровная, со смазанным рисунком долек. Просвет внепеченочных желчевыводящих путей свободно проходим. Поджелудочная железа обычных размеров, плотно-эластичная, бледно-серая, на разрезах – дольчатого строения. Селезенка 9х5х3 см, синюшная, дряблая, без соскоба. Надпочечники листовидной формы, обычных размеров, на разрезах граница слоев четкая. Мочеточники проходимы, мочевой пузырь пуст. Почки 12х6х4 см равновелики, эластичные. Капсула сползает при надрезе, обнажая ровную поверхность. По краю разреза паренхима наползает на капсулу. На разрезах корковый слой - синюшный, с темно-красным крапом и подчеркнутым рисунком, мозговой слой также с подчеркнутым рисунком, граница слоев отчетливо выражена с полнокровием. Слизистые оболочки лоханок и чашечек бледно-синюшные, гладкие, блестящие, просвет их свободен. Мочеточники проходимы на всем протяжении, с бледно-серой слизистой. Мочевой пузырь пуст, слизистая оболочка его складчатая, бледно-серая, уретра свободно проходима.

ПОЗВОНОЧНИК И СПИННОЙ МОЗГ: при ревизии позвоночного столба повреждений не обнаружено. Эпи- и субдуральные пространства свободны, твердая мозговая оболочка напряжена, бледно-серая, блестящая, мягкие мозговые оболочки тонкие, прозрачные, спинной мозг дряблый, на разрезах обычного рисунка.

Из трупа для судебно-гистологического исследования взяты кусочки внутренних органов на патоморфологические изменения. Кровь на биологию.

А К Т Судебно-гистологического исследования

Судебно-медицинским экспертом, произведено исследование кусочков внутренних органов от трупа В., 1953 г.р.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Головной мозг – субарахноидальные и внутримозговые очаговые кровоизлияния с некрозом вещества мозга в зоне кровоизлияний, с наличием гемосидерофагов и лейкоцитарной инфильтрацией по периферии, так же по периферии умеренная глиальная пролиферация. Фрагмент субдуральной гематомы с краевой пролиферацией фибробластов и наличием сосудов. В стволовых отделах мозга выраженная внеклеточная гидратация, вплоть до образования криброзных структур. Стаз крови в сосудах.

Миокард – перивазальный и очаговый постинфарктный кардиосклероз. Межуточный отек.

Печень – полнокровие синусоидов, воспалительных изменений не выявлено.

Почки – стаз крови в сосудах, эктазия просвета почечных канальцев. Воспалительных изменений не выявлено.

Твердая мозговая оболочка - на твердой мозговой оболочке остатки субдуральной гематомы, которая на примыкании к оболочке с разрастанием фибробластов и большим количеством гемосидерофагов. Гемосидероз определяется и в толще твердой мозговой оболочки.

Вопросы:

1.Судебно-медицинский диагноз?

2.Осложнения?

3.Сопутствующие?

4.Степень тяжести вреда здоровью?

5.Механизм травмы?

Задача №5.

ОБСТОЯТЕЛЬСТВА ДЕЛА. В направлении на судебно-медицинское исследование трупа не указаны.

Представлена медицинская карта стационарного больного из ГКБ № 6 на имягр. Ф., 1972 г.р., который 10.04.09г. в 12-15 бригадой "скорой помощи" был доставлен в НХО-1 с нарушением сознания. Известно, что с 8.04 по 10.04 находился на лечении в КНД с диагнозом: синдром отмены алкоголя, судорожный синдром. Состояние средне тяжелое, появилась очаговая симптоматика. При люмбальной пункции получен геморрагический ликвор. При поступлении состояние субкомпенсации. Кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски. Костно-суставная система без видимой патологии. Дыхание проводится по всем полям. ЧСС 88 в минуту. АД 140/90 мм.рт.ст. Живот при пальпации мягкий, в акте дыхания участвует. Сознание оглушение 3, моторное возбуждение, не адекватен, не ориентирован. Зрачки равны, взор фиксирует с трудом. Лицо симметрично, парезов нет. левосторонний гемипарез до 3-4 баллов. Ригидность мышц затылка до 2 см. Симптом Кернига 140-150°. Патологические стопные рефлексы, больше слева. В затылочной области имеется ссадина кожи под струпом. На руках множественные следы от инъекций и гематомы. Рентгенограмма черепа не производилась из-за моторного возбуждения. При ЭХО-ЭС от 10.04.09г. смещения срединных структур головного мозга не выявлено. В дальнейшем состояние больного с отрицательной динамикой в виде углубления сознания – сопор, дважды генерализованные судороги с тонико-клоническим компонентом (купированы самостоятельно). После судорог непроизвольное мочеиспускание. АД 150/100 мм.рт.ст. 10.04.09 произведена операция: Резекционная трепанация черепа в правой теменно-височной области. Удаление острой субдуральной гематомы объёмом 60 мл, дренирование субдурального пространства. Наложение поискового фрезевого отверстия в типичном месте слева. В левой теменно-височной области произведен линейный разрез мягких тканей длиной до 10 см, кость скелетирована, этапный гемостаз электрокоагуляцией. Наложено поисковое фрезевое отверстие, ТМО синюшна, напряжена, пульсацию мозгового вещества не передаёт, последняя надсечена крестообразно, под давлением выделилось до 20 мл крови тёмно-вишнёвого цвета. Произведена резекционная трепанация черепа, сформирована трепанационное окно, размером 4х4см, ТМО вскрыта крестообразно, выявлена и удалена острая субдуральная гематома в виде сгустков тёмно-вишнёвого цвета, объёмом 60 мл. В проекции трепанационного окна отмечается контузионный очаг багрового цвета, с которого отмечалось умеренное диффузное кровотечение, гемостаз электрокоагуляцией, феракрилом. Мозговое вещество отёчно, после удаления гематомы появилась вялая, еле заметная пульсация мозга. В субдуральное пространство, по направлению к основанию черепа установлен активный дренаж, последний фиксирован к коже. Наложены швы на ТМО. Контроль на гемостаз, и инородные тела. Рана послойно ушита до дренажа. В типичном месте слева наложено поисковое фрезевое отверстие. ТМО напряжена, не пульсирует. Вскрыта крестообразно. При ревизии с основания черепа удалены незначительные сгустки крови тёмно-вишнёвого цвета. Мозговое вещество отёчно, светло-жёлтого цвета, пульсирует. Контроль на гемостаз. Послойные швы на рану. Послеоперационный диагноз: Закрытая черепно-мозговая травма. Ушиб головного мозга тяжёлой степени, со сдавлением острой субдуральной гематомой и контузионным очагом правой гемисферы. Дислокационный синдром. Отёк головного мозга. Судорожный синдром. Абстинентный синдром. Ушибы мягких тканей головы. 12.04 состояние больного крайне тяжелое. Сознание нарушено по типу кома 1. на болевые раздражители реагирует слабыми движениями. Зрачки широкие, реакция на свет очень вялая. Дыхание спонтанное через интубационную трубку. Аускультативно проводится по всем полям, жесткое, в нижних отделах с обеих сторон выслушиваются сухие рассеянные и разнокалиберные влажные хрипы. Из трахеи санируется большое количество слизисто-гнойной мокроты. АД 160/100 мм.рт.ст. 13.04 больному произведена операция верхняя трахеостомия. 14-18.04 состояние больного терминальное. Атоническая кома. АД 60/30 мм.рт.ст. ЧСС 120 в минуту. Несмотря на проводимую терапию, 18.04.09г. в 08-25 произошла остановка сердечной деятельности, констатирована смерть больного.

ПОСМЕРТНЫЙ ДИАГНОЗ. Закрытая черепно-мозговая травма. Ушиб головного мозга тяжелой степени тяжести со сдавлением внутричерепной гематомой. Конкурирующий. ЦВБ. ОНМК по геморрагическому типу с внутримозговой гематомой правого полушария большого мозга с прорывом в желудочковую систему. Вентрикулрно-паренхиматозное кровоизлияние от 10.04.09г. Осложнения. Постдислокационные ишемические поражения ствола на мезэнцефальном уровне. Двусторонняя нижнедолевая пневмония.

Алкоголь – данных в медицинской карте не обнаружено.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Данные анализов | | | | |
| Параметры  дата | 10.04 | 13.04 | 15.04 | 17.04 |
| эритроциты | 3,81 | 3,89 | 3,66 | 3,31 |
| Цветной п. | 0,95 | 0,96 | 1,0 | 0,96 |
| гемоглобин | 121 | 124 | 123 | 106 |
| тромбоциты | 62 | 149 | 156 | 87 |
| гематокрит | 33,2 | 35,3 | 34,6 | 31,6 |
| лейкоциты | 4,3 | 12,4 | 10,4 | 15,9 |
| палочкоядерные |  | 6 |  |  |
| сегментоядерные |  | 67 |  |  |
| Индекс ядерного сдвига |  |  |  |  |
| лимфоциты |  | 15 |  |  |
| моноциты |  | 12 |  |  |
| Дегенеративные изменения нейтрофилов |  | + |  |  |
| Анизоцитоз | + | + |  |  |
| Пойкилоцитоз |  | + |  |  |
| Полихромазия |  | + |  |  |
| РОЭ | 25 | 46 | 50 | 62 |
| Амилаза | 13,2 | 6,7 |  |  |
| мочевина | 5,9 | 2,6 | 7,2 | 13,7 |
| Билирубин общ. | 24,7 | 4,6 | 17,9 | 10,7 |
| Прямой | 6,0 | 1,4 | 9,2 | 4,9 |
| непрямой | 18,6 | 3,2 | 8,7 | 5,8 |
| Белок крови | 73,4 | 64,4 | 66,5 | 60,6 |
| Калий | 2,5 | 3,4 | 4,4 | 6,2 |
| Натрий | 138 | 141 | 167 | 177 |
| Уд. вес мочи |  | 1000 | 1000 | м/м |
| Белок мочи |  |  | 70 | 700 |
| Лейкоциты мочи |  | Не обн | 0-1 | 3-4 |
| Эритроциты мочи |  |  | 0-1 | 5-6 |

НАРУЖНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ. Труп мужчины, доставлен без одежды, среднего телосложения, правильного удовлетворительного питания, длиной тела 185 см. Кожа бледно-серая, холодная на ощупь во всех отделах, в отлогих местах тела сливные, фиолетовые, не исчезающие и не меняющие цвет при надавливании трупные пятна. Трупное окоченение достаточно выражено во всех обычно исследуемых группах мышц. Склеры глаз мутные, тусклые, суховаты, кровоизлияний в соединительные оболочки глаз не отмечается, зрачки равновелики по 0,4 см диаметром. Голова правильной формы, кости черепа и лицевого скелета на ощупь целы. Грудная клетка цилиндрическая, эластичная, упругая, ребра на ощупь целы. Живот на одном уровне с грудной клеткой. Естественные отверстия тела и полости рта и носоглотки свободны, чистые. Слизистая оболочка губ синюшная, подсохшая. Анальное отверстие сомкнуто, кожа вокруг него слегка обпачкана каловыми массами. Половые органы развиты правильно. Кости конечностей целы.

ПОВРЕЖДЕНИЯ. Каких-либо повреждений при исследовании не обнаружено. При проведении воздушной пробы – воздух из плевральных полостей и полостей сердца не получен. При проведении судебно-медицинского исследования трупа использовались: кожные разрезы по методу Шора.

ВНУТРЕННЕЕ ИССЛЕДОВАНИЕ

Извлечение органокомплекса произведено по методу Шора с распилом ребер спереди. Череп вскрывался угловым распилом. Доступ к спинному мозгу осуществлялся сзади по методу Медведева.

Масса органов.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Масса | № 68 | норма |
| Мозг | 1600 | До 1400 |
| Легкое правое | 710 | 450 |
| левое | 700 | 375 |
| Сердце | 320 | 200-400 |
| Печень | 1610 | 1200-2000 |
| Селезенка | 90 | 80-180 |
| Почки обе. Правая/Левая | 145/150 | 275-310 |

ПОЛОСТЬ ЧЕРЕПА. Слева в височной и теменной областях вертикальный ушитый операционный разрез длиной 6 см. Описанный выше разрез располагается по краю подковообразного кровоизлияния в апоневроз шириной 3 см, выпуклостью вправо и кзади, а в коже слева в нижней части теменно-височной области кровоизлияние диаметром 5 см с четкими контурами, темно-красного цвета. Слева, в теменной и височной костях - трепанационный дефект 4х4см, твердая мозговая оболочка с крестообразным швом в зоне дефекта, шов состоятелен. Эпидурально в этой зоне дисковидная гематома из тусклых темно-красных свертков крови, эластичная, объемом 120 мл. При отмывании крови, слева линейный перелом по ходу лямбдовидного шва, условно начинаясь от вершины шва, распространяющийся на основание черепа в задней черепной ямке до середины заднего края пирамиды левой височной кости. При ревизии перелома сколы компакта слева на протяжении 2 см в нижней части лямбдовидного шва на границе с височной костью. Перелом заканчивается по наружному краю яремного отверстия. Субдурально справа пластинчатые темно-вишневые свертки крови. Геморрагический некроз правых лобной и височной долей и аналогичный некроз полюсной и внутренней поверхности левой лобной доли с сохраненными множественными темно-красными плотными микрогематомами в мягких мозговых оболочках в зонах некроза. Поверхность мозга «лакирована», на миндаликах мозжечка кольцевидная с диффузными субарахноидальными кровоизлияниями полоса вдавления от краев большого затылочного отверстия шириной 1,0 см, внутри кольца мозжечок и продолговатый мозг расползаются под пальцами. Головной мозг дряблый, на разрезах с четкой границей серого и белого вещества и мраморным рисунком подкорковых ядер. Поверхности разрезов тускловаты, липнут к лезвию ножа. Желудочки мозга симметричны, обычного объема, эпендима их бледно-серая, блестящая, влажная, в полостях желудочков следы прозрачной соломенного цвета жидкости. Сосудистые сплетения обычного вида, полнокровны.

Отмечается пропитывание кровью мягких тканей обоих яремных отверстий. Полосчатые, вертикально ориентированные темно-красные кровоизлияния в заднюю атланто-затылочную мембрану. При ревизии позвоночного столба повреждений не обнаружено. Эпи- и субдуральные пространства свободны, твердая мозговая оболочка напряжена, бледно-серая, блестящая, мягкие мозговые оболочки тонкие, прозрачные, спинной мозг дряблый, на разрезах обычного рисунка.

ОРГАНЫ ШЕИ, ГРУДНОЙ И БРЮШНОЙ ПОЛОСТЕЙ: язык синюшный, влажный, обложен серовато-желтым, не снимающимся налетом. Слизистые оболочки носоглотки синюшные, влажные, блестящие. В мягких тканях шеи повреждений и кровоизлияний не обнаружено. В плевральных полостях следы мутной сероватой жидкости, легкие выполняют 3/4 полостей с тусклой, шероховатой, покрытой нежным налетом фибрина влажной плеврой. Органы брюшной полости расположены анатомически правильно, в полости следы прозрачной жидкости соломенного цвета. Листки брюшины гладкие, влажные, блестящие. Просвет пищевода свободен, слизистая его бледно-серая, продольно складчатая. Вход и просвет гортани свободен, слизистая оболочка ее серо-розовая с наложениями фибрина. Подъязычная кость и хрящи гортани целы, в мягких тканях ее повреждений не обнаружено. Просвет трахеи и главных бронхов с небольшим количеством желто-зеленого гноя, слизистые оболочки серо-красные с наложениями фибрина, хрящи трахеи целы. Щитовидная железа обычных размеров, с равновеликими долями, плотно-эластичная, темно-коричневая, на разрезе полнокровна, дольчатого строения. Аорта эластична, со следами жидкой крови в просвете и рассеянными липидными пятнами в интиме. Легкие синюшные в передних и темно-синюшные в задних отделах, неравномерно уплотнены, на разрезах пестрые, темно-красные выбухающие очаги чередуются с бледно-красными. Слизистые оболочки воздухо-проводящих путей светло-розовые, набухшие в просвете их немного густого желто-зеленого гноя. Бифуркационные лимфоузлы располагаются в виде пакетов, эластичные, темно-синюшные, на разрезах сочные, с обычным рисунком. В полости перикарда следы прозрачной жидкости, листки его гладкие, влажные, блестящие. Сердце эластичное, 11,5х10х9 см,. В полостях сердца смешанные свертки. Миокард розовато-синюшный, эластичный, неравномерного кровенаполнения. Толщина стенки правого желудочка 0,3 см, левого 1,3 см. Клапанный и пристеночный эндокард тонкий, прозрачный, клапаны сформированы правильно. Коронарные артерии тонкими стенками, пустым просветом. Желудок пустой, содержимое кишечника отделам соответствует, слизистые оболочки желудочно-кишечного тракта бледно-серые. Мезентериальные лимфоузлы располагаются раздельно, диаметр их не более 1 см, эластичны. Печень 25х18х16х13 см, плотно-эластичная, мелкобугристая, желтая с поверхности и на разрезах, полнокровная, со смазанным рисунком долек. Просвет внепеченочных желчевыводящих путей свободно проходим. Поджелудочная железа обычных размеров, плотно-эластичная, бледно-серая, на разрезах – дольчатого строения. Селезенка 8х4х3 см, эластичная, синюшная с гипоплазией белой пульпы, на разрезах без соскоба. Надпочечники листовидной формы, обычных размеров, на разрезах граница слоев четкая. Почки равновелики, 11х6х5 см, дрябло-эластичные. Капсула сползает при надрезе, обнажая ровную поверхность. По краю разреза паренхима наползает на капсулу. На разрезах корковый слой - синюшный, с темно-красным крапом и подчеркнутым рисунком, мозговой слой также с подчеркнутым рисунком, граница слоев отчетливо . Слизистые оболочки лоханок и чашечек бледно-синюшные, гладкие, блестящие, просвет их свободен. Мочеточники проходимы на всем протяжении, с бледно-серой слизистой. Мочевой пузырь пуст, слизистая оболочка его складчатая, бледно-серая, уретра свободно проходима.

Из трупа для судебно-гистологического исследования взяты кусочки внутренних органов на патоморфологические изменения.

Для судебно-биологического исследования кровь на определение антигенной характеристики.

А К Т Судебно-гистологического исследования

Судебно-медицинским экспертом от трупа Ф., 1972 г.р.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Субарахноидальные и внутримозговые кровоизлияния с мелкими фрагментами кости в зоне кровоизлияний, в кровоизлияниях гемолиз эритроцитов, по их периферии мелкие скопления лейкоцитов. В сохраненных отделах мозга выраженный периваскулярный перицеллюлярный отек, стаз крови в сосудах. В мозжечке сосудистые кровоизлияния и некрозы.

Твердая мозговая оболочка с наличием подоболочечной гематомы, с наличием кровоизлияний в примыкающей части оболочки, с частичным гемолизом эритроцитов в гематоме без перифокальной реакции.

Печень – жировой гепатоз 3 степени, формирующийся микронодуллярный цирроз печени.

Почки – стаз крови в венах и капиллярах клубочков, воспалительных изменений не выявлено.

Легкие – стаз крови в сосудах с агрегацией эритроцитов вплоть до сладж-феномена, множественные кровоизлияния в межальвеолярные перегородки с их выраженным межуточным отеком, неравномерно выраженный внутриальвеолярный отек. Очаговый десквамативный альвеолит, в ряде полей зрения серозно-гнойный. Гнойный эндобронхит.

Миокард – очаговый кардиосклероз, преимущественно перивазальный, очаговая неравномерная гипертрофия кардиоцитов, стаз крови в сосудах.

Вопросы:

1.Телесные повреждения?

2.Степень тяжести вреда здоровью?

3.Причина смерти?

4.механизм травмы?

5Состояние алкогольного опьянения?

Эталон №1

1.При судебно-медицинском исследовании трупа обнаружены следующие телесные повреждения: а) закрытая черепно-мозговая травма – субарахноидальные и внутримозговые кровоизлияния в правой лобной доле головного мозга и в крышу 4-го желудочка; б) закрытая спинальная травма – кровоизлияния в связки атланто-затылочного сочленения в стадии рассасывания.

2.Обнаруженная ЧЕРЕПНО-МОЗГОВАЯ ТРАВМА причинила вред, опасный для жизни человека и согласно пункту 4.а Правил определения степени тяжести вреда, причиненного здоровью человека (Постановление Правительства РФ от 17 августа 2007 г. N 522) и пункта 6.1. приказа МЗиСР РФ 194н от 24.04.2008.г., квалифицируется, как обусловившая тяжкий вред здоровью. Черепно-мозговая травма имеет прямую причинную связь со смертью.

3.Смерть наступила в результате сочетанной шейно-затылочной травмы с повреждениями головного и спинного мозга (см пункт 1), осложнившейся отеком и дислокацией головного мозга. Заключение подтверждается картиной, найденной на вскрытии, и данными медицинской документации.

4.Вероятный механизм травмы – однократное травматическое ударное воздействие в затылочную область с действием травмирующей силы сзади наперед, что возможно при падении с высоты собственного роста навзничь.

5.Данных в истории болезни о наличия алкоголя в крови пострадавшего не обнаружено.

Эталон №2

1.При судебно-медицинском исследовании трупа обнаружены следующие телесные повреждения: а) закрытая черепно-мозговая травма – субдуральная плащевидная гематома слева в передней и средней черепных ямках, субарахноидальное кровоизлияние в левой теменной и височной долях головного мозга; б) закрытая спинальная травма кровоизлияния в связки атланто-затылочного и атланто-аксиального сочленений, эпидуральное кровоизлияние с 1 по 3 шейные позвонки.

2.Обнаруженная при настоящей экспертизе, ЧЕРЕПНО-МОЗГОВАЯ ТРАВМА причинила вред, опасный для жизни человека и согласно пункту 4.а Правил определения степени тяжести вреда, причиненного здоровью человека (Постановление Правительства РФ от 17 августа 2007 г. N 522) и пункта 6.1. приказа МЗиСР РФ 194н от 24.04.2008.г., квалифицируется, как обусловившая тяжкий вред здоровью. Черепно-мозговая травма имеет прямую причинную связь со смертью.

3.Смерть наступила в результате сочетанной шейно-затылочной травмы тела, сопровождавшейся ушибом головного и спинного мозга (см пункт №1), осложнившейся отеком и набуханием головного мозга с дислокацией. Заключение подтверждается картиной, найденной на вскрытии, и данными медицинской документации.

4.Травма возникла от однократного травматического ударного воздействия твердого тупого предмета с преобладающей контактирующей поверхностью на левую затылочную область с действием травмирующей силы слева направо и сзади наперед, что возможно пари падении пострадавшего навзничь.

5.Данных в истории болезни о наличия алкоголя в крови пострадавшего не обнаружено.

Эталон№3

1. При исследовании трупа гр. Кучина обнаружена закрытая черепно-мозговая травма - кровоподтек в левой окологлазничной области, кровоизлияние в кожном лоскуте в затылочной области слева, перелом затылочной кости слева, кровоизлияние под мягкие мозговые оболочки в левой лобной доле, очаг разрушения ткани мозга в полюсе правой лобной доли.

2. Данная черепно-мозговая травма, согласно пункту 6.1.2. – «перелом свода (лобной, теменной костей) и (или) основания черепа: черепной ямки (передней, средней или задней) или затылочной кости», приказа МЗиСР РФ 194н от 24.04.2008г отнесена к критериям, характеризующим квалифицирующий признак вреда, опасного для жизни человека. По указанному признаку, согласно правилам «Определения тяжести вреда, причиненного здоровью человека» (постановление правительства РФ №522 от 17.08.2007г) указанная черепно-мозговая травма, квалифицируется как ТЯЖКИЙ ВРЕД ЗДОРОВЬЮ. Обнаруженная черепно-мозговая травма состоит в прямой причинной связи с наступившей смертью.

3. Смерть наступила 13.01.09 г. в 0-50 (что зафиксировано в истории болезни) в результате описанной выше закрытой черепно-мозговой травмы, приведшей к отеку головного мозга. Данное заключение подтверждается данными вскрытия, дополнительных методов исследования и медицинской документации.

4.Указанные повреждения возникли от воздействия тупого твердого предмета (предметов) без четких идентифицирующих свойств, либо при ударе о таковой (таковые). При этом, учитывая локализацию точек приложения силы, можно говорить что имело место не менее двух воздействий – в область левого глаза и в левую затылочную область. Указанные повреждения могли образоваться, в том числе при падении пострадавшего с высоты собственного роста, в том числе неоднократно, что не исключает и другие условия возникновения травмы.

5.При поступлении в стационар в крови потерпевшего обнаружен этиловый алкоголь в концентрации 2,78 промилле, что по аналогии с живыми лицами, при наличии соответствующей клинической картины, обычно расценивается как тяжелая степень алкогольного опьянения.

Эталон№4

1. Закрытая черепно-мозговая травма – кровоизлияние в коже слева в теменно-затылочной области, субдуральная гематома слева в передней, средней черепных ямках и по наружной поверхности мозга объемом 150 мл, субарахноидальные и внутримозговые кровоизлияния по полюсной поверхности правой височной доли, по полюсным поверхностям левых лобной и височной долей.

2. Осложнения: отек и набухание головного мозга с дислокацией; отек легких; венозное полнокровие внутренних органов.

3. Сопутствующее: черепно-мозговая травма в стадии организации – перелом левой височной кости, трепанационное отверстие теменной и височной костей слева, организовавшиеся эпидуральные кровоизлияния в зоне перелома.

4. Обнаруженная при исследовании трупа, ЧЕРЕПНО-МОЗГОВАЯ ТРАВМА причинила вред, опасный для жизни человека и согласно пункту 4.а Правил определения степени тяжести вреда, причиненного здоровью человека (Постановление Правительства РФ от 17 августа 2007 г. N 522) и пункта 6.1. приказа МЗиСР РФ 194н от 24.04.2008.г., квалифицируется, как обусловившая тяжкий вред здоровью. Черепно-мозговая травма имеет прямую причинную связь со смертью.

5. Локализация и совокупность телесных повреждений (кровоизлияние в коже теменно-затылочной области, полюсные кровоизлияния в головном мозге) позволяют говорить, что травма имеет инерционный механизм и, возникла при воздействии твердого тупого предмета без четких идентифицирующих признаков с массой больше массы головы на левую теменно-затылочную область с действием травмирующей силы сзади наперед. Пострадавший мог получить черепно-мозговую травму при падении с высоты собственного роста.

Эталоны №5

1.При судебно-медицинском исследовании трупа обнаружены следующие телесные повреждения: закрытая черепно-мозговая травма - кровоизлияние в коже слева в нижней части теменно-височной области, линейный перелом слева затылочной кости до наружного края яремного отверстия, дисковидная эпидуральная гематома в зоне перелома объемом 120 мл, геморрагический некроз правых лобной и височной долей и полюсной и внутренней поверхности левой лобной доли с микрогематомами в мягких мозговых оболочках в зонах некроза; кровоизлияния в мягких тканях обоих яремных отверстий и в заднюю атланто-затылочную мембрану.

2.Обнаруженная при настоящей экспертизе, ЧЕРЕПНО-МОЗГОВАЯ ТРАВМА причинила вред, опасный для жизни человека и согласно пункту 4.а Правил определения степени тяжести вреда, причиненного здоровью человека (Постановление Правительства РФ от 17 августа 2007 г. N 522) и пункта 6.1. приказа МЗиСР РФ 194н от 24.04.2008.г., квалифицируется, как обусловившая тяжкий вред здоровью. Черепно-мозговая травма имеет прямую причинную связь со смертью.

3.Смерть наступила в результате черепно-мозговой травмы с переломом затылочной кости, контузионными противоударными повреждениями головного мозга, эпидуральной гематомой в зоне перелома, осложнившейся дислокацией головного мозга с некрозом стволовых отделов. Заключение подтверждается клинико-морфологической картиной – на операции и на вскрытии обнаружены перелом костей черепа, внутричерепная гематома и ушибы головного мозга.

4.Локализация и совокупность телесных повреждений позволяют говорить, что травма имеет инерционный механизм, и возникла от однократного ударного воздействия на левую теменно-затылочную область твердого тупого предмета с массой больше массы головы с действием травмирующей силы сзади наперед и слева направо. Заключение подтверждается наличием перелома в затылочной кости с прогибанием кости (область сжатия по наружной костной пластинке) в нижней части лямбдовидного шва с расхождением шва и распространением перелома на латеральную часть затылочной кости до яремного отверстия; а так же противоударными кавитационными повреждениями лобной и височной долей справа и лобной слева.

5.Данных в истории болезни о наличия алкоголя в крови пострадавшего не обнаружено.

**6. Перечень практических умений по изучаемой теме.**

(УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-5, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10)

- установить причину смерти;

- провести судебно-медицинское исследование трупа при различных видах насильственной смерти;

- определить степень тяжести телесных повреждений;

- установить причинно-следственную связь между повреждением и неблагоприятным исходом;

**7. Рекомендации по выполнению НИР**

Примерная тематика по НИР по теме - не предусмотрена.

**8. Рекомендованная литература по теме занятия (обязательная, дополнительная, электронные ресурсы, включая законодательные и нормативно-правовые документы)**

**Занятие № 24**

**1. Индекс: ОД.О.01.1.4.26** **Тема: «Признаки, возникающие при падении с высоты. Особенности повреждений при падении на различные области тела».**

**2. Форма организации занятия:** подготовка к практическому занятию.

**3. Перечень вопросов для самоподготовки по теме практического занятия**

1. Каковы особенности механизмов повреждений при падении человека на плоскость? (УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-5, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10)

ОТВЕТ: Падения на плоскость, т. е. с высоты собственного роста, могут приводить к разным по характеру повреждениям тупыми предметами. Их совокупность нередко позволяет устанавливать механизм их возникновения. Падение на плоскость происходит часто случайно и чаще всего встречается среди пожилых и пьяных людей на улице, особенно в зимнее время. Обычно в области удара от падения, а чаще при наступлении смерти — это затылочная область головы, появляется ссадина или кровоподтек, при большом ускорении тела (при толчке или ударе) — ушибленная рана. Это зависит от плотности и рельефа грунта. Наблюдаются также переломы нижних и верхних конечностей. Падение может приводить к тяжелой травме и смерти, нередко в связи с повреждением головы. Наблюдаются сотрясение и ушиб мозга, кровоизлияние под оболочки при закрытой ЧМТ, переломы костей свода черепа и   
основания. При падении на затылок — перелом затылочной кости, идущий к пирамидке височной кости. В месте удара иногда на противоположной стороне образуются кровоизлияния. Признаков сотрясения тела при таком падении не бывает, не характерно повреждение одежды. Наружные повреждения единичны и односторонни. Следует обращать внимание на особенности повреждения одежды и кожных покровов, возникновение которых не связано с падением.

2. Чем характерно падение с большой высоты? (УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-5, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10)

ОТВЕТ: Падение с большой высоты в последние годы заняло значительное место в судебно-ме-дицинской практике, так как помимо несчастных случаев из-за неосторожности и несоблюдения техники безопасности, участились умышленные падения с высоты, используемые с целью убийства и самоубийства.

Для повреждений, возникающих при падении с большой высоты, характерно несоответствие незначительных единичных наружных повреждений множественным и тяжелым внутренним, односторонняя их локализация, преобладание непрямых повреждений вдали от места приложения силы, просто выраженные признаки сотрясения тела. Однако характер и локализация повреждений имеют разные варианты в зависимости от вида падения.

3. Какие виды падения с большой высоты различают? (УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-5, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10)

ОТВЕТ: Падение может быть прямым и ступенчатым, свободным и несвободным, координированным и некоординированным.

1. Прямое падение (примерно 90% всех падений) — беспрепятственное падение тела на грунт. Оно может быть координированным, когда человек умеет и успевает, как десантник, принять наиболее физиологически выгодную позу, сгруппировать мышцы, и некоординированным, при внезапном падении.

2. Ступенчатое падение — в процессе которого тело ударяется о выступающие предметы (преграды) на пути падения.

Различают также свободное падение, когда тело падает без груза, и несвободное, когда оно падает с каким-либо предметом (рюкзак альпиниста) или внутри него (например, внутри лифта или кабины вертолета).

4. От чего зависят тяжесть и особенности повреждений оря падении с высоты? (УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-5, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10)

ОТВЕТ: Тяжесть, локализация и морфологические особенности повреждений зависят: 1) от вида падения; 2) высоты и скорости падения; 3) массы и длины тела, возраста, строения костей и суставов, особенностей одежды падавшего; 4) от плотности рельефа и податливости поверхности приземления, т. е. глубины проникновения; 5) от сопротивления воздуха (раскинув конечности или «солдатиком», степени парашютирования одежды;

6) от положения тела в момент приземления. Оно может быть вертикальным — с приземлением на стопы, колени, ягодицы или голову, и горизонтальным — с приземлением плашмя, на переднюю или заднюю, а также боковую поверхности тела.

5. Какие признаки повреждения характерны для определенного положения тела в момент приземления? (УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-5, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10)

ОТВЕТ: Основным механизмом образования повреждений при падении с высоты является удар при касании с грунтом, тем не менее различают фазы получения повреждения разной локализации:

1. Первичные прямые повреждения, которые возникают в момент удара о грунт в месте соударения.

2. Первичные непрямые, образующиеся в момент приземления, но на протяжении и вдали от точки удара.

3. Вторичные повреждения при падении тела уже после приземления.

Такой расклад позволяет определять положение тела в момент приземления. При падении на ноги первичные прямые повреждения наблюдается на подошве стоп в виде ссадин, кровоподтеков, ран, переломов костей стоп. К первичным непрямым повреждениям в этом случае относятся оскольча-тые переломы голени и нижней трети бедра, вколоченный перелом головки бедренной кости по краю вертлужной впадины таза, компрессионные переломы поясничных и нижнегрудных позвонков, кольцевидные переломы вокруг большого затылочного отверстия черепа от внедрения 1-го шейного позвонка. Кроме того, множество повреждений образуется от сотрясения тела. Вторичные повреждения приводят к различным повреждениям кожи, переломам костей конечностей, иногда закрытым переломам костей черепа.

При падении на голову, что бывает в 25% случаев, первичные прямые повреждения локализуются в теменной, затылочной, лобной или височной областях в виде кровоподтеков, ссадин, ран, оскольчатого перелома свода или лицевого черепа. Первичные непрямые повреждения включают переломы и вывихи шейного отдела позвоночника с повреждением спинного

мозга, компрессионные переломы грудных позвонков, переломы грудины, ребер и повреждения внутренних органов вследствие сотрясения тела.

Вторичные повреждения выражены слабее. Это повреждения при ударе о грунт.

Повреждения при горизонтальных падениях тяжелы, но менее специфичны и напоминают транспортную травму. Они располагаются только с одной стороны тела. При ступенчатом падении возникают повреждения кожи от скольжения, показывающие направления перемещения тела. Именно отбор всех травматических повреждений по фазам их возникновения позволяет выявить такое повреждение, которое не связано с падением и может пролить свет на расследование.

Важным является вопрос, было ли придано ускорение при падении тела. Обоснованным ответом на него могут служить результаты осмотра места происшествия и трупа на месте обнаружения. При этом отмечается расстояние от места соударения на трупе (голова, ноги, туловище) до основания линии перпендикуляра падения, например стены здания. Другой особенностью осмотра является внимательное исследование места, откуда человек выпал (комната со следами борьбы, разбитые стекла, высота и повреждение барьера балкона и т. д.).

6. Какие вопросы следует ставить перед судебно-медицинской экспертизой при подозрении на повреждения вследствие падения? (УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-5, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10)

ОТВЕТ: 1. Характерны ли выявленные на трупе повреждения для падения на плоскость?

2. Можно ли установить, произошло ли падение при дополнительном ускорении?

3. Характерны ли повреждения на трупе от падения с высоты?

4. Все ли повреждения являются результатом падения с высоты. Нет ли повреждений другого происхождения?

5. В каком положении находилось тело в момент приземления?

6. Прямым или ступенчатым было падение?

7. Можно ли определить по локализации и особенностям повреждения, было ли падение координированным?

Другие обязательные вопросы, не связанные именно с падением (причина смерти, прижиз-ненность и тяжесть повреждений и пр.).

**4.Самоконтроль по тестовым заданиям данной темы**

1.ТРАВМАТИЧЕСКОЕ ВОЗДЕЙСТВИЕ, ПРИВОДЯЩЕЕ К ОБРАЗОВАНИЮ ПЕРЕЛОМОВ ПОЗВОНОЧНИКА

1) вращение

2) бросание

3) падение

4) полет

5) удар

Правильный ответ: 5 ПК-5

2.ФОРМА ВНУТРИКОЖНОГО КРОВОИЗЛИЯНИЯ НА БЕДРЕ ПРИ ВОЗДЕЙСТВИИ ТВЕРДОГО ТУПОГО ПРЕДМЕТА С ПРЯМОУГОЛЬНОЙ УДЛИНЕННОЙ ПОВЕРХНОСТЬЮ С РЕБРАМИ

1) круглая

2) овальная

3) прямоугольная

4) квадратная

5) ромбовидная

Правильный ответ: 3 ПК-5

3.УСЛОВИЕ, ПРИ КОТОРОМ ВОЗНИКАЮТ КОНСТРУКЦИОН-НЫЕ ПЕРЕЛОМЫ ШЕЙНЫХ ПОЗВОНКОВ С КЛИНОВИДНОЙ КОМПРЕССИЕЙ В ЗАДНЕМ ОТДЕЛЕ ТЕЛА

1) при резком сгибании шейного отдела позвоночника

2) при резком разгибании шейного отдела позвоночника

3) при кручении

4) при вращении

5) при сотрясении

Правильный ответ: 2 ПК-5

4.ПОВРЕЖДЕНИЯ, ВОЗНИКАЮЩИЕ У ЭКИПАЖА И ПАССАЖИРОВ, ПРИ ПАДЕНИИ ВС НА ЗЕМЛЮ

1) химический ожог пищевода

2) колото-резаные ранения различного характера

3) множественные разрывы и отрывы внутренних органов

4) огнестрельные раны

5) следы волочения (протаскивания)

Правильный ответ: 3 ПК-5

5.ОСНОВНАЯ ЗАДАЧА МЕДИКО-КРИМИНАЛИСТИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ОБЪЕКТОВ ПРИ РАССЛЕДОВАНИИ АВИАКАТАСТРОФ

1) установление факта приема пищи экипажем

2) установление положений тел членов экипажа в момент авиакатастрофы

3) выяснение семейного положения членов экипажа

4) наличие алкогольного (наркотического) опьянения у членов экипажа

5) прижизненность повреждений

Правильный ответ: 2 ПК-5

6. СОСТАВНЫЕ КОМПОНЕНТЫ РАН

1) края, концы раны

2) наличие в ране загрязнений

3) наличие «пояска металлизации»

4) кровоподтек вне поврежденной кожи

5) направление раневого канала

Правильный ответ: 1 ПК-5

7. ФАЗА ТРАВМИРОВАНИЯ ПРИ ФРОНТАЛЬНОМ (ЦЕНТРАЛЬНОМ) СТОЛКНОВЕНИИ ГРУЗОВОГО АВТОМОБИЛЯ С ЧЕЛОВЕКОМ ЯВЛЯЮТСЯ

1) падение из автомобиля на дорожное покрытие

2) скольжение по кузову автомобиля

3) скольжение по лобовому стеклу

4) скольжение по крыше

5) соударение частей автомобиля с человеком

Правильный ответ: 5 ПК-5

8.НЕГАТИВНЫЙ ОТПЕЧАТОК РИСУНКА ПРОТЕКТОРА КОЛЕСА АВТОМОБИЛЯ НА ОДЕЖДЕ И ТЕЛЕ МОЖЕТ ВОЗНИКНУТЬ ПРИ

1) переезде тела

2) соприкосновении одежды с бампером

3) соприкосновении одежды с кузовом

4) ударе колесным диском

5) забрасывании тела на капот

Правильный ответ: 1 ПК-5

1. ПРИ ПЕРЕЕЗДЕ ОБЛАСТИ ЖИВОТА КОЛЕСОМ (А/М) ВОЗНИКАЮТ СЛЕДУЮЩИЕ ПОВРЕЖДЕНИЯ

1) перелом костей основания черепа

2) черепно-мозговая травма

3) трех- лодыжечный перелом правой голени

4) перелом ключицы

5) разрывы и надрывы брыжейки тонкого кишечника

Правильный ответ: 5 ПК-5

1. РАЗРЫВЫ СЕРДЦА И ДУГИ АОРТЫ С КРОВОИЗЛИЯНИЯМИ В КЛЕТЧАТКУ СРЕДОСТЕНИЯ СРЕДИ ЛИЦ, ПОЛУЧИВШИХ ТРАВМУ В САЛОНЕ ЛЕГКОВОГО АВТОМОБИЛЯ ПРИ ЕГО ФРОНТАЛЬНОМ СТОЛКНОВЕНИИ, ПРЕИМУЩЕСТВЕННО НАБЛЮДАЮТСЯ У

1) пассажира переднего сидения

2) водителя

3) пассажира заднего сидения справа

4) пассажира заднего сидения слева

5) пассажира, сидящего по центру

Правильный ответ: 2 ПК-5

**5. Сасмоконтроль по ситуационным задачам**

Задача №1. (УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-5, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10)

ОБСТОЯТЕЛЬСТВА ДЕЛА: в направлении на судебно-медицинское исследование не указаны

Представлена история болезни на имя П., 64 лет, согласно которой она поступила с жалобами на кровотечение из уха и головную боль. Со слов врача скорой помощи во время судорог упала дома и ударилась головой. В запое несколько дней. Сама пострадавшая обстоятельств травмы не помнит. Общее состояние тяжелое. Определяется запах алкоголя изо рта. Дыхание спонтанное, проводится по всем полям, хрипов нет. ЧДД 19 в минуту, сердечные тоны ясные, ритмичные. ЧСС 100 в минуту АД 140/90 мм.рт.ст. Живот не вздут, симметричен, участвует в акте дыхания, мягкий, безболезненный. Сознание – глубокое оглушение, сопор. Дезориентирована в месте, времени, своей личности. Критика снижена. Зрачки равные, фотореакции живые. Движения глазных яблок ограничены в крайних отведениях. Левосторонний гемипарез. Сухожильные рефлексы больше справа, умерено оживлены. В позе Ромберга не устойчива. Ригидность мышц затылка до 2 мм, симптом Кернига 160 °. М-ЭХО: смещение справа налево на 2,5-3,0 мм, на фоне дополнительных сигналов. Локально: из левого уха отмечается кровотечение, симптом «двойного пятна» сомнителен. Диагноз: открытая черепно-мозговая травма? Ушиб головного мозга. Перелом основания черепа слева? 02.12.02г ЭХО-ЭС смещения срединных структур головного мозга не выявлено, дополнительные сигналы в передних отделах больше справа, где М-ЭХО выводится с трудом, и немного справа в средне задних, слева – в задних. Третий желудочек 6-7 мм, пульсация немного усилена. В протоколе рентгеновского исследования № 3726-1 от 11.12.02г справа отмечается сгущение легочного рисунка, инфильтративных, очаговых теней не выявлено. Купол диафрагмы четкий. На фоне нарастающей дыхательной и сердечно-сосудистой недостаточности 14.01.03 в 22-45 констатирована смерть больного. ПОСМЕРТНЫЙ ДИАГНОЗ: открытая черепно-мозговая травма, ушиб головного мозга тяжелой степени, линейный перелом левой височной кости с переходом на основание черепа по средней черепной ямке, отоликворея слева, ушиб мягких тканей головы. Осложнения: двусторонняя абсцедирующая пневмония, инфекционно-токсический шок, отек – набухание головного мозга.

Алкоголь – данных в истории болезни не обнаружено.

НАРУЖНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ. Труп женщины, доставлен без одежды, среднего телосложения, удовлетворительного питания, длиной тела 175 см. Кожа бледно-серая, холодная на ощупь во всех отделах, в отлогих местах тела сливные, фиолетовые, не исчезающие и не меняющие цвет при надавливании трупные пятна. Трупное окоченение достаточно выражено во всех обычно исследуемых группах мышц. Склеры глаз мутные, тусклые, суховаты, кровоизлияний в соединительные оболочки глаз не отмечается, зрачки равновелики по 0,4 см диаметром. Голова правильной формы, кости черепа и лицевого скелета на ощупь целы. Грудная клетка цилиндрическая, эластичная, упругая, ребра на ощупь целы. Живот на одном уровне с грудной клеткой. Естественные отверстия тела и полости рта и носоглотки свободны, чистые. Слизистая оболочка губ синюшная, подсохшая. Анальное отверстие сомкнуто, кожа вокруг него слегка обпачкана каловыми массами. Половые органы развиты правильно по женскому типу. Кости конечностей целы.

ПОВРЕЖДЕНИЯ. Каких-либо повреждений, кроме следов медицинских манипуляций, при наружном исследовании не обнаружено.

ВНУТРЕННЕЕ ИССЛЕДОВАНИЕ. Полость черепа: кожно-мышечный лоскут головы гладкий, влажный, блестящий, без кровоизлияний и повреждений, височные мышцы синюшные, сочные, полнокровны. Кости свода и основания черепа целы. Твердая мозговая оболочка серо-перламутрового цвета, цела, блестящая, гладкая, влажная, просвет ее синусов выполнен жидкой темной кровью в большом количестве. В правой лобной доле по передней и базальной поверхностям, на участке диаметром 10 см, диффузные субарахноидальные кровоизлияния, распространяющиеся в вещество мозга, с образованием в нем внутримозговой гематомы диаметром 4 см, выполненной ржавой кровью как жидкой, так и ржавыми и темно-вишневыми свертками. Мягкие мозговые оболочки тонкие, прозрачные со студневидным отеком и полнокровными сосудами, по ходу которых определяются рассеянные точечные кровоизлияния в небольшом количестве в толще мозговых оболочек. Сосуды Вилизиева круга с тонкими стенками, пустым просветом. Борозды мозга с обычным рисунком, на миндаликах мозжечка определяется полоса вдавления от краев большого затылочного отверстия. Головной мозг эластичный, на разрезах с четкой границей серого и белого вещества и мраморным рисунком подкорковых ядер. Поверхности разрезов тускловаты, липнут к лезвию ножа. Желудочки мозга симметричны, растянуты прозрачной жидкостью, эпендима их бледно-серая, блестящая, влажная. В крыше 4-го желудочка пятнистые множественные кровоизлияния. Сосудистые сплетения обычного вида, полнокровны. В задней атланто-затылочной мембране ржаво-красные пятнистые кровоизлияния.

ОРГАНЫ ГОЛОВЫ И ШЕИ. Язык синюшный, влажный, обложен серовато-желтым, не снимающимся налетом. Слизистые оболочки носоглотки синюшные, влажные, блестящие. Небные миндалины округлые, диаметром по 1,5 см, с бугристой поверхностью, без наложений, синюшные. В мягких тканях шеи повреждений и кровоизлияний не обнаружено. Вход и просвет гортани свободен, слизистая оболочка ее бледно-серая. Подъязычная кость и хрящи гортани целы, в мягких тканях ее повреждений не обнаружено. Просвет трахеи и главных бронхов свободен, хрящи трахеи целы. Щитовидная железа обычных размеров, с равновеликими долями, плотно-эластичная, темно-коричневая, на разрезе полнокровна, дольчатого строения. Просвет пищевода свободен, слизистая его бледно-серая, продольно складчатая.

ГРУДНАЯ ПОЛОСТЬ. В плевральных полостях следы прозрачной жидкости. Легкие выполняют 2\3 полостей, с блестящей, гладкой и влажной плеврой. Под висцеральной плеврой, особенно, в прикорневых отделах легких и по базальным поверхностям, множественные точечные кровоизлияния. Легкие синюшные в передних и темно-синюшные в задних отделах, тестоватой консистенции, на разрезах темно-красные с обычным рисунком, полнокровны. Слизистые оболочки воздухопроводящих путей светло-розовые, набухшие. Бифуркационные лимфоузлы располагаются в виде пакетов диаметром от 1 до 2 см, эластичные, не спаянные между собой и с окружающими тканями, темно-синюшные, на разрезах сочные, с обычным рисунком. В полости перикарда следы прозрачной жидкости, листки его гладкие, влажные, блестящие. Под эпикардом единичные точечные рассеянные темно-красные кровоизлияния. Сердце дрябло-эластичное, 11х9х8 см, с избыточным отложением жира под эпикардом. В полостях сердца немного жидкой темной крови с мелкими единичными темно-вишневыми свертками. Миокард розовато-синюшный, эластичный, неравномерного кровенаполнения. Толщина стенки правого желудочка 0,3 см, левого 1,2 см. Клапаны и пристеночный эндокард тонкий, полупрозрачный, клапаны сформированы правильно. Аорта эластична, со следами жидкой крови в просвете и рассеянными липидными пятнами в интиме. Коронарные артерии с тонкими стенками, пустым просветом.

БРЮШНАЯ ПОЛОСТЬ. Органы расположены анатомически правильно. В полости следы прозрачной жидкости соломенного цвета. Листки брюшины гладкие, влажные, блестящие. Желудок пустой, содержимое кишечника отделам соответствует, слизистые оболочки их бледно-серые. Мезентериальные лимфоузлы располагаются раздельно, диаметр их не более 1 см, эластичны. Печень 26х20х18х13 см, плотно-эластичная, желто-коричневая с поверхности и на разрезах, полнокровная, со смазанным рисунком долек. В желчном пузыре 15 мл жидкой темно-зеленой желчи, слизистая оболочка его темно-зеленая, бархатистая. Просвет внепеченочных желчевыводящих путей свободно проходим. Поджелудочная железа обычных размеров, плотно-эластичная, бледно-серая, на разрезах - дольчатого строения. Селезенка 6х5х4 см, синюшная, полнокровна, эластична, без соскоба. Надпочечники листовидной формы, обычных размеров, на разрезах граница слоев четкая. Почки равновелики, 11х6х5 см, дрябло-эластичные. Капсула сползает при надрезе, обнажая ровную поверхность. По краю разреза паренхима наползает на капсулу. На разрезах корковый слой - синюшный, с темно-красным крапом и подчеркнутым рисунком, мозговой слой также с подчеркнутым рисунком, граница слоев отчетливо выражена. Слизистые оболочки лоханок и чашечек бледно-синюшные, гладкие, блестящие, просвет последних свободен. Мочеточники проходимы на всем протяжении, с бледно-серой слизистой. Мочевой пузырь пуст, слизистая оболочка его складчатая, бледно-серая, уретра свободно проходима.

Из трупа для судебно-гистологического исследования взяты кусочки внутренних органов на патоморфологические изменения.

В качестве вещественного доказательства взята кровь на марле.

Вопросы:

1.Повреждения обнаруженные при исследовании?

2.Степень тяжести вреда здоровью?

3.Причина смерти?

4.Механизм травмы?

5.Состояние опьянения?

Задача №2. (УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-5, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10)

ОБСТОЯТЕЛЬСТВА ДЕЛА: в направлении на судебно-медицинское исследование указано, что «труп гр. И. был обнаружен 15.01.03г в кв. 00 по ул. Мира 00».

Представлена история болезни на имя гр. И., 1948 г.р., согласно которой она была доставлена 04.01.03г. Известно, что в течение последних 2-х месяцев злоупотребляла алкоголем. 03.01.03г вечером муж вернулся с работы, нашел дома на полу. Состояние крайне тяжелое. Кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски, влажные. В легких дыхание проводится по всем полям, хрипов нет. Тоны сердца ритмичные, ЧСС 96/мин, АД 200/100 мм.рт.ст. Температура 38,5°С. Живот мягкий, Стул, мочеиспускание не контролирует. Сознание – оглушение 3 степени, сопор. Не контактен. Зрачки правый больше левого. Реакция на свет сохранена. Асимметрия правой носогубной складки. Сухожильные рефлексы правый меньше левого. Мышечный тону снижен в правых конечностях. Симптом Кернига 170° с двух сторон. Диагноз: острое нарушение мозгового кровообращения по геморрагическому типу в бассейне левой средней мозговой артерии с правосторонней гемиплегией сенсорно-моторной афазией. Геморрагический инсульт. М-ЭХО срединные структуры головного мозга не смещены. 05.01.03г Заключение окулиста – На глазном дне левого глаза проявления кровавого отека ДЗН и прилежащей сетчатки, умеренная венозная инъекция на фоне выраженного сужения артерий клетчатки. Зрелая выраженная катаракта ОД, начальный парез взора вправо. В протоколе рентгеновского исследования № 2 от 05.01.03г легочные поля без очаговых и инфильтративных теней. Тень средостенья в норме. 14.1.03г – ЭХО-ЭГ сомнительно в виду множества дополнительных сигналов. Смещение срединных структур головного мозга справа налево в средне задних отделах 9мм. Третий желудочек 8мм. Множество дополнительных сигналов справа в средне задних отделах. Усилена пульсация. Несмотря не проводимую терапию, состояние больного прогрессивно ухудшалось, и 15.01.03г в 03-40 наступила смерть. ПОСМЕРТНЫЙ ДИАГНОЗ: Цереброваскулярная болезнь. Острое нарушение мозгового кровообращения по геморрагическому типу в бассейне левой средней мозговой артерии с правосторонней гемиплегией.

Алкоголь -

НАРУЖНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ. Труп женщины, доставлен без одежды, среднего телосложения, удовлетворительного питания, длиной тела 163 см. Кожа бледно-серая, холодная на ощупь во всех отделах, в отлогих местах тела сливные, фиолетовые, не исчезающие и не меняющие цвет при надавливании трупные пятна. Трупное окоченение достаточно выражено во всех обычно исследуемых группах мышц. Склеры глаз мутные, тусклые, суховаты, кровоизлияний в соединительные оболочки глаз не отмечается, зрачки равновелики по 0,4 см диаметром. Голова правильной формы, кости черепа и лицевого скелета на ощупь целы. Грудная клетка цилиндрическая, эластичная, упругая, ребра на ощупь целы. Живот на одном уровне с грудной клеткой. Естественные отверстия тела и полости рта и носоглотки свободны, чистые. Слизистая оболочка губ синюшная, подсохшая. Анальное отверстие сомкнуто, кожа вокруг него слегка обпачкана каловыми массами. Половые органы развиты правильно по женскому типу. Кости конечностей целы.

ПОВРЕЖДЕНИЯ. Каких-либо повреждений, кроме следов медицинских манипуляций, при наружном исследовании не обнаружено.

ВНУТРЕННЕЕ ИССЛЕДОВАНИЕ. Полость черепа: Слева в затылочной области в 7 см от оси тела ржаво-красное кровоизлияние диаметром 5см. В остальных отделах кожно-мышечный лоскут головы гладкий, влажный, блестящий, без кровоизлияний и повреждений, височные мышцы синюшные, сочные, полнокровны. Кости свода и основания черепа целы. Твердая мозговая оболочка серо-перламутрового цвета, цела, блестящая, гладкая, влажная, просвет ее синусов выполнен жидкой темной кровью в большом количестве. Слева по наружной поверхности мозга в средней и передней черепных ямках эпидуральное пластинчатое кровоизлияние объемом 100мл, состоящее из частично лизированных ржаво-красных свертков крови. По наружной поверхности левой теменной и лобной долей ржаво-красное прокрашивание мягких мозговых оболочек на участке диаметром 10см. Мягкие мозговые в остальных отделах оболочки тонкие, прозрачные со студневидным отеком и полнокровными сосудами, по ходу которых определяются рассеянные точечные кровоизлияния в небольшом количестве в толще мозговых оболочек. Сосуды Вилизиева круга с тонкими стенками, пустым просветом. Борозды мозга сглажены, извилины уплощены, на миндаликах мозжечка определяется полоса вдавления от краев большого затылочного отверстия. Головной мозг эластичный, на разрезах с четкой границей серого и белого вещества и мраморным рисунком подкорковых ядер. Поверхности разрезов тускловаты, липнут к лезвию ножа. Желудочки мозга симметричны, обычного объема, эпендима их бледно-серая, блестящая, влажная, в полостях желудочков следы прозрачной соломенного цвета жидкости. Сосудистые сплетения обычного вида, полнокровны.

При ревизии шейного отдела позвоночного столба диффузное кровоизлияние в связки атлантозатылочного и атлантоаксиального сочленений и диффузное эпидуральное кровоизлияние с 1 по 3 шейные позвонки по передней поверхности.

ОРГАНЫ ГОЛОВЫ И ШЕИ. Язык синюшный, влажный, обложен серовато-желтым, не снимающимся налетом. Слизистые оболочки носоглотки синюшные, влажные, блестящие. Небные миндалины округлые, диаметром по 1,5 см, с бугристой поверхностью, без наложений, синюшные. В мягких тканях шеи повреждений и кровоизлияний не обнаружено. Вход и просвет гортани свободен, слизистая оболочка ее бледно-серая. Подъязычная кость и хрящи гортани целы, в мягких тканях ее повреждений не обнаружено. Просвет трахеи и главных бронхов свободен, хрящи трахеи целы. Щитовидная железа обычных размеров, с равновеликими долями, плотно-эластичная, темно-коричневая, на разрезе полнокровна, дольчатого строения. Просвет пищевода свободен, слизистая его бледно-серая, продольно складчатая.

ГРУДНАЯ ПОЛОСТЬ. Слева листки плевры покрыты фибринозно-гнойным налетом. Легкие выполняют 2/3 полостей, уплотнены во всех отделах, на разрезах безструктурны, серо-красные, расползаются под пальцами с большим количеством абсцессов от 0,5 до 2 см диаметром. С поверхности разрезов стекает желтая мутная жидкость в повышенном количестве и темная жидкая кровь из сосудов. В просвете воздухо-проводящих путей немного жидкого желтого гноя, слизистые оболочки гортани, трахеи и бронхов гиперемированы, отечны с налетом фибрина.

Бифуркационные лимфоузлы располагаются в виде пакетов диаметром от 1 до 2 см, эластичные, не спаянные между собой и с окружающими тканями, темно-синюшные, на разрезах сочные, с обычным рисунком. В полости перикарда следы прозрачной жидкости, листки его гладкие, влажные, блестящие. Под эпикардом единичные точечные рассеянные темно-красные кровоизлияния. Сердце дрябло-эластичное, 11х9х8 см, с избыточным отложением жира под эпикардом. В полостях сердца немного жидкой темной крови с мелкими единичными темно-вишневыми свертками. Миокард розовато-синюшный, эластичный, неравномерного кровенаполнения. Толщина стенки правого желудочка 0,3 см, левого 1,2 см. Клапаны и пристеночный эндокард тонкий, полупрозрачный, клапаны сформированы правильно. Аорта эластична, со следами жидкой крови в просвете и рассеянными липидными пятнами в интиме. Коронарные артерии с тонкими стенками, пустым просветом.

БРЮШНАЯ ПОЛОСТЬ. Органы расположены анатомически правильно. В полости следы прозрачной жидкости соломенного цвета. Листки брюшины гладкие, влажные, блестящие. Желудок пустой, содержимое кишечника отделам соответствует, слизистые оболочки их бледно-серые. Мезентериальные лимфоузлы располагаются раздельно, диаметр их не более 1 см, эластичны. Печень 26х20х18х13 см, плотно-эластичная, желто-коричневая с поверхности и на разрезах, полнокровная, со смазанным рисунком долек. В желчном пузыре 50 мл жидкой темно-зеленой желчи, слизистая оболочка его темно-зеленая, бархатистая. Просвет внепеченочных желчевыводящих путей свободно проходим. Поджелудочная железа обычных размеров, плотно-эластичная, бледно-серая, на разрезах - дольчатого строения с множественными кальцинатами. Селезенка 6х5х4 см, синюшная, полнокровна, эластична, без соскоба. Надпочечники листовидной формы, обычных размеров, на разрезах граница слоев четкая. Почки равновелики, 11х6х5 см, дрябло-эластичные. Капсула сползает при надрезе, обнажая ровную поверхность. По краю разреза паренхима наползает на капсулу. На разрезах корковый слой - синюшный, с темно-красным крапом и подчеркнутым рисунком, мозговой слой также с подчеркнутым рисунком, граница слоев отчетливо выражена. Слизистые оболочки лоханок и чашечек бледно-синюшные, гладкие, блестящие, просвет последних свободен. Мочеточники проходимы на всем протяжении, с бледно-серой слизистой. Мочевой пузырь пуст, слизистая оболочка его складчатая, бледно-серая, уретра свободно проходима.

Из трупа для судебно-гистологического исследования взяты кусочки внутренних органов на патоморфологические изменения.

Вопросы:

1.Повреждения обнаруженные при исследовании?

2.Степень тяжести вреда здоровью?

3.Причина смерти?

4.Механизм травмы?

5.Состояние алкогольного опьянения?

Задача № 3. (УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-5, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10)

Представлен акт медицинского исследования трупа от 14.02.09г. Представлена медицинская карта стационарного больного из ГКБ № 6 на имя гр. В., 1960 г.р., который 02.01.09г. в 21-40 бригадой "скорой помощи" был доставлен в токсикологическое отделение с нарушением сознания. Обнаружен без сознания по адресу: ул. Кутузова, 00, подъезд 0, между 2 и 3 этажами, рядом пустые бутылки из под алкоголя. В анамнезе цирроз печени. На догоспитальном этапе рвота. При поступлении сознание кома 1 степени. кожные покровы обычной окраски, влажности, субинтеричные, в наколках. В носовых ходах засохшая кровь. Зрачки обычные, равны. Фотореакция слабая. Рефлексы сохранены, равны. На боль реакция движениями в конечностях. Мышечный тонус удовлетворительный. Дыхание спонтанное, адекватное, частота дыхательных движений 19-20/мин, проводится равномерно, хрипов нет. Артериальное давление 130/80 мм.рт.ст. Пульс 88/мин. Изо рта определяется запах алкоголя. Живот не вздут, на пальпацию не реагирует. 03.01.09 состояние больного ухудшилось. Сознание оглушение 1, ориентирован. У больного рвота кровью со сгустками. Артериальное давление 120/80 мм.рт.ст., частота сердечных сокращений 98/мин. Живот не вздут, мягкий, умеренно болезненный в эпигастрии. В дальнейших записях состояние больного тяжелое, жалобы на слабость. 10.01.09 состояние больного с отрицательной динамикой, сознание оглушение 2-3. Кожные покровы бледно-желтушные. Артериальное давление 90/60 мм.рт.ст., пульс 100/мин. 11.01.09 состояние больного крайней степени тяжести. сознание сопор. Артериальное давление 40/60 мм.рт.ст. Пульс 88/мин. Живот не вздут. Печень +4 см из под края реберной дуги. Несмотря на проводимую терапию, состояние больного быстро ухудшалось, нарастали признаки печеночно-почечной недостаточности и 13.01.09 г. в 0-50 констатирована смерть больного. ПОСМЕРТНЫЙ ДИАГНОЗ: Цирроз печени в стадии декомпенсации. Синдром портальной гипертензии. Гепатоспленомегалия. Варикозное расширение вен пищевода 3-4 степени. кровотечение. Печеночно-клеточная недостаточность. Эндотоксикоз тяжелой степени. токсическая энцефалопатия. Полиорганная недостаточность. Отек головного мозга. Фоновое заболевание. Алкогольная болезнь с полиорганными поражениями. Алкогольная полинейропатия. При поступлении в стационар в крови потерпевшего обнаружен этиловый алкоголь в концентрации 2,78 промилле.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Данные анализов | | | | |
| Параметры  дата | 02.01 | 03.01 | 04.01 | 05.01 |
| эритроциты |  | 3,6 |  |  |
| Цветной п. |  | 0,95 |  |  |
| гемоглобин | 128 | 114 | 96 | 101 |
| лейкоциты | 14,2 |  |  |  |
| РОЭ | 42 |  |  |  |
| Амилаза | 284 |  |  | 113 |
| мочевина | 7,1 |  |  | 4,9 |
| Билирубин общ. | 32,9 |  |  | 60,4 |
| Прямой | 8,5 |  |  | 41,4 |
| непрямой | 24,4 |  |  | 19,0 |
| Сахар | 7,8 |  |  | 6,5 |
| АЛТ | 101,5 |  |  | 50,8 |
| Белок крови | 82,4 |  |  | 66,5 |
| Калий | 3,5 |  |  | 3,0 |
| Натрий | 169 |  |  | 149 |
| АСТ |  |  |  | 93,8 |
| Уд. вес мочи | 1012 |  |  |  |
| Белок мочи | 35 |  |  |  |
| Лейкоциты мочи | 4-6 |  |  |  |
| Эритроциты мочи | 0-1-2 |  |  |  |

НАРУЖНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ. На секционном столе труп мужчины, доставлен из стационара ГКБ № 6 без одежды, среднего телосложения, удовлетворительного питания, длиной тела 170 см. Кожа бледно-серая, холодная на ощупь во всех отделах. По задней поверхности тела, в отлогих местах тела сливные, фиолетовые, не исчезающие и не меняющие цвет при надавливании трупные пятна. Трупное окоченение выражено во всех обычно исследуемых группах мышц. Склеры глаз мутные, суховаты, радужки тусклые, кровоизлияний в соединительные оболочки глаз не отмечается, зрачки равновелики по 0,4 см диаметром. Голова правильной формы, кости черепа и лицевого скелета на ощупь целы. Грудная клетка цилиндрическая, эластичная, упругая, ребра на ощупь целы. Живот несколько ниже уровня реберных дуг грудной клетки. Естественные отверстия тела и полости рта и носоглотки свободны, чистые. Слизистая оболочка губ синюшная, подсохшая без видимых кровоизлияний в слизистых оболочках. Анальное отверстие сомкнуто, кожа вокруг него слегка опачкана каловыми массами. Половые органы развиты правильно. Кости конечностей на ощупь целы. ПОВРЕЖДЕНИЯ. В левой окологлазничной области кровоподтек по типу замкнутого полуочка 4х3,5 см зеленовато-желтого цвета. Каких-либо иных повреждений, кроме следов медицинских манипуляций, при наружном исследовании не обнаружено. ВНУТРЕННЕЕ ИССЛЕДОВАНИЕ. Полость черепа: Внутренняя поверхность кожно-мышечного лоскута головы бледно-розовая. В нем, в затылочной области слева отмечается кровоизлияние 5х4 см. Кости черепа вскрыты угловым распилом. При исследовании костей черепа отмечается линейный перелом затылочной кости слева, идущий от левого края большого затылочного отверстия, длиной 12 см. Твердая мозговая оболочка умеренно напряжена, вскрыта, над и под ней кровоизлияний нет. Головной мозг извлечен, масса его 1280 грамм. Мягкие мозговые оболочки отечны, сосуды их заполнены кровью. Под ними отмечается буро-красное кровоизлияние в области левой лобной доле 5х7 см. Головной мозг дрябло-эластичный, борозды и извилины несколько уплощены за счет отека. Ткань мозга на разрезах блестящая, полнокровная, прилипает к ножу. На поверхности разрезов выступает большое количество точек и полосок крови, которые легко снимаются спинкой ножа. Граница между серым и белым веществом четкая. Очаг разрушения ткани мозга в полюсе правой лобной доли с пропитыванием бурой кровью, размером 3х3х2 см. Желудочки мозга щелевидны, содержат незначительное количество розоватого прозрачного ликвора. Сосуды основания мозга тонкостенные, просвет их свободен. На миндалинах мозжечка по базальной поверхности отмечается борозда вдавления шириной до 1 см. Твердая мозговая оболочка с основания черепа удалена, кости основания черепа целы. Толщина костей черепа в пределах распила в лобной области 0.7см, в затылочной 0.8см, в височных по 0.4см Язык синюшный, влажный, незначительно обложен серовато-желтым налетом. Слизистые оболочки носоглотки синюшные, влажные, блестящие. В мягких тканях шеи повреждений и кровоизлияний не обнаружено. Вход и просвет гортани свободен, слизистая оболочка ее бледно-серая. Подъязычная кость и хрящи гортани целы, в мягких тканях ее повреждений не обнаружено. Просвет трахеи и главных бронхов свободен, хрящи трахеи целы. Щитовидная железа обычных размеров, с равновеликими долями, плотно-эластичная, темно-коричневая, на разрезе полнокровна, дольчатого строения. Просвет пищевода свободен, слизистая его бледно-серая, продольно складчатая в слизистой отмечаются множественные расширенные вены, как бы выбухающие над поверхностью слизистой оболочки. ГРУДНАЯ БРЮШНАЯ ПОЛОСТИ. Органы брюшной и грудной полостей расположены анатомически правильно, легкие выполняют 2\3 полостей, петли кишечника умеренно вздуты. Органокомплекс извлечен единым блоком. Плевра влажная блестящая, в плевральных полостях следы прозрачной жидкости. Легочная плевра влажная, блестящая. Под ней плеврой, особенно, в прикорневых отделах легких и по базальным поверхностям, множественные точечные кровоизлияния. Левое легкое массо1 490 грамм, правое 550 грамм. Легкие розово-красные в передних и темно-красные в задних отделах, тестоватой консистенции, структура их хорошо выражена, над поверхностью разрезов незначительно выстоят мелкие бронхи и сосуды, ткань их полнокровна. Слизистые оболочки воздухопроводящих путей серовато-розовые, набухшие. Перикард не напряжен, вскрыт. В полости перикарда следы прозрачной жидкости, листки его гладкие, влажные. Сердце дрябло-эластичное, извлечено, весом 420 грамм, размеры его 13х11х8 см. Под эпикардом отмечается умеренное количество жировой ткани. В полостях сердца немного жидкой темной крови с мелкими единичными темно-вишневыми свертками. Миокард красно-коричневый, эластичный, неравномерного кровенаполнения. Толщина стенки правого желудочка 0,3 см, левого 1,7 см. Пристеночный эндокард тонкий, полупрозрачный, клапаны сформированы правильно, тонкие. Аорта эластична, со следами жидкой крови в просвете и рассеянными липидными пятнами в интиме. Коронарные артерии с тонкими стенками, пустым просветом. В брюшной полости следы прозрачной жидкости соломенного цвета. Листки брюшины гладкие, влажные, блестящие. В желудке 1000 мл кровянистых масс. В слизистой отмечаются множественные мелкие эрозии. Содержимое кишечника отделам соответствует, слизистые оболочки их бледно-серые. Печень 20х16х10х8 см, массой 1490 грамм, поверхность ее мелкобугристая, плотно-эластичная, желто-коричневая с поверхности и на разрезах, полнокровная, со смазанным рисунком долек. В желчном пузыре 20 мл жидкой темно-зеленой желчи, слизистая оболочка его темно-зеленая, бархатистая. Просвет внепеченочных желчевыводящих путей свободно проходим. Поджелудочная железа обычных размеров, плотно-эластичная, бледно-серая, на разрезах дольчатого строения. Селезенка массой 800 грамм, 20х12х9 см, синюшная, полнокровна, эластична, без соскоба. Надпочечники листовидной формы, обычных размеров, на разрезах граница слоев четкая. Почки равновелики, массой по 110 грамм, 11х6х4 см, дрябло-эластичные. Капсула сползает при надрезе, обнажая ровную поверхность. На разрезах корковый слой - синюшный, с темно-красным крапом и подчеркнутым рисунком, мозговой слой также с подчеркнутым рисунком, граница слоев отчетливо выражена. Слизистые оболочки лоханок и чашечек бледно-синюшные, гладкие, блестящие, просвет последних свободен. Мочеточники проходимы на всем протяжении, с бледно-серой слизистой. Мочевой пузырь пуст, слизистая оболочка его складчатая, бледно-серая, уретра свободно проходима. ДАННЫЕ ДОПОЛНИТЕЛЬНЫХ МЕТОДОВ ИССЛЕДОВАНИЯ. Представлен акт судебно-гистологического исследования от 06.02.09г. Судмедэксперт: Головной мозг - между паутинной и сосудистой оболочками много лизированной красной крови с зернами темно бурой окраски, полнокровие пиальных сосудов, в ткани извилин большого полушария мозга на фоне равномерной гиперемии вен, венул, артерий и густой сети капилляров с многочисленными перивазальными кровоизлияниями в сером веществе коры, на ограниченном участке, сливающиеся гематомы разных размеров в сером (3) и белом веществе, вокруг гематомы трансформация клеток глии в макрофагально-тучные клетки, криброзность нейропиля, дегенерация проводящих путей, пролиферация мелких сосудов. В кусочке ствола мозга полнокровие Вени и венул, перивенулярные кровоизлияния с пропитыванием ткани мозга, дистрофические изменения и некроз нейронов ядерных образований. Выраженный аутолиз мозга. Твердая мозговая оболочка - оболочка скручена, в самой оболочке два-три очага кровоизлияния из красных разрозненных эритроцитов, рядом лежит красный сверток крови из полулизированных и лизированных масс эритроцитов, с вкраплением частиц черного зернистого пигмента. Сердце - кардиоциты крупные по размерам, на поперечном и косом сечении, стенки интрамуральных артерий без выраженных утолщений, очагов кардиосклероза не выявлено, полнокровие вен и венул. Легкое -полнокровие сосудов межальвеолярных септ и более крупных сосудов, в разных полях зрения очаги ателектаза, межальвеолярные перегородки сближены, извитые, в просвете альвеол не выявлено экссудата и жидкости, аутолиз. Пищевод - слизистая с сохраненной эпителиальной выстилкой, вены слизистой складчато-извитые, в узких просветах спавшихся вен красная кровь, выраженная гиперемия вен, венул и капилляров мышечной оболочки с диапедезными кровоизлияниями, очаговое кровоизлияние в жировой клетчатке адвентиции. Желудок - слизистая отделена от подслизистой, строение желез не нарушено, малокровие сосудов стромы слизистой, кровоизлияний и язвы в слизистой не выявлено, малокровие спавшихся вен подслизистой. Печень - строение классических долек нарушено, портальные тракты расширены, склерозированы, с пролиферацией желчных протоков и густоклеточной лимфогистиоцитарной инфильтрацией, много узлов регенератов небольших размеров, чаще с дольку, гепатоциты с набухшей гомогенной и микровезикулярной цитоплазмой, неравномерное кровенаполнение синусоидов. Почка - клубочки небольшие, на фоне аутолиза не видно кровенаполнения капилляров, не выражена сеть перитубулярных сосудов, нефроэпителий извитых канальцев с комковатой и зернистой цитоплазмой, с неокрашенными ядрами, умеренное кровенаполнение прямых сосудов.

Вопросы:

1.Какие телесные повреждения были обнаружены?

2.Степень тяжести причиненного вреда здоровью?

3.Время смерти, причина смерти?

4.Механизм повреждения?

5.Состояние опьянения?

Задача №4. (УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-5, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10)

ОБСТОЯТЕЛЬСТВА ДЕЛА. В направлении на судебно-медицинское исследование трупа не указаны.

Представлена медицинская карта стационарного больного из ГКБ № 6 на имя гр. В., 1953 г.р., который 12.01.09г. в 13-00 бригадой скорой помощи был доставлен в неврологическое отделение. Жалоб не предъявляет из-за снижения критики к состоянию. Дата появления расстройства 10.01.09г. В течение трех дней постепенно развивалась симптоматика, больной неадекватен, но ориентирован, речевые расстройства. Больной неделю не был дома, вернулся в таком состоянии. Из перенесенных заболеваний гипертоническая болезнь (давность не известна), злоупотребление алкоголем. 15.11.08г. была закрытая черепно-мозговая травма. При поступлении состояние средней степени тяжести. Кожные покровы и видимые слизистые чистые, розовые. Дыхание в легких проводится по всем полям, хрипов нет. АД 150\90 мм.рт.ст. Живот без особенностей. Сознание ясное, контакту доступен с ограничением. Сенсомоторная афазия. Зрачки равны, реакция на свет сохранена, движения глазных яблок в полном объеме. Горизонтальный нистагм. ПНП не выполняет из-за снижения корковых функций. 13.01 при рентгенографии черепа на краниограммах в левой теменной области отмечается посттрепанационный дефект костной ткани 7х0,3; свежих травматических повреждений не выявлено. При ЭХО-ЭС от 13.01 отмечается смещение м-эхо в средне-задних отделах на 1,5 мм. 15.01 в 6-30 состояние больного резко ухудшилось. АД 260\110 мм.рт.ст. нарушение сознания кома 1. Больной переведен в палату интенсивной терапии. В 9-00 у больного остановка сердечной деятельности. Пульсация на магистральных артериях не определяется. Сердечные тоны не выслушиваются. Реанимационные мероприятия без эффекта. Констатирована смерть больного 15.01.09г. в 9-30.

ПОСМЕРТНЫЙ ДИАГНОЗ. Комбинированный. 1. Геморрагический инсульт в левом полушарии головного мозга. 2. ЗЧМТ, внутримозговая гематома. Фон. 1. Гипертоническая болезнь 3, риск 4. Осложнения. Отек головного мозга, дислокация ствола, ОДН 3, ОССН 3.

Алкоголь – данных нет.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Данные анализов | | | | |
| Параметры  дата | 12.01 | 13.01 | 15.01 |  |
| эритроциты |  |  | 5,37 |  |
| Цветной п. |  |  | 1,02 |  |
| гемоглобин | 170 |  | 183 |  |
| тромбоциты |  |  | 170 |  |
| гематокрит |  |  | 46,2 |  |
| лейкоциты | 9,8 |  | 7,7 |  |
| палочкоядерные |  |  | 12 |  |
| сегментоядерные | 79 |  | 74 |  |
| лимфоциты | 15 |  | 10 |  |
| моноциты | 6 |  | 4 |  |
| Дегенеративные изменения нейтрофилов | + |  | + |  |
| РОЭ | 24 |  | 3 |  |
| Амилаза | 178 |  |  |  |
| мочевина | 6,4 |  | 3,4 |  |
| Билирубин общ. | 51,0 |  | 50,2 |  |
| Прямой | 10,0 |  | 6,6 |  |
| непрямой | 41,0 |  | 43,6 |  |
| Белок крови | 84,2 |  | 74,8 |  |
| Калий | 3,4 |  | 2,6 |  |
| Натрий | 139 |  | 110 |  |
| глюкоза | 8,0 |  |  |  |
| Уд. вес мочи |  | 1017 | 1010 |  |
| Белок мочи |  | 53 | 25 |  |
| Лейкоциты мочи |  | ед | 0-1 |  |
| Эритроциты мочи |  |  | 0-1 |  |

НАРУЖНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ. Труп мужчины, доставлен без одежды, среднего телосложения, правильного питания, длиной тела 175 см. Кожа бледно-серая, холодная на ощупь во всех отделах, в отлогих местах тела сливные, фиолетовые, не исчезающие и не меняющие цвет при надавливании трупные пятна. Трупное окоченение достаточно выражено во всех обычно исследуемых группах мышц. Склеры глаз мутные, тусклые, суховаты, кровоизлияний в соединительные оболочки глаз не отмечается, зрачки равновелики по 0,4 см диаметром. Голова правильной формы, кости черепа и лицевого скелета на ощупь целы. Грудная клетка цилиндрическая, эластичная, упругая, ребра на ощупь целы. Живот на одном уровне с грудной клеткой. Естественные отверстия тела и полости рта и носоглотки свободны, чистые. Слизистая оболочка губ синюшная, подсохшая. Анальное отверстие сомкнуто. Половые органы развиты правильно. Кости конечностей целы.

ПОВРЕЖДЕНИЯ. Каких-либо повреждений при исследовании не обнаружено.

При проведении воздушной пробы – воздух из плевральных полостей и полостей сердца не получен. При проведении судебно-медицинского исследования трупа использовались: кожные разрезы по методу Шора.

ВНУТРЕННЕЕ ИССЛЕДОВАНИЕ

Извлечение органокомплекса произведено по методу Шора, с распилом ребер спереди. Череп вскрывался угловым распилом. Доступ к спинному мозгу осуществлялся сзади по методу Медведева.

Масса органов.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Масса |  | норма |
| Мозг | 1700 | До 1400 |
| Легкое правое | 700 | 450 |
| левое | 650 | 375 |
| Сердце | 380 | 200-400 |
| Печень | 1600 | 1200-2000 |
| Селезенка | 100 | 80-180 |
| Почки обе |  | 275-310 |
| Правая/Левая | 160\160 |  |

ПОЛОСТЬ ЧЕРЕПА. В кожно-мышечном лоскуте головы слева в теменно-затылочной области темно-красное с четкими контурами кровоизлияние диаметром 8 см.

Слева в лобно-височной области неправильно прямоугольное трепанационное отверстие с подшитым костным лоскутом 4х3 см.

Слева в чешуе височной кости, замыкающиеся на середину трепанационного отверстия, вертикальная линия перелома длиной 2 см с красно-коричневыми эпидуральными кровоизлияниями в зоне перелома. Субдурально слева в передней и средней черепных ямках и по наружной поверхности мозга наложение эластичных темно-вишневых свертков крови общим объемом 150 мл, спаянных с твердой мозговой оболочкой. Субарахноидально справа по полюсной поверхности височной доли на участке диаметром 4 см округлое темно-вишневое кровоизлияние, как в мягких мозговых оболочках, так и в веществе мозга на глубину коры, мономорфного вида.

Слева аналогичные по характеристиками кровоизлияния на участке диаметром 5 см по полюсной поверхности лобной доли с 3-мя мелкими эрозиями оболочек в центре и, диаметром 2 см - по полюсной поверхности височной доли. Данные кровоизлияния окружены полосой темно-красных кровоизлияний по бороздам с шириной полосы от 1 до 2 см. Коричневое прокрашивание твердой мозговой оболочки в задней черепной ямке.

Головной мозг выполняет все резервные пространства. Борозды мозга сглажены, извилины уплощены, на миндаликах мозжечка кольцевидная с диффузными субарахноидальными кровоизлияниями полоса вдавления от краев большого затылочного отверстия. Головной мозг дряблый, на разрезах с четкой границей серого и белого вещества и мраморным рисунком подкорковых ядер. Поверхности разрезов тускловаты, липнут к лезвию ножа. Желудочки мозга симметричны, обычного объема, эпендима их бледно-серая, блестящая, влажная, в полостях желудочков следы прозрачной соломенного цвета жидкости. Сосудистые сплетения обычного вида, полнокровны.

ОРГАНЫ ШЕИ, ГРУДНОЙ И БРЮШНОЙ ПОЛОСТЕЙ: язык синюшный, влажный, обложен серовато-желтым, не снимающимся налетом. Слизистые оболочки носоглотки синюшные, влажные, блестящие. В мягких тканях шеи повреждений и кровоизлияний не обнаружено. В плевральных полостях следы прозрачной жидкости, легкие выполняют 2\3 полостей, с блестящей, гладкой и влажной плеврой. Органы брюшной полости расположены анатомически правильно, в полости следы прозрачной жидкости соломенного цвета. Листки брюшины гладкие, влажные, блестящие. Просвет пищевода свободен, слизистая его бледно-серая, продольно складчатая. Вход и просвет гортани свободен, слизистая оболочка ее с наложениями фибрина, смешанного с гноем, набухшая, темно-розовая. Подъязычная кость и хрящи гортани целы, в мягких тканях ее повреждений не обнаружено. Просвет трахеи и главных бронхов с небольшим количеством густого желто-зеленого гноя, слизистая оболочка их темно-розовая с наложениями фибрина, хрящи трахеи целы. Щитовидная железа обычных размеров, с равновеликими долями, плотно-эластичная, темно-коричневая, на разрезе полнокровна, дольчатого строения. Аорта эластична, со следами жидкой крови в просвете и рассеянными липидными пятнами в интиме. Легкие синюшные в передних и темно-синюшные в задних отделах, тестоватой консистенции, на разрезах темно-красные с подчеркнутым рисунком, полнокровны. Над поверхностями разрезов выступают бронхи в виде «гусиных перьев». В просвете воздухо-проводящих путей немного жидкого желтого гноя, слизистые оболочки гортани, трахеи и бронхов гиперемированы, отечны с налетом фибрина. Бифуркационные лимфоузлы располагаются в виде пакетов диаметром от 1 до 2 см, эластичные, темно-синюшные, на разрезах сочные, с обычным рисунком. В полости перикарда следы прозрачной жидкости, листки его гладкие, влажные, блестящие. Сердце 14х12х8 см, дряблое, с темной жидкой кровью в полостях. Миокард розовато-синюшный, эластичный, неравномерного кровенаполнения. Толщина стенки правого желудочка 0,3 см, левого 1,2 см. Клапанный и пристеночный эндокард тонкий, прозрачный, клапаны сформированы правильно. Коронарные артерии с тонкими стенками, пустым просветом. Желудок пустой, содержимое кишечника отделам соответствует, слизистые оболочки желудочно-кишечного тракта бледно-серые. Мезентериальные лимфоузлы располагаются раздельно, диаметр их не более 1 см, эластичны. Печень 27х20х16х10 см, дрябло-эластичная, желто-коричневая с поверхности и на разрезах, полнокровная, со смазанным рисунком долек. Просвет внепеченочных желчевыводящих путей свободно проходим. Поджелудочная железа обычных размеров, плотно-эластичная, бледно-серая, на разрезах – дольчатого строения. Селезенка 9х5х3 см, синюшная, дряблая, без соскоба. Надпочечники листовидной формы, обычных размеров, на разрезах граница слоев четкая. Мочеточники проходимы, мочевой пузырь пуст. Почки 12х6х4 см равновелики, эластичные. Капсула сползает при надрезе, обнажая ровную поверхность. По краю разреза паренхима наползает на капсулу. На разрезах корковый слой - синюшный, с темно-красным крапом и подчеркнутым рисунком, мозговой слой также с подчеркнутым рисунком, граница слоев отчетливо выражена с полнокровием. Слизистые оболочки лоханок и чашечек бледно-синюшные, гладкие, блестящие, просвет их свободен. Мочеточники проходимы на всем протяжении, с бледно-серой слизистой. Мочевой пузырь пуст, слизистая оболочка его складчатая, бледно-серая, уретра свободно проходима.

ПОЗВОНОЧНИК И СПИННОЙ МОЗГ: при ревизии позвоночного столба повреждений не обнаружено. Эпи- и субдуральные пространства свободны, твердая мозговая оболочка напряжена, бледно-серая, блестящая, мягкие мозговые оболочки тонкие, прозрачные, спинной мозг дряблый, на разрезах обычного рисунка.

Из трупа для судебно-гистологического исследования взяты кусочки внутренних органов на патоморфологические изменения. Кровь на биологию.

А К Т Судебно-гистологического исследования

Судебно-медицинским экспертом, произведено исследование кусочков внутренних органов от трупа В., 1953 г.р.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Головной мозг – субарахноидальные и внутримозговые очаговые кровоизлияния с некрозом вещества мозга в зоне кровоизлияний, с наличием гемосидерофагов и лейкоцитарной инфильтрацией по периферии, так же по периферии умеренная глиальная пролиферация. Фрагмент субдуральной гематомы с краевой пролиферацией фибробластов и наличием сосудов. В стволовых отделах мозга выраженная внеклеточная гидратация, вплоть до образования криброзных структур. Стаз крови в сосудах.

Миокард – перивазальный и очаговый постинфарктный кардиосклероз. Межуточный отек.

Печень – полнокровие синусоидов, воспалительных изменений не выявлено.

Почки – стаз крови в сосудах, эктазия просвета почечных канальцев. Воспалительных изменений не выявлено.

Твердая мозговая оболочка - на твердой мозговой оболочке остатки субдуральной гематомы, которая на примыкании к оболочке с разрастанием фибробластов и большим количеством гемосидерофагов. Гемосидероз определяется и в толще твердой мозговой оболочки.

Вопросы:

1.Судебно-медицинский диагноз?

2.Осложнения?

3.Сопутствующие?

4.Степень тяжести вреда здоровью?

5.Механизм травмы?

Задача №5. (УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-5, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10)

ОБСТОЯТЕЛЬСТВА ДЕЛА. В направлении на судебно-медицинское исследование трупа не указаны.

Представлена медицинская карта стационарного больного из ГКБ № 6 на имягр. Ф., 1972 г.р., который 10.04.09г. в 12-15 бригадой "скорой помощи" был доставлен в НХО-1 с нарушением сознания. Известно, что с 8.04 по 10.04 находился на лечении в КНД с диагнозом: синдром отмены алкоголя, судорожный синдром. Состояние средне тяжелое, появилась очаговая симптоматика. При люмбальной пункции получен геморрагический ликвор. При поступлении состояние субкомпенсации. Кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски. Костно-суставная система без видимой патологии. Дыхание проводится по всем полям. ЧСС 88 в минуту. АД 140/90 мм.рт.ст. Живот при пальпации мягкий, в акте дыхания участвует. Сознание оглушение 3, моторное возбуждение, не адекватен, не ориентирован. Зрачки равны, взор фиксирует с трудом. Лицо симметрично, парезов нет. левосторонний гемипарез до 3-4 баллов. Ригидность мышц затылка до 2 см. Симптом Кернига 140-150°. Патологические стопные рефлексы, больше слева. В затылочной области имеется ссадина кожи под струпом. На руках множественные следы от инъекций и гематомы. Рентгенограмма черепа не производилась из-за моторного возбуждения. При ЭХО-ЭС от 10.04.09г. смещения срединных структур головного мозга не выявлено. В дальнейшем состояние больного с отрицательной динамикой в виде углубления сознания – сопор, дважды генерализованные судороги с тонико-клоническим компонентом (купированы самостоятельно). После судорог непроизвольное мочеиспускание. АД 150/100 мм.рт.ст. 10.04.09 произведена операция: Резекционная трепанация черепа в правой теменно-височной области. Удаление острой субдуральной гематомы объёмом 60 мл, дренирование субдурального пространства. Наложение поискового фрезевого отверстия в типичном месте слева. В левой теменно-височной области произведен линейный разрез мягких тканей длиной до 10 см, кость скелетирована, этапный гемостаз электрокоагуляцией. Наложено поисковое фрезевое отверстие, ТМО синюшна, напряжена, пульсацию мозгового вещества не передаёт, последняя надсечена крестообразно, под давлением выделилось до 20 мл крови тёмно-вишнёвого цвета. Произведена резекционная трепанация черепа, сформирована трепанационное окно, размером 4х4см, ТМО вскрыта крестообразно, выявлена и удалена острая субдуральная гематома в виде сгустков тёмно-вишнёвого цвета, объёмом 60 мл. В проекции трепанационного окна отмечается контузионный очаг багрового цвета, с которого отмечалось умеренное диффузное кровотечение, гемостаз электрокоагуляцией, феракрилом. Мозговое вещество отёчно, после удаления гематомы появилась вялая, еле заметная пульсация мозга. В субдуральное пространство, по направлению к основанию черепа установлен активный дренаж, последний фиксирован к коже. Наложены швы на ТМО. Контроль на гемостаз, и инородные тела. Рана послойно ушита до дренажа. В типичном месте слева наложено поисковое фрезевое отверстие. ТМО напряжена, не пульсирует. Вскрыта крестообразно. При ревизии с основания черепа удалены незначительные сгустки крови тёмно-вишнёвого цвета. Мозговое вещество отёчно, светло-жёлтого цвета, пульсирует. Контроль на гемостаз. Послойные швы на рану. Послеоперационный диагноз: Закрытая черепно-мозговая травма. Ушиб головного мозга тяжёлой степени, со сдавлением острой субдуральной гематомой и контузионным очагом правой гемисферы. Дислокационный синдром. Отёк головного мозга. Судорожный синдром. Абстинентный синдром. Ушибы мягких тканей головы. 12.04 состояние больного крайне тяжелое. Сознание нарушено по типу кома 1. на болевые раздражители реагирует слабыми движениями. Зрачки широкие, реакция на свет очень вялая. Дыхание спонтанное через интубационную трубку. Аускультативно проводится по всем полям, жесткое, в нижних отделах с обеих сторон выслушиваются сухие рассеянные и разнокалиберные влажные хрипы. Из трахеи санируется большое количество слизисто-гнойной мокроты. АД 160/100 мм.рт.ст. 13.04 больному произведена операция верхняя трахеостомия. 14-18.04 состояние больного терминальное. Атоническая кома. АД 60/30 мм.рт.ст. ЧСС 120 в минуту. Несмотря на проводимую терапию, 18.04.09г. в 08-25 произошла остановка сердечной деятельности, констатирована смерть больного.

ПОСМЕРТНЫЙ ДИАГНОЗ. Закрытая черепно-мозговая травма. Ушиб головного мозга тяжелой степени тяжести со сдавлением внутричерепной гематомой. Конкурирующий. ЦВБ. ОНМК по геморрагическому типу с внутримозговой гематомой правого полушария большого мозга с прорывом в желудочковую систему. Вентрикулрно-паренхиматозное кровоизлияние от 10.04.09г. Осложнения. Постдислокационные ишемические поражения ствола на мезэнцефальном уровне. Двусторонняя нижнедолевая пневмония.

Алкоголь – данных в медицинской карте не обнаружено.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Данные анализов | | | | |
| Параметры  дата | 10.04 | 13.04 | 15.04 | 17.04 |
| эритроциты | 3,81 | 3,89 | 3,66 | 3,31 |
| Цветной п. | 0,95 | 0,96 | 1,0 | 0,96 |
| гемоглобин | 121 | 124 | 123 | 106 |
| тромбоциты | 62 | 149 | 156 | 87 |
| гематокрит | 33,2 | 35,3 | 34,6 | 31,6 |
| лейкоциты | 4,3 | 12,4 | 10,4 | 15,9 |
| палочкоядерные |  | 6 |  |  |
| сегментоядерные |  | 67 |  |  |
| Индекс ядерного сдвига |  |  |  |  |
| лимфоциты |  | 15 |  |  |
| моноциты |  | 12 |  |  |
| Дегенеративные изменения нейтрофилов |  | + |  |  |
| Анизоцитоз | + | + |  |  |
| Пойкилоцитоз |  | + |  |  |
| Полихромазия |  | + |  |  |
| РОЭ | 25 | 46 | 50 | 62 |
| Амилаза | 13,2 | 6,7 |  |  |
| мочевина | 5,9 | 2,6 | 7,2 | 13,7 |
| Билирубин общ. | 24,7 | 4,6 | 17,9 | 10,7 |
| Прямой | 6,0 | 1,4 | 9,2 | 4,9 |
| непрямой | 18,6 | 3,2 | 8,7 | 5,8 |
| Белок крови | 73,4 | 64,4 | 66,5 | 60,6 |
| Калий | 2,5 | 3,4 | 4,4 | 6,2 |
| Натрий | 138 | 141 | 167 | 177 |
| Уд. вес мочи |  | 1000 | 1000 | м/м |
| Белок мочи |  |  | 70 | 700 |
| Лейкоциты мочи |  | Не обн | 0-1 | 3-4 |
| Эритроциты мочи |  |  | 0-1 | 5-6 |

НАРУЖНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ. Труп мужчины, доставлен без одежды, среднего телосложения, правильного удовлетворительного питания, длиной тела 185 см. Кожа бледно-серая, холодная на ощупь во всех отделах, в отлогих местах тела сливные, фиолетовые, не исчезающие и не меняющие цвет при надавливании трупные пятна. Трупное окоченение достаточно выражено во всех обычно исследуемых группах мышц. Склеры глаз мутные, тусклые, суховаты, кровоизлияний в соединительные оболочки глаз не отмечается, зрачки равновелики по 0,4 см диаметром. Голова правильной формы, кости черепа и лицевого скелета на ощупь целы. Грудная клетка цилиндрическая, эластичная, упругая, ребра на ощупь целы. Живот на одном уровне с грудной клеткой. Естественные отверстия тела и полости рта и носоглотки свободны, чистые. Слизистая оболочка губ синюшная, подсохшая. Анальное отверстие сомкнуто, кожа вокруг него слегка обпачкана каловыми массами. Половые органы развиты правильно. Кости конечностей целы.

ПОВРЕЖДЕНИЯ. Каких-либо повреждений при исследовании не обнаружено. При проведении воздушной пробы – воздух из плевральных полостей и полостей сердца не получен. При проведении судебно-медицинского исследования трупа использовались: кожные разрезы по методу Шора.

ВНУТРЕННЕЕ ИССЛЕДОВАНИЕ

Извлечение органокомплекса произведено по методу Шора с распилом ребер спереди. Череп вскрывался угловым распилом. Доступ к спинному мозгу осуществлялся сзади по методу Медведева.

Масса органов.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Масса | № 68 | норма |
| Мозг | 1600 | До 1400 |
| Легкое правое | 710 | 450 |
| левое | 700 | 375 |
| Сердце | 320 | 200-400 |
| Печень | 1610 | 1200-2000 |
| Селезенка | 90 | 80-180 |
| Почки обе. Правая/Левая | 145/150 | 275-310 |

ПОЛОСТЬ ЧЕРЕПА. Слева в височной и теменной областях вертикальный ушитый операционный разрез длиной 6 см. Описанный выше разрез располагается по краю подковообразного кровоизлияния в апоневроз шириной 3 см, выпуклостью вправо и кзади, а в коже слева в нижней части теменно-височной области кровоизлияние диаметром 5 см с четкими контурами, темно-красного цвета. Слева, в теменной и височной костях - трепанационный дефект 4х4см, твердая мозговая оболочка с крестообразным швом в зоне дефекта, шов состоятелен. Эпидурально в этой зоне дисковидная гематома из тусклых темно-красных свертков крови, эластичная, объемом 120 мл. При отмывании крови, слева линейный перелом по ходу лямбдовидного шва, условно начинаясь от вершины шва, распространяющийся на основание черепа в задней черепной ямке до середины заднего края пирамиды левой височной кости. При ревизии перелома сколы компакта слева на протяжении 2 см в нижней части лямбдовидного шва на границе с височной костью. Перелом заканчивается по наружному краю яремного отверстия. Субдурально справа пластинчатые темно-вишневые свертки крови. Геморрагический некроз правых лобной и височной долей и аналогичный некроз полюсной и внутренней поверхности левой лобной доли с сохраненными множественными темно-красными плотными микрогематомами в мягких мозговых оболочках в зонах некроза. Поверхность мозга «лакирована», на миндаликах мозжечка кольцевидная с диффузными субарахноидальными кровоизлияниями полоса вдавления от краев большого затылочного отверстия шириной 1,0 см, внутри кольца мозжечок и продолговатый мозг расползаются под пальцами. Головной мозг дряблый, на разрезах с четкой границей серого и белого вещества и мраморным рисунком подкорковых ядер. Поверхности разрезов тускловаты, липнут к лезвию ножа. Желудочки мозга симметричны, обычного объема, эпендима их бледно-серая, блестящая, влажная, в полостях желудочков следы прозрачной соломенного цвета жидкости. Сосудистые сплетения обычного вида, полнокровны.

Отмечается пропитывание кровью мягких тканей обоих яремных отверстий. Полосчатые, вертикально ориентированные темно-красные кровоизлияния в заднюю атланто-затылочную мембрану. При ревизии позвоночного столба повреждений не обнаружено. Эпи- и субдуральные пространства свободны, твердая мозговая оболочка напряжена, бледно-серая, блестящая, мягкие мозговые оболочки тонкие, прозрачные, спинной мозг дряблый, на разрезах обычного рисунка.

ОРГАНЫ ШЕИ, ГРУДНОЙ И БРЮШНОЙ ПОЛОСТЕЙ: язык синюшный, влажный, обложен серовато-желтым, не снимающимся налетом. Слизистые оболочки носоглотки синюшные, влажные, блестящие. В мягких тканях шеи повреждений и кровоизлияний не обнаружено. В плевральных полостях следы мутной сероватой жидкости, легкие выполняют 3/4 полостей с тусклой, шероховатой, покрытой нежным налетом фибрина влажной плеврой. Органы брюшной полости расположены анатомически правильно, в полости следы прозрачной жидкости соломенного цвета. Листки брюшины гладкие, влажные, блестящие. Просвет пищевода свободен, слизистая его бледно-серая, продольно складчатая. Вход и просвет гортани свободен, слизистая оболочка ее серо-розовая с наложениями фибрина. Подъязычная кость и хрящи гортани целы, в мягких тканях ее повреждений не обнаружено. Просвет трахеи и главных бронхов с небольшим количеством желто-зеленого гноя, слизистые оболочки серо-красные с наложениями фибрина, хрящи трахеи целы. Щитовидная железа обычных размеров, с равновеликими долями, плотно-эластичная, темно-коричневая, на разрезе полнокровна, дольчатого строения. Аорта эластична, со следами жидкой крови в просвете и рассеянными липидными пятнами в интиме. Легкие синюшные в передних и темно-синюшные в задних отделах, неравномерно уплотнены, на разрезах пестрые, темно-красные выбухающие очаги чередуются с бледно-красными. Слизистые оболочки воздухо-проводящих путей светло-розовые, набухшие в просвете их немного густого желто-зеленого гноя. Бифуркационные лимфоузлы располагаются в виде пакетов, эластичные, темно-синюшные, на разрезах сочные, с обычным рисунком. В полости перикарда следы прозрачной жидкости, листки его гладкие, влажные, блестящие. Сердце эластичное, 11,5х10х9 см,. В полостях сердца смешанные свертки. Миокард розовато-синюшный, эластичный, неравномерного кровенаполнения. Толщина стенки правого желудочка 0,3 см, левого 1,3 см. Клапанный и пристеночный эндокард тонкий, прозрачный, клапаны сформированы правильно. Коронарные артерии тонкими стенками, пустым просветом. Желудок пустой, содержимое кишечника отделам соответствует, слизистые оболочки желудочно-кишечного тракта бледно-серые. Мезентериальные лимфоузлы располагаются раздельно, диаметр их не более 1 см, эластичны. Печень 25х18х16х13 см, плотно-эластичная, мелкобугристая, желтая с поверхности и на разрезах, полнокровная, со смазанным рисунком долек. Просвет внепеченочных желчевыводящих путей свободно проходим. Поджелудочная железа обычных размеров, плотно-эластичная, бледно-серая, на разрезах – дольчатого строения. Селезенка 8х4х3 см, эластичная, синюшная с гипоплазией белой пульпы, на разрезах без соскоба. Надпочечники листовидной формы, обычных размеров, на разрезах граница слоев четкая. Почки равновелики, 11х6х5 см, дрябло-эластичные. Капсула сползает при надрезе, обнажая ровную поверхность. По краю разреза паренхима наползает на капсулу. На разрезах корковый слой - синюшный, с темно-красным крапом и подчеркнутым рисунком, мозговой слой также с подчеркнутым рисунком, граница слоев отчетливо . Слизистые оболочки лоханок и чашечек бледно-синюшные, гладкие, блестящие, просвет их свободен. Мочеточники проходимы на всем протяжении, с бледно-серой слизистой. Мочевой пузырь пуст, слизистая оболочка его складчатая, бледно-серая, уретра свободно проходима.

Из трупа для судебно-гистологического исследования взяты кусочки внутренних органов на патоморфологические изменения.

Для судебно-биологического исследования кровь на определение антигенной характеристики.

А К Т Судебно-гистологического исследования

Судебно-медицинским экспертом от трупа Ф., 1972 г.р.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Субарахноидальные и внутримозговые кровоизлияния с мелкими фрагментами кости в зоне кровоизлияний, в кровоизлияниях гемолиз эритроцитов, по их периферии мелкие скопления лейкоцитов. В сохраненных отделах мозга выраженный периваскулярный перицеллюлярный отек, стаз крови в сосудах. В мозжечке сосудистые кровоизлияния и некрозы.

Твердая мозговая оболочка с наличием подоболочечной гематомы, с наличием кровоизлияний в примыкающей части оболочки, с частичным гемолизом эритроцитов в гематоме без перифокальной реакции.

Печень – жировой гепатоз 3 степени, формирующийся микронодуллярный цирроз печени.

Почки – стаз крови в венах и капиллярах клубочков, воспалительных изменений не выявлено.

Легкие – стаз крови в сосудах с агрегацией эритроцитов вплоть до сладж-феномена, множественные кровоизлияния в межальвеолярные перегородки с их выраженным межуточным отеком, неравномерно выраженный внутриальвеолярный отек. Очаговый десквамативный альвеолит, в ряде полей зрения серозно-гнойный. Гнойный эндобронхит.

Миокард – очаговый кардиосклероз, преимущественно перивазальный, очаговая неравномерная гипертрофия кардиоцитов, стаз крови в сосудах.

Вопросы:

1.Телесные повреждения?

2.Степень тяжести вреда здоровью?

3.Причина смерти?

4.механизм травмы?

5.Состояние алкогольного опьянения?

Эталон №1

1.При судебно-медицинском исследовании трупа обнаружены следующие телесные повреждения: а) закрытая черепно-мозговая травма – субарахноидальные и внутримозговые кровоизлияния в правой лобной доле головного мозга и в крышу 4-го желудочка; б) закрытая спинальная травма – кровоизлияния в связки атланто-затылочного сочленения в стадии рассасывания.

2.Обнаруженная ЧЕРЕПНО-МОЗГОВАЯ ТРАВМА причинила вред, опасный для жизни человека и согласно пункту 4.а Правил определения степени тяжести вреда, причиненного здоровью человека (Постановление Правительства РФ от 17 августа 2007 г. N 522) и пункта 6.1. приказа МЗиСР РФ 194н от 24.04.2008.г., квалифицируется, как обусловившая тяжкий вред здоровью. Черепно-мозговая травма имеет прямую причинную связь со смертью.

3.Смерть наступила в результате сочетанной шейно-затылочной травмы с повреждениями головного и спинного мозга (см пункт 1), осложнившейся отеком и дислокацией головного мозга. Заключение подтверждается картиной, найденной на вскрытии, и данными медицинской документации.

4.Вероятный механизм травмы – однократное травматическое ударное воздействие в затылочную область с действием травмирующей силы сзади наперед, что возможно при падении с высоты собственного роста навзничь.

5.Данных в истории болезни о наличия алкоголя в крови пострадавшего не обнаружено.

Эталон №2

1.При судебно-медицинском исследовании трупа обнаружены следующие телесные повреждения: а) закрытая черепно-мозговая травма – субдуральная плащевидная гематома слева в передней и средней черепных ямках, субарахноидальное кровоизлияние в левой теменной и височной долях головного мозга; б) закрытая спинальная травма кровоизлияния в связки атланто-затылочного и атланто-аксиального сочленений, эпидуральное кровоизлияние с 1 по 3 шейные позвонки.

2.Обнаруженная при настоящей экспертизе, ЧЕРЕПНО-МОЗГОВАЯ ТРАВМА причинила вред, опасный для жизни человека и согласно пункту 4.а Правил определения степени тяжести вреда, причиненного здоровью человека (Постановление Правительства РФ от 17 августа 2007 г. N 522) и пункта 6.1. приказа МЗиСР РФ 194н от 24.04.2008.г., квалифицируется, как обусловившая тяжкий вред здоровью. Черепно-мозговая травма имеет прямую причинную связь со смертью.

3.Смерть наступила в результате сочетанной шейно-затылочной травмы тела, сопровождавшейся ушибом головного и спинного мозга (см пункт №1), осложнившейся отеком и набуханием головного мозга с дислокацией. Заключение подтверждается картиной, найденной на вскрытии, и данными медицинской документации.

4.Травма возникла от однократного травматического ударного воздействия твердого тупого предмета с преобладающей контактирующей поверхностью на левую затылочную область с действием травмирующей силы слева направо и сзади наперед, что возможно пари падении пострадавшего навзничь.

5.Данных в истории болезни о наличия алкоголя в крови пострадавшего не обнаружено.

Эталон №3

1. При исследовании трупа гр. Кучина обнаружена закрытая черепно-мозговая травма - кровоподтек в левой окологлазничной области, кровоизлияние в кожном лоскуте в затылочной области слева, перелом затылочной кости слева, кровоизлияние под мягкие мозговые оболочки в левой лобной доле, очаг разрушения ткани мозга в полюсе правой лобной доли.

2. Данная черепно-мозговая травма, согласно пункту 6.1.2. – «перелом свода (лобной, теменной костей) и (или) основания черепа: черепной ямки (передней, средней или задней) или затылочной кости», приказа МЗиСР РФ 194н от 24.04.2008г отнесена к критериям, характеризующим квалифицирующий признак вреда, опасного для жизни человека. По указанному признаку, согласно правилам «Определения тяжести вреда, причиненного здоровью человека» (постановление правительства РФ №522 от 17.08.2007г) указанная черепно-мозговая травма, квалифицируется как ТЯЖКИЙ ВРЕД ЗДОРОВЬЮ. Обнаруженная черепно-мозговая травма состоит в прямой причинной связи с наступившей смертью.

3. Смерть наступила 13.01.09 г. в 0-50 (что зафиксировано в истории болезни) в результате описанной выше закрытой черепно-мозговой травмы, приведшей к отеку головного мозга. Данное заключение подтверждается данными вскрытия, дополнительных методов исследования и медицинской документации.

4.Указанные повреждения возникли от воздействия тупого твердого предмета (предметов) без четких идентифицирующих свойств, либо при ударе о таковой (таковые). При этом, учитывая локализацию точек приложения силы, можно говорить что имело место не менее двух воздействий – в область левого глаза и в левую затылочную область. Указанные повреждения могли образоваться, в том числе при падении пострадавшего с высоты собственного роста, в том числе неоднократно, что не исключает и другие условия возникновения травмы.

5.При поступлении в стационар в крови потерпевшего обнаружен этиловый алкоголь в концентрации 2,78 промилле, что по аналогии с живыми лицами, при наличии соответствующей клинической картины, обычно расценивается как тяжелая степень алкогольного опьянения.

Эталон №4

1. Закрытая черепно-мозговая травма – кровоизлияние в коже слева в теменно-затылочной области, субдуральная гематома слева в передней, средней черепных ямках и по наружной поверхности мозга объемом 150 мл, субарахноидальные и внутримозговые кровоизлияния по полюсной поверхности правой височной доли, по полюсным поверхностям левых лобной и височной долей.

2. Осложнения: отек и набухание головного мозга с дислокацией; отек легких; венозное полнокровие внутренних органов.

3. Сопутствующее: черепно-мозговая травма в стадии организации – перелом левой височной кости, трепанационное отверстие теменной и височной костей слева, организовавшиеся эпидуральные кровоизлияния в зоне перелома.

4. Обнаруженная при исследовании трупа, ЧЕРЕПНО-МОЗГОВАЯ ТРАВМА причинила вред, опасный для жизни человека и согласно пункту 4.а Правил определения степени тяжести вреда, причиненного здоровью человека (Постановление Правительства РФ от 17 августа 2007 г. N 522) и пункта 6.1. приказа МЗиСР РФ 194н от 24.04.2008.г., квалифицируется, как обусловившая тяжкий вред здоровью. Черепно-мозговая травма имеет прямую причинную связь со смертью.

5. Локализация и совокупность телесных повреждений (кровоизлияние в коже теменно-затылочной области, полюсные кровоизлияния в головном мозге) позволяют говорить, что травма имеет инерционный механизм и, возникла при воздействии твердого тупого предмета без четких идентифицирующих признаков с массой больше массы головы на левую теменно-затылочную область с действием травмирующей силы сзади наперед. Пострадавший мог получить черепно-мозговую травму при падении с высоты собственного роста.

Эталон №5

1.При судебно-медицинском исследовании трупа обнаружены следующие телесные повреждения: закрытая черепно-мозговая травма - кровоизлияние в коже слева в нижней части теменно-височной области, линейный перелом слева затылочной кости до наружного края яремного отверстия, дисковидная эпидуральная гематома в зоне перелома объемом 120 мл, геморрагический некроз правых лобной и височной долей и полюсной и внутренней поверхности левой лобной доли с микрогематомами в мягких мозговых оболочках в зонах некроза; кровоизлияния в мягких тканях обоих яремных отверстий и в заднюю атланто-затылочную мембрану.

2.Обнаруженная при настоящей экспертизе, ЧЕРЕПНО-МОЗГОВАЯ ТРАВМА причинила вред, опасный для жизни человека и согласно пункту 4.а Правил определения степени тяжести вреда, причиненного здоровью человека (Постановление Правительства РФ от 17 августа 2007 г. N 522) и пункта 6.1. приказа МЗиСР РФ 194н от 24.04.2008.г., квалифицируется, как обусловившая тяжкий вред здоровью. Черепно-мозговая травма имеет прямую причинную связь со смертью.

3.Смерть наступила в результате черепно-мозговой травмы с переломом затылочной кости, контузионными противоударными повреждениями головного мозга, эпидуральной гематомой в зоне перелома, осложнившейся дислокацией головного мозга с некрозом стволовых отделов. Заключение подтверждается клинико-морфологической картиной – на операции и на вскрытии обнаружены перелом костей черепа, внутричерепная гематома и ушибы головного мозга.

4.Локализация и совокупность телесных повреждений позволяют говорить, что травма имеет инерционный механизм, и возникла от однократного ударного воздействия на левую теменно-затылочную область твердого тупого предмета с массой больше массы головы с действием травмирующей силы сзади наперед и слева направо. Заключение подтверждается наличием перелома в затылочной кости с прогибанием кости (область сжатия по наружной костной пластинке) в нижней части лямбдовидного шва с расхождением шва и распространением перелома на латеральную часть затылочной кости до яремного отверстия; а так же противоударными кавитационными повреждениями лобной и височной долей справа и лобной слева.

5.Данных в истории болезни о наличия алкоголя в крови пострадавшего не обнаружено.

**6. Перечень практических умений по изучаемой теме.**

(УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-5, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10)

- установить причину смерти;

- провести судебно-медицинское исследование трупа при различных видах насильственной смерти;

- определить степень тяжести телесных повреждений;

- установить причинно-следственную связь между повреждением и неблагоприятным исходом;

**7. Рекомендации по выполнению НИР**

Примерная тематика по НИР по теме - не предусмотрена.

**8. Рекомендованная литература по теме занятия (обязательная, дополнительная, электронные ресурсы, включая законодательные и нормативно-правовые документы)**

**Занятие № 25**

**1.Индекс ОД.О.01.1.4.27**  **Тема: «Судебно-медицинская экспертиза при падении с высоты собственного роста».**

**2. Форма организации занятия:** подготовка к практическому занятию.

**3. Перечень вопросов для самоподготовки по теме практического занятия**

1. ВОПРОС Каковы особенности механизмов повреждений при падении человека на плоскость? (УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-5, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10)

ОТВЕТ: Падения на плоскость, т. е. с высоты собственного роста, могут приводить к разным по характеру повреждениям тупыми предметами. Их совокупность нередко позволяет устанавливать механизм их возникновения. Падение на плоскость происходит часто случайно и чаще всего встречается среди пожилых и пьяных людей на улице, особенно в зимнее время. Обычно в области удара от падения, а чаще при наступлении смерти — это затылочная область головы, появляется ссадина или кровоподтек, при большом ускорении тела (при толчке или ударе) — ушибленная рана. Это зависит от плотности и рельефа грунта. Наблюдаются также переломы нижних и верхних конечностей. Падение может приводить к тяжелой травме и смерти, нередко в связи с повреждением головы. Наблюдаются сотрясение и ушиб мозга, кровоизлияние под оболочки при закрытой ЧМТ, переломы костей свода черепа и   
основания. При падении на затылок — перелом затылочной кости, идущий к пирамидке височной кости. В месте удара иногда на противоположной стороне образуются кровоизлияния. Признаков сотрясения тела при таком падении не бывает, не характерно повреждение одежды. Наружные повреждения единичны и односторонни. Следует обращать внимание на особенности повреждения одежды и кожных покровов, возникновение которых не связано с падением.

2. ВОПРОС Чем характерно падение с большой высоты? (УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-5, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10)

ОТВЕТ: Падение с большой высоты в последние годы заняло значительное место в судебно-ме-дицинской практике, так как помимо несчастных случаев из-за неосторожности и несоблюдения техники безопасности, участились умышленные падения с высоты, используемые с целью убийства и самоубийства.

Для повреждений, возникающих при падении с большой высоты, характерно несоответствие незначительных единичных наружных повреждений множественным и тяжелым внутренним, односторонняя их локализация, преобладание непрямых повреждений вдали от места приложения силы, просто выраженные признаки сотрясения тела. Однако характер и локализация повреждений имеют разные варианты в зависимости от вида падения.

3. ВОПРОС  Какие виды падения с большой высоты различают? (УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-5, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10)

ОТВЕТ: Падение может быть прямым и ступенчатым, свободным и несвободным, координированным и некоординированным.

1. Прямое падение (примерно 90% всех падений) — беспрепятственное падение тела на грунт. Оно может быть координированным, когда человек умеет и успевает, как десантник, принять наиболее физиологически выгодную позу, сгруппировать мышцы, и некоординированным, при внезапном падении.

2. Ступенчатое падение — в процессе которого тело ударяется о выступающие предметы (преграды) на пути падения.

Различают также свободное падение, когда тело падает без груза, и несвободное, когда оно падает с каким-либо предметом (рюкзак альпиниста) или внутри него (например, внутри лифта или кабины вертолета).

4. ВОПРОС От чего зависят тяжесть и особенности повреждений оря падении с высоты? (УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-5, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10)

ОТВЕТ: Тяжесть, локализация и морфологические особенности повреждений зависят: 1) от вида падения; 2) высоты и скорости падения; 3) массы и длины тела, возраста, строения костей и суставов, особенностей одежды падавшего; 4) от плотности рельефа и податливости поверхности приземления, т. е. глубины проникновения; 5) от сопротивления воздуха (раскинув конечности или «солдатиком», степени парашютирования одежды;

6) от положения тела в момент приземления. Оно может быть вертикальным — с приземлением на стопы, колени, ягодицы или голову, и горизонтальным — с приземлением плашмя, на переднюю или заднюю, а также боковую поверхности тела.

5. ВОПРОС Какие признаки повреждения характерны для определенного положения тела в момент приземления? (УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-5, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10)

ОТВЕТ: Основным механизмом образования повреждений при падении с высоты является удар при касании с грунтом, тем не менее различают фазы получения повреждения разной локализации:

1. Первичные прямые повреждения, которые возникают в момент удара о грунт в месте соударения.

2. Первичные непрямые, образующиеся в момент приземления, но на протяжении и вдали от точки удара.

3. Вторичные повреждения при падении тела уже после приземления.

Такой расклад позволяет определять положение тела в момент приземления. При падении на ноги первичные прямые повреждения наблюдается на подошве стоп в виде ссадин, кровоподтеков, ран, переломов костей стоп. К первичным непрямым повреждениям в этом случае относятся оскольча-тые переломы голени и нижней трети бедра, вколоченный перелом головки бедренной кости по краю вертлужной впадины таза, компрессионные переломы поясничных и нижнегрудных позвонков, кольцевидные переломы вокруг большого затылочного отверстия черепа от внедрения 1-го шейного позвонка. Кроме того, множество повреждений образуется от сотрясения тела. Вторичные повреждения приводят к различным повреждениям кожи, переломам костей конечностей, иногда закрытым переломам костей черепа.

При падении на голову, что бывает в 25% случаев, первичные прямые повреждения локализуются в теменной, затылочной, лобной или височной областях в виде кровоподтеков, ссадин, ран, оскольчатого перелома свода или лицевого черепа. Первичные непрямые повреждения включают переломы и вывихи шейного отдела позвоночника с повреждением спинного

мозга, компрессионные переломы грудных позвонков, переломы грудины, ребер и повреждения внутренних органов вследствие сотрясения тела.

Вторичные повреждения выражены слабее. Это повреждения при ударе о грунт.

Повреждения при горизонтальных падениях тяжелы, но менее специфичны и напоминают транспортную травму. Они располагаются только с одной стороны тела. При ступенчатом падении возникают повреждения кожи от скольжения, показывающие направления перемещения тела. Именно отбор всех травматических повреждений по фазам их возникновения позволяет выявить такое повреждение, которое не связано с падением и может пролить свет на расследование.

Важным является вопрос, было ли придано ускорение при падении тела. Обоснованным ответом на него могут служить результаты осмотра места происшествия и трупа на месте обнаружения. При этом отмечается расстояние от места соударения на трупе (голова, ноги, туловище) до основания линии перпендикуляра падения, например стены здания. Другой особенностью осмотра является внимательное исследование места, откуда человек выпал (комната со следами борьбы, разбитые стекла, высота и повреждение барьера балкона и т. д.).

6. ВОПРОС Какие вопросы следует ставить перед судебно-медицинской экспертизой при подозрении на повреждения вследствие падения? (УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-5, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10)

ОТВЕТ: 1. Характерны ли выявленные на трупе повреждения для падения на плоскость?

2. Можно ли установить, произошло ли падение при дополнительном ускорении?

3. Характерны ли повреждения на трупе от падения с высоты?

4. Все ли повреждения являются результатом падения с высоты. Нет ли повреждений другого происхождения?

5. В каком положении находилось тело в момент приземления?

6. Прямым или ступенчатым было падение?

7. Можно ли определить по локализации и особенностям повреждения, было ли падение координированным?

Другие обязательные вопросы, не связанные именно с падением (причина смерти, прижиз-ненность и тяжесть повреждений и пр.).

**4. Самоконтроль по тестовым заданиям данной темы**

1.ТРАВМАТИЧЕСКОЕ ВОЗДЕЙСТВИЕ, ПРИВОДЯЩЕЕ К ОБРАЗОВАНИЮ ПЕРЕЛОМОВ ПОЗВОНОЧНИКА ПК-5

1) вращение

2) бросание

3) падение

4) полет

5) удар

Правильный ответ: 5

2.ФОРМА ВНУТРИКОЖНОГО КРОВОИЗЛИЯНИЯ НА БЕДРЕ ПРИ ВОЗДЕЙСТВИИ ТВЕРДОГО ТУПОГО ПРЕДМЕТА С ПРЯМОУГОЛЬНОЙ УДЛИНЕННОЙ ПОВЕРХНОСТЬЮ С РЕБРАМИ ПК-5

1) круглая

2) овальная

3) прямоугольная

4) квадратная

5) ромбовидная

Правильный ответ: 3

3.УСЛОВИЕ, ПРИ КОТОРОМ ВОЗНИКАЮТ КОНСТРУКЦИОН-НЫЕ ПЕРЕЛОМЫ ШЕЙНЫХ ПОЗВОНКОВ С КЛИНОВИДНОЙ КОМПРЕССИЕЙ В ЗАДНЕМ ОТДЕЛЕ ТЕЛА

ПК-5

1) при резком сгибании шейного отдела позвоночника

2) при резком разгибании шейного отдела позвоночника

3) при кручении

4) при вращении

5) при сотрясении

Правильный ответ: 2

4.ПОВРЕЖДЕНИЯ, ВОЗНИКАЮЩИЕ У ЭКИПАЖА И ПАССАЖИРОВ, ПРИ ПАДЕНИИ ВС НА ЗЕМЛЮ

ПК-5

1) химический ожог пищевода

2) колото-резаные ранения различного характера

3) множественные разрывы и отрывы внутренних органов

4) огнестрельные раны

5) следы волочения (протаскивания)

Правильный ответ: 3

5.ОСНОВНАЯ ЗАДАЧА МЕДИКО-КРИМИНАЛИСТИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ОБЪЕКТОВ ПРИ РАССЛЕДОВАНИИ АВИАКАТАСТРОФ

ПК-5

1) установление факта приема пищи экипажем

2) установление положений тел членов экипажа в момент авиакатастрофы

3) выяснение семейного положения членов экипажа

4) наличие алкогольного (наркотического) опьянения у членов экипажа

5) прижизненность повреждений

Правильный ответ: 2

6.СОСТАВНЫЕ КОМПОНЕНТЫ РАН

ПК-5

1) края, концы раны

2) наличие в ране загрязнений

3) наличие «пояска металлизации»

4) кровоподтек вне поврежденной кожи

5) направление раневого канала

Правильный ответ: 1

7. ФАЗА ТРАВМИРОВАНИЯ ПРИ ФРОНТАЛЬНОМ (ЦЕНТРАЛЬНОМ) СТОЛКНОВЕНИИ ГРУЗОВОГО АВТОМОБИЛЯ С ЧЕЛОВЕКОМ ЯВЛЯЮТСЯ

ПК-5

1) падение из автомобиля на дорожное покрытие

2) скольжение по кузову автомобиля

3) скольжение по лобовому стеклу

4) скольжение по крыше

5) соударение частей автомобиля с человеком

Правильный ответ: 5

8. НЕГАТИВНЫЙ ОТПЕЧАТОК РИСУНКА ПРОТЕКТОРА КОЛЕСА АВТОМОБИЛЯ НА ОДЕЖДЕ И ТЕЛЕ МОЖЕТ ВОЗНИКНУТЬ ПРИ

ПК-5

1) переезде тела

2) соприкосновении одежды с бампером

3) соприкосновении одежды с кузовом

4) ударе колесным диском

5) забрасывании тела на капот

Правильный ответ: 1

9.ПРИ ПЕРЕЕЗДЕ ОБЛАСТИ ЖИВОТА КОЛЕСОМ (А/М) ВОЗНИКАЮТ СЛЕДУЮЩИЕ ПОВРЕЖДЕНИЯ

ПК-5

1) перелом костей основания черепа

2) черепно-мозговая травма

3) трех- лодыжечный перелом правой голени

4) перелом ключицы

5) разрывы и надрывы брыжейки тонкого кишечника

Правильный ответ: 5

10.РАЗРЫВЫ СЕРДЦА И ДУГИ АОРТЫ С КРОВОИЗЛИЯНИЯМИ В КЛЕТЧАТКУ СРЕДОСТЕНИЯ СРЕДИ ЛИЦ, ПОЛУЧИВШИХ ТРАВМУ В САЛОНЕ ЛЕГКОВОГО АВТОМОБИЛЯ ПРИ ЕГО ФРОНТАЛЬНОМ СТОЛКНОВЕНИИ, ПРЕИМУЩЕСТВЕННО НАБЛЮДАЮТСЯ У

ПК-5

1) пассажира переднего сидения

2) водителя

3) пассажира заднего сидения справа

4) пассажира заднего сидения слева

5) пассажира, сидящего по центру

Правильный ответ: 2

**5. Самоконтроль по ситуационным задачам**

Задача №1. УК-1 ПК-2 ПК-3 ПК-5 ПК-7 ПК-8 ПК-9 ПК-10

ОБСТОЯТЕЛЬСТВА ДЕЛА: в направлении на судебно-медицинское исследование не указаны

Представлена история болезни на имя П., 64 лет, согласно которой она поступила с жалобами на кровотечение из уха и головную боль. Со слов врача скорой помощи во время судорог упала дома и ударилась головой. В запое несколько дней. Сама пострадавшая обстоятельств травмы не помнит. Общее состояние тяжелое. Определяется запах алкоголя изо рта. Дыхание спонтанное, проводится по всем полям, хрипов нет. ЧДД 19 в минуту, сердечные тоны ясные, ритмичные. ЧСС 100 в минуту АД 140/90 мм.рт.ст. Живот не вздут, симметричен, участвует в акте дыхания, мягкий, безболезненный. Сознание – глубокое оглушение, сопор. Дезориентирована в месте, времени, своей личности. Критика снижена. Зрачки равные, фотореакции живые. Движения глазных яблок ограничены в крайних отведениях. Левосторонний гемипарез. Сухожильные рефлексы больше справа, умерено оживлены. В позе Ромберга не устойчива. Ригидность мышц затылка до 2 мм, симптом Кернига 160 °. М-ЭХО: смещение справа налево на 2,5-3,0 мм, на фоне дополнительных сигналов. Локально: из левого уха отмечается кровотечение, симптом «двойного пятна» сомнителен. Диагноз: открытая черепно-мозговая травма? Ушиб головного мозга. Перелом основания черепа слева? 02.12.02г ЭХО-ЭС смещения срединных структур головного мозга не выявлено, дополнительные сигналы в передних отделах больше справа, где М-ЭХО выводится с трудом, и немного справа в средне задних, слева – в задних. Третий желудочек 6-7 мм, пульсация немного усилена. В протоколе рентгеновского исследования № 3726-1 от 11.12.02г справа отмечается сгущение легочного рисунка, инфильтративных, очаговых теней не выявлено. Купол диафрагмы четкий. На фоне нарастающей дыхательной и сердечно-сосудистой недостаточности 14.01.03 в 22-45 констатирована смерть больного. ПОСМЕРТНЫЙ ДИАГНОЗ: открытая черепно-мозговая травма, ушиб головного мозга тяжелой степени, линейный перелом левой височной кости с переходом на основание черепа по средней черепной ямке, отоликворея слева, ушиб мягких тканей головы. Осложнения: двусторонняя абсцедирующая пневмония, инфекционно-токсический шок, отек – набухание головного мозга.

Алкоголь – данных в истории болезни не обнаружено.

НАРУЖНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ. Труп женщины, доставлен без одежды, среднего телосложения, удовлетворительного питания, длиной тела 175 см. Кожа бледно-серая, холодная на ощупь во всех отделах, в отлогих местах тела сливные, фиолетовые, не исчезающие и не меняющие цвет при надавливании трупные пятна. Трупное окоченение достаточно выражено во всех обычно исследуемых группах мышц. Склеры глаз мутные, тусклые, суховаты, кровоизлияний в соединительные оболочки глаз не отмечается, зрачки равновелики по 0,4 см диаметром. Голова правильной формы, кости черепа и лицевого скелета на ощупь целы. Грудная клетка цилиндрическая, эластичная, упругая, ребра на ощупь целы. Живот на одном уровне с грудной клеткой. Естественные отверстия тела и полости рта и носоглотки свободны, чистые. Слизистая оболочка губ синюшная, подсохшая. Анальное отверстие сомкнуто, кожа вокруг него слегка обпачкана каловыми массами. Половые органы развиты правильно по женскому типу. Кости конечностей целы.

ПОВРЕЖДЕНИЯ. Каких-либо повреждений, кроме следов медицинских манипуляций, при наружном исследовании не обнаружено.

ВНУТРЕННЕЕ ИССЛЕДОВАНИЕ. Полость черепа: кожно-мышечный лоскут головы гладкий, влажный, блестящий, без кровоизлияний и повреждений, височные мышцы синюшные, сочные, полнокровны. Кости свода и основания черепа целы. Твердая мозговая оболочка серо-перламутрового цвета, цела, блестящая, гладкая, влажная, просвет ее синусов выполнен жидкой темной кровью в большом количестве. В правой лобной доле по передней и базальной поверхностям, на участке диаметром 10 см, диффузные субарахноидальные кровоизлияния, распространяющиеся в вещество мозга, с образованием в нем внутримозговой гематомы диаметром 4 см, выполненной ржавой кровью как жидкой, так и ржавыми и темно-вишневыми свертками. Мягкие мозговые оболочки тонкие, прозрачные со студневидным отеком и полнокровными сосудами, по ходу которых определяются рассеянные точечные кровоизлияния в небольшом количестве в толще мозговых оболочек. Сосуды Вилизиева круга с тонкими стенками, пустым просветом. Борозды мозга с обычным рисунком, на миндаликах мозжечка определяется полоса вдавления от краев большого затылочного отверстия. Головной мозг эластичный, на разрезах с четкой границей серого и белого вещества и мраморным рисунком подкорковых ядер. Поверхности разрезов тускловаты, липнут к лезвию ножа. Желудочки мозга симметричны, растянуты прозрачной жидкостью, эпендима их бледно-серая, блестящая, влажная. В крыше 4-го желудочка пятнистые множественные кровоизлияния. Сосудистые сплетения обычного вида, полнокровны. В задней атланто-затылочной мембране ржаво-красные пятнистые кровоизлияния.

ОРГАНЫ ГОЛОВЫ И ШЕИ. Язык синюшный, влажный, обложен серовато-желтым, не снимающимся налетом. Слизистые оболочки носоглотки синюшные, влажные, блестящие. Небные миндалины округлые, диаметром по 1,5 см, с бугристой поверхностью, без наложений, синюшные. В мягких тканях шеи повреждений и кровоизлияний не обнаружено. Вход и просвет гортани свободен, слизистая оболочка ее бледно-серая. Подъязычная кость и хрящи гортани целы, в мягких тканях ее повреждений не обнаружено. Просвет трахеи и главных бронхов свободен, хрящи трахеи целы. Щитовидная железа обычных размеров, с равновеликими долями, плотно-эластичная, темно-коричневая, на разрезе полнокровна, дольчатого строения. Просвет пищевода свободен, слизистая его бледно-серая, продольно складчатая.

ГРУДНАЯ ПОЛОСТЬ. В плевральных полостях следы прозрачной жидкости. Легкие выполняют 2\3 полостей, с блестящей, гладкой и влажной плеврой. Под висцеральной плеврой, особенно, в прикорневых отделах легких и по базальным поверхностям, множественные точечные кровоизлияния. Легкие синюшные в передних и темно-синюшные в задних отделах, тестоватой консистенции, на разрезах темно-красные с обычным рисунком, полнокровны. Слизистые оболочки воздухопроводящих путей светло-розовые, набухшие. Бифуркационные лимфоузлы располагаются в виде пакетов диаметром от 1 до 2 см, эластичные, не спаянные между собой и с окружающими тканями, темно-синюшные, на разрезах сочные, с обычным рисунком. В полости перикарда следы прозрачной жидкости, листки его гладкие, влажные, блестящие. Под эпикардом единичные точечные рассеянные темно-красные кровоизлияния. Сердце дрябло-эластичное, 11х9х8 см, с избыточным отложением жира под эпикардом. В полостях сердца немного жидкой темной крови с мелкими единичными темно-вишневыми свертками. Миокард розовато-синюшный, эластичный, неравномерного кровенаполнения. Толщина стенки правого желудочка 0,3 см, левого 1,2 см. Клапаны и пристеночный эндокард тонкий, полупрозрачный, клапаны сформированы правильно. Аорта эластична, со следами жидкой крови в просвете и рассеянными липидными пятнами в интиме. Коронарные артерии с тонкими стенками, пустым просветом.

БРЮШНАЯ ПОЛОСТЬ. Органы расположены анатомически правильно. В полости следы прозрачной жидкости соломенного цвета. Листки брюшины гладкие, влажные, блестящие. Желудок пустой, содержимое кишечника отделам соответствует, слизистые оболочки их бледно-серые. Мезентериальные лимфоузлы располагаются раздельно, диаметр их не более 1 см, эластичны. Печень 26х20х18х13 см, плотно-эластичная, желто-коричневая с поверхности и на разрезах, полнокровная, со смазанным рисунком долек. В желчном пузыре 15 мл жидкой темно-зеленой желчи, слизистая оболочка его темно-зеленая, бархатистая. Просвет внепеченочных желчевыводящих путей свободно проходим. Поджелудочная железа обычных размеров, плотно-эластичная, бледно-серая, на разрезах - дольчатого строения. Селезенка 6х5х4 см, синюшная, полнокровна, эластична, без соскоба. Надпочечники листовидной формы, обычных размеров, на разрезах граница слоев четкая. Почки равновелики, 11х6х5 см, дрябло-эластичные. Капсула сползает при надрезе, обнажая ровную поверхность. По краю разреза паренхима наползает на капсулу. На разрезах корковый слой - синюшный, с темно-красным крапом и подчеркнутым рисунком, мозговой слой также с подчеркнутым рисунком, граница слоев отчетливо выражена. Слизистые оболочки лоханок и чашечек бледно-синюшные, гладкие, блестящие, просвет последних свободен. Мочеточники проходимы на всем протяжении, с бледно-серой слизистой. Мочевой пузырь пуст, слизистая оболочка его складчатая, бледно-серая, уретра свободно проходима.

Из трупа для судебно-гистологического исследования взяты кусочки внутренних органов на патоморфологические изменения.

В качестве вещественного доказательства взята кровь на марле.

Вопросы:

1. Повреждения обнаруженные при исследовании?

2. Степень тяжести вреда здоровью?

3. Причина смерти?

4. Механизм травмы?

5. Состояние опьянения?

Эталон:

1. При судебно-медицинском исследовании трупа обнаружены следующие телесные повреждения: а) закрытая черепно-мозговая травма – субарахноидальные и внутримозговые кровоизлияния в правой лобной доле головного мозга и в крышу 4-го желудочка; б) закрытая спинальная травма – кровоизлияния в связки атланто-затылочного сочленения в стадии рассасывания.

2. Обнаруженная ЧЕРЕПНО-МОЗГОВАЯ ТРАВМА причинила вред, опасный для жизни человека и согласно пункту 4.а Правил определения степени тяжести вреда, причиненного здоровью человека (Постановление Правительства РФ от 17 августа 2007 г. N 522) и пункта 6.1. приказа МЗиСР РФ 194н от 24.04.2008.г., квалифицируется, как обусловившая тяжкий вред здоровью. Черепно-мозговая травма имеет прямую причинную связь со смертью.

3. Смерть наступила в результате сочетанной шейно-затылочной травмы с повреждениями головного и спинного мозга (см пункт 1), осложнившейся отеком и дислокацией головного мозга. Заключение подтверждается картиной, найденной на вскрытии, и данными медицинской документации.

4. Вероятный механизм травмы – однократное травматическое ударное воздействие в затылочную область с действием травмирующей силы сзади наперед, что возможно при падении с высоты собственного роста навзничь.

5. Данных в истории болезни о наличия алкоголя в крови пострадавшего не обнаружено.

Задача №2. УК-1 ПК-2 ПК-3 ПК-5 ПК-7 ПК-8 ПК-9 ПК-10

ОБСТОЯТЕЛЬСТВА ДЕЛА: в направлении на судебно-медицинское исследование указано, что «труп гр. И. был обнаружен 15.01.03г в кв. 00 по ул. Мира 00».

Представлена история болезни на имя гр. И., 1948 г.р., согласно которой она была доставлена 04.01.03г. Известно, что в течение последних 2-х месяцев злоупотребляла алкоголем. 03.01.03г вечером муж вернулся с работы, нашел дома на полу. Состояние крайне тяжелое. Кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски, влажные. В легких дыхание проводится по всем полям, хрипов нет. Тоны сердца ритмичные, ЧСС 96/мин, АД 200/100 мм.рт.ст. Температура 38,5°С. Живот мягкий, Стул, мочеиспускание не контролирует. Сознание – оглушение 3 степени, сопор. Не контактен. Зрачки правый больше левого. Реакция на свет сохранена. Асимметрия правой носогубной складки. Сухожильные рефлексы правый меньше левого. Мышечный тону снижен в правых конечностях. Симптом Кернига 170° с двух сторон. Диагноз: острое нарушение мозгового кровообращения по геморрагическому типу в бассейне левой средней мозговой артерии с правосторонней гемиплегией сенсорно-моторной афазией. Геморрагический инсульт. М-ЭХО срединные структуры головного мозга не смещены. 05.01.03г Заключение окулиста – На глазном дне левого глаза проявления кровавого отека ДЗН и прилежащей сетчатки, умеренная венозная инъекция на фоне выраженного сужения артерий клетчатки. Зрелая выраженная катаракта ОД, начальный парез взора вправо. В протоколе рентгеновского исследования № 2 от 05.01.03г легочные поля без очаговых и инфильтративных теней. Тень средостенья в норме. 14.1.03г – ЭХО-ЭГ сомнительно в виду множества дополнительных сигналов. Смещение срединных структур головного мозга справа налево в средне задних отделах 9мм. Третий желудочек 8мм. Множество дополнительных сигналов справа в средне задних отделах. Усилена пульсация. Несмотря не проводимую терапию, состояние больного прогрессивно ухудшалось, и 15.01.03г в 03-40 наступила смерть. ПОСМЕРТНЫЙ ДИАГНОЗ: Цереброваскулярная болезнь. Острое нарушение мозгового кровообращения по геморрагическому типу в бассейне левой средней мозговой артерии с правосторонней гемиплегией.

Алкоголь -

НАРУЖНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ. Труп женщины, доставлен без одежды, среднего телосложения, удовлетворительного питания, длиной тела 163 см. Кожа бледно-серая, холодная на ощупь во всех отделах, в отлогих местах тела сливные, фиолетовые, не исчезающие и не меняющие цвет при надавливании трупные пятна. Трупное окоченение достаточно выражено во всех обычно исследуемых группах мышц. Склеры глаз мутные, тусклые, суховаты, кровоизлияний в соединительные оболочки глаз не отмечается, зрачки равновелики по 0,4 см диаметром. Голова правильной формы, кости черепа и лицевого скелета на ощупь целы. Грудная клетка цилиндрическая, эластичная, упругая, ребра на ощупь целы. Живот на одном уровне с грудной клеткой. Естественные отверстия тела и полости рта и носоглотки свободны, чистые. Слизистая оболочка губ синюшная, подсохшая. Анальное отверстие сомкнуто, кожа вокруг него слегка обпачкана каловыми массами. Половые органы развиты правильно по женскому типу. Кости конечностей целы.

ПОВРЕЖДЕНИЯ. Каких-либо повреждений, кроме следов медицинских манипуляций, при наружном исследовании не обнаружено.

ВНУТРЕННЕЕ ИССЛЕДОВАНИЕ. Полость черепа: Слева в затылочной области в 7 см от оси тела ржаво-красное кровоизлияние диаметром 5см. В остальных отделах кожно-мышечный лоскут головы гладкий, влажный, блестящий, без кровоизлияний и повреждений, височные мышцы синюшные, сочные, полнокровны. Кости свода и основания черепа целы. Твердая мозговая оболочка серо-перламутрового цвета, цела, блестящая, гладкая, влажная, просвет ее синусов выполнен жидкой темной кровью в большом количестве. Слева по наружной поверхности мозга в средней и передней черепных ямках эпидуральное пластинчатое кровоизлияние объемом 100мл, состоящее из частично лизированных ржаво-красных свертков крови. По наружной поверхности левой теменной и лобной долей ржаво-красное прокрашивание мягких мозговых оболочек на участке диаметром 10см. Мягкие мозговые в остальных отделах оболочки тонкие, прозрачные со студневидным отеком и полнокровными сосудами, по ходу которых определяются рассеянные точечные кровоизлияния в небольшом количестве в толще мозговых оболочек. Сосуды Вилизиева круга с тонкими стенками, пустым просветом. Борозды мозга сглажены, извилины уплощены, на миндаликах мозжечка определяется полоса вдавления от краев большого затылочного отверстия. Головной мозг эластичный, на разрезах с четкой границей серого и белого вещества и мраморным рисунком подкорковых ядер. Поверхности разрезов тускловаты, липнут к лезвию ножа. Желудочки мозга симметричны, обычного объема, эпендима их бледно-серая, блестящая, влажная, в полостях желудочков следы прозрачной соломенного цвета жидкости. Сосудистые сплетения обычного вида, полнокровны.

При ревизии шейного отдела позвоночного столба диффузное кровоизлияние в связки атлантозатылочного и атлантоаксиального сочленений и диффузное эпидуральное кровоизлияние с 1 по 3 шейные позвонки по передней поверхности.

ОРГАНЫ ГОЛОВЫ И ШЕИ. Язык синюшный, влажный, обложен серовато-желтым, не снимающимся налетом. Слизистые оболочки носоглотки синюшные, влажные, блестящие. Небные миндалины округлые, диаметром по 1,5 см, с бугристой поверхностью, без наложений, синюшные. В мягких тканях шеи повреждений и кровоизлияний не обнаружено. Вход и просвет гортани свободен, слизистая оболочка ее бледно-серая. Подъязычная кость и хрящи гортани целы, в мягких тканях ее повреждений не обнаружено. Просвет трахеи и главных бронхов свободен, хрящи трахеи целы. Щитовидная железа обычных размеров, с равновеликими долями, плотно-эластичная, темно-коричневая, на разрезе полнокровна, дольчатого строения. Просвет пищевода свободен, слизистая его бледно-серая, продольно складчатая.

ГРУДНАЯ ПОЛОСТЬ. Слева листки плевры покрыты фибринозно-гнойным налетом. Легкие выполняют 2/3 полостей, уплотнены во всех отделах, на разрезах безструктурны, серо-красные, расползаются под пальцами с большим количеством абсцессов от 0,5 до 2 см диаметром. С поверхности разрезов стекает желтая мутная жидкость в повышенном количестве и темная жидкая кровь из сосудов. В просвете воздухо-проводящих путей немного жидкого желтого гноя, слизистые оболочки гортани, трахеи и бронхов гиперемированы, отечны с налетом фибрина.

Бифуркационные лимфоузлы располагаются в виде пакетов диаметром от 1 до 2 см, эластичные, не спаянные между собой и с окружающими тканями, темно-синюшные, на разрезах сочные, с обычным рисунком. В полости перикарда следы прозрачной жидкости, листки его гладкие, влажные, блестящие. Под эпикардом единичные точечные рассеянные темно-красные кровоизлияния. Сердце дрябло-эластичное, 11х9х8 см, с избыточным отложением жира под эпикардом. В полостях сердца немного жидкой темной крови с мелкими единичными темно-вишневыми свертками. Миокард розовато-синюшный, эластичный, неравномерного кровенаполнения. Толщина стенки правого желудочка 0,3 см, левого 1,2 см. Клапаны и пристеночный эндокард тонкий, полупрозрачный, клапаны сформированы правильно. Аорта эластична, со следами жидкой крови в просвете и рассеянными липидными пятнами в интиме. Коронарные артерии с тонкими стенками, пустым просветом.

БРЮШНАЯ ПОЛОСТЬ. Органы расположены анатомически правильно. В полости следы прозрачной жидкости соломенного цвета. Листки брюшины гладкие, влажные, блестящие. Желудок пустой, содержимое кишечника отделам соответствует, слизистые оболочки их бледно-серые. Мезентериальные лимфоузлы располагаются раздельно, диаметр их не более 1 см, эластичны. Печень 26х20х18х13 см, плотно-эластичная, желто-коричневая с поверхности и на разрезах, полнокровная, со смазанным рисунком долек. В желчном пузыре 50 мл жидкой темно-зеленой желчи, слизистая оболочка его темно-зеленая, бархатистая. Просвет внепеченочных желчевыводящих путей свободно проходим. Поджелудочная железа обычных размеров, плотно-эластичная, бледно-серая, на разрезах - дольчатого строения с множественными кальцинатами. Селезенка 6х5х4 см, синюшная, полнокровна, эластична, без соскоба. Надпочечники листовидной формы, обычных размеров, на разрезах граница слоев четкая. Почки равновелики, 11х6х5 см, дрябло-эластичные. Капсула сползает при надрезе, обнажая ровную поверхность. По краю разреза паренхима наползает на капсулу. На разрезах корковый слой - синюшный, с темно-красным крапом и подчеркнутым рисунком, мозговой слой также с подчеркнутым рисунком, граница слоев отчетливо выражена. Слизистые оболочки лоханок и чашечек бледно-синюшные, гладкие, блестящие, просвет последних свободен. Мочеточники проходимы на всем протяжении, с бледно-серой слизистой. Мочевой пузырь пуст, слизистая оболочка его складчатая, бледно-серая, уретра свободно проходима.

Из трупа для судебно-гистологического исследования взяты кусочки внутренних органов на патоморфологические изменения.

Вопросы:

1.Повреждения обнаруженные при исследовании?

2.Степень тяжести вреда здоровью?

3.Причина смерти?

4.Механизм травмы?

5.Состояние алкогольного опьянения?

Эталон:

1.При судебно-медицинском исследовании трупа обнаружены следующие телесные повреждения: а) закрытая черепно-мозговая травма – субдуральная плащевидная гематома слева в передней и средней черепных ямках, субарахноидальное кровоизлияние в левой теменной и височной долях головного мозга; б) закрытая спинальная травма кровоизлияния в связки атланто-затылочного и атланто-аксиального сочленений, эпидуральное кровоизлияние с 1 по 3 шейные позвонки.

2.Обнаруженная при настоящей экспертизе, ЧЕРЕПНО-МОЗГОВАЯ ТРАВМА причинила вред, опасный для жизни человека и согласно пункту 4.а Правил определения степени тяжести вреда, причиненного здоровью человека (Постановление Правительства РФ от 17 августа 2007 г. N 522) и пункта 6.1. приказа МЗиСР РФ 194н от 24.04.2008.г., квалифицируется, как обусловившая тяжкий вред здоровью. Черепно-мозговая травма имеет прямую причинную связь со смертью.

3.Смерть наступила в результате сочетанной шейно-затылочной травмы тела, сопровождавшейся ушибом головного и спинного мозга (см пункт №1), осложнившейся отеком и набуханием головного мозга с дислокацией. Заключение подтверждается картиной, найденной на вскрытии, и данными медицинской документации.

4.Травма возникла от однократного травматического ударного воздействия твердого тупого предмета с преобладающей контактирующей поверхностью на левую затылочную область с действием травмирующей силы слева направо и сзади наперед, что возможно пари падении пострадавшего навзничь.

5.Данных в истории болезни о наличия алкоголя в крови пострадавшего не обнаружено.

Задача № 3.

Представлен акт медицинского исследования трупа от 14.02.09г. Представлена медицинская карта стационарного больного из ГКБ на имя гр. В., 1960 г.р., который 02.01.09г. в 21-40 бригадой "скорой помощи" был доставлен в токсикологическое отделение с нарушением сознания. Обнаружен без сознания по адресу: ул. Кутузова, 00, подъезд 0, между 2 и 3 этажами, рядом пустые бутылки из под алкоголя. В анамнезе цирроз печени. На догоспитальном этапе рвота. При поступлении сознание кома 1 степени. кожные покровы обычной окраски, влажности, субинтеричные, в наколках. В носовых ходах засохшая кровь. Зрачки обычные, равны. Фотореакция слабая. Рефлексы сохранены, равны. На боль реакция движениями в конечностях. Мышечный тонус удовлетворительный. Дыхание спонтанное, адекватное, частота дыхательных движений 19-20/мин, проводится равномерно, хрипов нет. Артериальное давление 130/80 мм.рт.ст. Пульс 88/мин. Изо рта определяется запах алкоголя. Живот не вздут, на пальпацию не реагирует. 03.01.09 состояние больного ухудшилось. Сознание оглушение 1, ориентирован. У больного рвота кровью со сгустками. Артериальное давление 120/80 мм.рт.ст., частота сердечных сокращений 98/мин. Живот не вздут, мягкий, умеренно болезненный в эпигастрии. В дальнейших записях состояние больного тяжелое, жалобы на слабость. 10.01.09 состояние больного с отрицательной динамикой, сознание оглушение 2-3. Кожные покровы бледно-желтушные. Артериальное давление 90/60 мм.рт.ст., пульс 100/мин. 11.01.09 состояние больного крайней степени тяжести. сознание сопор. Артериальное давление 40/60 мм.рт.ст. Пульс 88/мин. Живот не вздут. Печень +4 см из под края реберной дуги. Несмотря на проводимую терапию, состояние больного быстро ухудшалось, нарастали признаки печеночно-почечной недостаточности и 13.01.09 г. в 0-50 констатирована смерть больного. ПОСМЕРТНЫЙ ДИАГНОЗ: Цирроз печени в стадии декомпенсации. Синдром портальной гипертензии. Гепатоспленомегалия. Варикозное расширение вен пищевода 3-4 степени. кровотечение. Печеночно-клеточная недостаточность. Эндотоксикоз тяжелой степени. токсическая энцефалопатия. Полиорганная недостаточность. Отек головного мозга. Фоновое заболевание. Алкогольная болезнь с полиорганными поражениями. Алкогольная полинейропатия. При поступлении в стационар в крови потерпевшего обнаружен этиловый алкоголь в концентрации 2,78 промилле.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Данные анализов | | | | |
| Параметры  Дата | 02.01 | 03.01 | 04.01 | 05.01 |
| эритроциты |  | 3,6 |  |  |
| Цветной п. |  | 0,95 |  |  |
| гемоглобин | 128 | 114 | 96 | 101 |
| лейкоциты | 14,2 |  |  |  |
| РОЭ | 42 |  |  |  |
| Амилаза | 284 |  |  | 113 |
| мочевина | 7,1 |  |  | 4,9 |
| Билирубин общ. | 32,9 |  |  | 60,4 |
| Прямой | 8,5 |  |  | 41,4 |
| непрямой | 24,4 |  |  | 19,0 |
| Сахар | 7,8 |  |  | 6,5 |
| АЛТ | 101,5 |  |  | 50,8 |
| Белок крови | 82,4 |  |  | 66,5 |
| Калий | 3,5 |  |  | 3,0 |
| Натрий | 169 |  |  | 149 |
| АСТ |  |  |  | 93,8 |
| Уд. вес мочи | 1012 |  |  |  |
| Белок мочи | 35 |  |  |  |
| Лейкоциты мочи | 4-6 |  |  |  |
| Эритроциты мочи | 0-1-2 |  |  |  |

НАРУЖНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ. На секционном столе труп мужчины, доставлен из стационара ГКБ без одежды, среднего телосложения, удовлетворительного питания, длиной тела 170 см. Кожа бледно-серая, холодная на ощупь во всех отделах. По задней поверхности тела, в отлогих местах тела сливные, фиолетовые, не исчезающие и не меняющие цвет при надавливании трупные пятна. Трупное окоченение выражено во всех обычно исследуемых группах мышц. Склеры глаз мутные, суховаты, радужки тусклые, кровоизлияний в соединительные оболочки глаз не отмечается, зрачки равновелики по 0,4 см диаметром. Голова правильной формы, кости черепа и лицевого скелета на ощупь целы. Грудная клетка цилиндрическая, эластичная, упругая, ребра на ощупь целы. Живот несколько ниже уровня реберных дуг грудной клетки. Естественные отверстия тела и полости рта и носоглотки свободны, чистые. Слизистая оболочка губ синюшная, подсохшая без видимых кровоизлияний в слизистых оболочках. Анальное отверстие сомкнуто, кожа вокруг него слегка опачкана каловыми массами. Половые органы развиты правильно. Кости конечностей на ощупь целы. ПОВРЕЖДЕНИЯ. В левой окологлазничной области кровоподтек по типу замкнутого полуочка 4х3,5 см зеленовато-желтого цвета. Каких-либо иных повреждений, кроме следов медицинских манипуляций, при наружном исследовании не обнаружено. ВНУТРЕННЕЕ ИССЛЕДОВАНИЕ. Полость черепа: Внутренняя поверхность кожно-мышечного лоскута головы бледно-розовая. В нем, в затылочной области слева отмечается кровоизлияние 5х4 см. Кости черепа вскрыты угловым распилом. При исследовании костей черепа отмечается линейный перелом затылочной кости слева, идущий от левого края большого затылочного отверстия, длиной 12 см. Твердая мозговая оболочка умеренно напряжена, вскрыта, над и под ней кровоизлияний нет. Головной мозг извлечен, масса его 1280 грамм. Мягкие мозговые оболочки отечны, сосуды их заполнены кровью. Под ними отмечается буро-красное кровоизлияние в области левой лобной доле 5х7 см. Головной мозг дрябло-эластичный, борозды и извилины несколько уплощены за счет отека. Ткань мозга на разрезах блестящая, полнокровная, прилипает к ножу. На поверхности разрезов выступает большое количество точек и полосок крови, которые легко снимаются спинкой ножа. Граница между серым и белым веществом четкая. Очаг разрушения ткани мозга в полюсе правой лобной доли с пропитыванием бурой кровью, размером 3х3х2 см. Желудочки мозга щелевидны, содержат незначительное количество розоватого прозрачного ликвора. Сосуды основания мозга тонкостенные, просвет их свободен. На миндалинах мозжечка по базальной поверхности отмечается борозда вдавления шириной до 1 см. Твердая мозговая оболочка с основания черепа удалена, кости основания черепа целы. Толщина костей черепа в пределах распила в лобной области 0.7см, в затылочной 0.8см, в височных по 0.4см Язык синюшный, влажный, незначительно обложен серовато-желтым налетом. Слизистые оболочки носоглотки синюшные, влажные, блестящие. В мягких тканях шеи повреждений и кровоизлияний не обнаружено. Вход и просвет гортани свободен, слизистая оболочка ее бледно-серая. Подъязычная кость и хрящи гортани целы, в мягких тканях ее повреждений не обнаружено. Просвет трахеи и главных бронхов свободен, хрящи трахеи целы. Щитовидная железа обычных размеров, с равновеликими долями, плотно-эластичная, темно-коричневая, на разрезе полнокровна, дольчатого строения. Просвет пищевода свободен, слизистая его бледно-серая, продольно складчатая в слизистой отмечаются множественные расширенные вены, как бы выбухающие над поверхностью слизистой оболочки. ГРУДНАЯ БРЮШНАЯ ПОЛОСТИ. Органы брюшной и грудной полостей расположены анатомически правильно, легкие выполняют 2\3 полостей, петли кишечника умеренно вздуты. Органокомплекс извлечен единым блоком. Плевра влажная блестящая, в плевральных полостях следы прозрачной жидкости. Легочная плевра влажная, блестящая. Под ней плеврой, особенно, в прикорневых отделах легких и по базальным поверхностям, множественные точечные кровоизлияния. Левое легкое массо1 490 грамм, правое 550 грамм. Легкие розово-красные в передних и темно-красные в задних отделах, тестоватой консистенции, структура их хорошо выражена, над поверхностью разрезов незначительно выстоят мелкие бронхи и сосуды, ткань их полнокровна. Слизистые оболочки воздухопроводящих путей серовато-розовые, набухшие. Перикард не напряжен, вскрыт. В полости перикарда следы прозрачной жидкости, листки его гладкие, влажные. Сердце дрябло-эластичное, извлечено, весом 420 грамм, размеры его 13х11х8 см. Под эпикардом отмечается умеренное количество жировой ткани. В полостях сердца немного жидкой темной крови с мелкими единичными темно-вишневыми свертками. Миокард красно-коричневый, эластичный, неравномерного кровенаполнения. Толщина стенки правого желудочка 0,3 см, левого 1,7 см. Пристеночный эндокард тонкий, полупрозрачный, клапаны сформированы правильно, тонкие. Аорта эластична, со следами жидкой крови в просвете и рассеянными липидными пятнами в интиме. Коронарные артерии с тонкими стенками, пустым просветом. В брюшной полости следы прозрачной жидкости соломенного цвета. Листки брюшины гладкие, влажные, блестящие. В желудке 1000 мл кровянистых масс. В слизистой отмечаются множественные мелкие эрозии. Содержимое кишечника отделам соответствует, слизистые оболочки их бледно-серые. Печень 20х16х10х8 см, массой 1490 грамм, поверхность ее мелкобугристая, плотно-эластичная, желто-коричневая с поверхности и на разрезах, полнокровная, со смазанным рисунком долек. В желчном пузыре 20 мл жидкой темно-зеленой желчи, слизистая оболочка его темно-зеленая, бархатистая. Просвет внепеченочных желчевыводящих путей свободно проходим. Поджелудочная железа обычных размеров, плотно-эластичная, бледно-серая, на разрезах дольчатого строения. Селезенка массой 800 грамм, 20х12х9 см, синюшная, полнокровна, эластична, без соскоба. Надпочечники листовидной формы, обычных размеров, на разрезах граница слоев четкая. Почки равновелики, массой по 110 грамм, 11х6х4 см, дрябло-эластичные. Капсула сползает при надрезе, обнажая ровную поверхность. На разрезах корковый слой - синюшный, с темно-красным крапом и подчеркнутым рисунком, мозговой слой также с подчеркнутым рисунком, граница слоев отчетливо выражена. Слизистые оболочки лоханок и чашечек бледно-синюшные, гладкие, блестящие, просвет последних свободен. Мочеточники проходимы на всем протяжении, с бледно-серой слизистой. Мочевой пузырь пуст, слизистая оболочка его складчатая, бледно-серая, уретра свободно проходима. ДАННЫЕ ДОПОЛНИТЕЛЬНЫХ МЕТОДОВ ИССЛЕДОВАНИЯ. Представлен акт судебно-гистологического исследования от 06.02.09г. Головной мозг - между паутинной и сосудистой оболочками много лизированной красной крови с зернами темно бурой окраски, полнокровие пиальных сосудов, в ткани извилин большого полушария мозга на фоне равномерной гиперемии вен, венул, артерий и густой сети капилляров с многочисленными перивазальными кровоизлияниями в сером веществе коры, на ограниченном участке, сливающиеся гематомы разных размеров в сером (3) и белом веществе, вокруг гематомы трансформация клеток глии в макрофагально-тучные клетки, криброзность нейропиля, дегенерация проводящих путей, пролиферация мелких сосудов. В кусочке ствола мозга полнокровие Вени и венул, перивенулярные кровоизлияния с пропитыванием ткани мозга, дистрофические изменения и некроз нейронов ядерных образований. Выраженный аутолиз мозга. Твердая мозговая оболочка - оболочка скручена, в самой оболочке два-три очага кровоизлияния из красных разрозненных эритроцитов, рядом лежит красный сверток крови из полулизированных и лизированных масс эритроцитов, с вкраплением частиц черного зернистого пигмента. Сердце - кардиоциты крупные по размерам, на поперечном и косом сечении, стенки интрамуральных артерий без выраженных утолщений, очагов кардиосклероза не выявлено, полнокровие вен и венул. Легкое -полнокровие сосудов межальвеолярных септ и более крупных сосудов, в разных полях зрения очаги ателектаза, межальвеолярные перегородки сближены, извитые, в просвете альвеол не выявлено экссудата и жидкости, аутолиз. Пищевод - слизистая с сохраненной эпителиальной выстилкой, вены слизистой складчато-извитые, в узких просветах спавшихся вен красная кровь, выраженная гиперемия вен, венул и капилляров мышечной оболочки с диапедезными кровоизлияниями, очаговое кровоизлияние в жировой клетчатке адвентиции. Желудок - слизистая отделена от подслизистой, строение желез не нарушено, малокровие сосудов стромы слизистой, кровоизлияний и язвы в слизистой не выявлено, малокровие спавшихся вен подслизистой. Печень - строение классических долек нарушено, портальные тракты расширены, склерозированы, с пролиферацией желчных протоков и густоклеточной лимфогистиоцитарной инфильтрацией, много узлов регенератов небольших размеров, чаще с дольку, гепатоциты с набухшей гомогенной и микровезикулярной цитоплазмой, неравномерное кровенаполнение синусоидов. Почка - клубочки небольшие, на фоне аутолиза не видно кровенаполнения капилляров, не выражена сеть перитубулярных сосудов, нефроэпителий извитых канальцев с комковатой и зернистой цитоплазмой, с неокрашенными ядрами, умеренное кровенаполнение прямых сосудов.

Вопросы:

1.Какие телесные повреждения были обнаружены?

2.Степень тяжести причиненного вреда здоровью?

3.Время смерти, причина смерти?

4.Механизм повреждения?

5.Состояние опьянения?

Эталон:

1. При исследовании трупа гр. Кучина обнаружена закрытая черепно-мозговая травма - кровоподтек в левой окологлазничной области, кровоизлияние в кожном лоскуте в затылочной области слева, перелом затылочной кости слева, кровоизлияние под мягкие мозговые оболочки в левой лобной доле, очаг разрушения ткани мозга в полюсе правой лобной доли.

2. Данная черепно-мозговая травма, согласно пункту 6.1.2. – «перелом свода (лобной, теменной костей) и (или) основания черепа: черепной ямки (передней, средней или задней) или затылочной кости», приказа МЗиСР РФ 194н от 24.04.2008г отнесена к критериям, характеризующим квалифицирующий признак вреда, опасного для жизни человека. По указанному признаку, согласно правилам «Определения тяжести вреда, причиненного здоровью человека» (постановление правительства РФ №522 от 17.08.2007г) указанная черепно-мозговая травма, квалифицируется как ТЯЖКИЙ ВРЕД ЗДОРОВЬЮ. Обнаруженная черепно-мозговая травма состоит в прямой причинной связи с наступившей смертью.

3. Смерть наступила 13.01.09 г. в 0-50 (что зафиксировано в истории болезни) в результате описанной выше закрытой черепно-мозговой травмы, приведшей к отеку головного мозга. Данное заключение подтверждается данными вскрытия, дополнительных методов исследования и медицинской документации.

4.Указанные повреждения возникли от воздействия тупого твердого предмета (предметов) без четких идентифицирующих свойств, либо при ударе о таковой (таковые). При этом, учитывая локализацию точек приложения силы, можно говорить что имело место не менее двух воздействий – в область левого глаза и в левую затылочную область. Указанные повреждения могли образоваться, в том числе при падении пострадавшего с высоты собственного роста, в том числе неоднократно, что не исключает и другие условия возникновения травмы.

5.При поступлении в стационар в крови потерпевшего обнаружен этиловый алкоголь в концентрации 2,78 промилле, что по аналогии с живыми лицами, при наличии соответствующей клинической картины, обычно расценивается как тяжелая степень алкогольного опьянения.

Задача №4. УК-1 ПК-2 ПК-3 ПК-5 ПК-7 ПК-8 ПК-9 ПК-10

ОБСТОЯТЕЛЬСТВА ДЕЛА. В направлении на судебно-медицинское исследование трупа не указаны.

Представлена медицинская карта стационарного больного из ГКБ на имя гр. В., 1953 г.р., который 12.01.09г. в 13-00 бригадой скорой помощи был доставлен в неврологическое отделение. Жалоб не предъявляет из-за снижения критики к состоянию. Дата появления расстройства 10.01.09г. В течение трех дней постепенно развивалась симптоматика, больной неадекватен, но ориентирован, речевые расстройства. Больной неделю не был дома, вернулся в таком состоянии. Из перенесенных заболеваний гипертоническая болезнь (давность не известна), злоупотребление алкоголем. 15.11.08г. была закрытая черепно-мозговая травма. При поступлении состояние средней степени тяжести. Кожные покровы и видимые слизистые чистые, розовые. Дыхание в легких проводится по всем полям, хрипов нет. АД 150\90 мм.рт.ст. Живот без особенностей. Сознание ясное, контакту доступен с ограничением. Сенсомоторная афазия. Зрачки равны, реакция на свет сохранена, движения глазных яблок в полном объеме. Горизонтальный нистагм. ПНП не выполняет из-за снижения корковых функций. 13.01 при рентгенографии черепа на краниограммах в левой теменной области отмечается посттрепанационный дефект костной ткани 7х0,3; свежих травматических повреждений не выявлено. При ЭХО-ЭС от 13.01 отмечается смещение м-эхо в средне-задних отделах на 1,5 мм. 15.01 в 6-30 состояние больного резко ухудшилось. АД 260\110 мм.рт.ст. нарушение сознания кома 1. Больной переведен в палату интенсивной терапии. В 9-00 у больного остановка сердечной деятельности. Пульсация на магистральных артериях не определяется. Сердечные тоны не выслушиваются. Реанимационные мероприятия без эффекта. Констатирована смерть больного 15.01.09г. в 9-30.

ПОСМЕРТНЫЙ ДИАГНОЗ. Комбинированный. 1. Геморрагический инсульт в левом полушарии головного мозга. 2. ЗЧМТ, внутримозговая гематома. Фон. 1. Гипертоническая болезнь 3, риск 4. Осложнения. Отек головного мозга, дислокация ствола, ОДН 3, ОССН 3.

Алкоголь – данных нет.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Данные анализов | | | | |
| Параметры  дата | 12.01 | 13.01 | 15.01 |  |
| эритроциты |  |  | 5,37 |  |
| Цветной п. |  |  | 1,02 |  |
| гемоглобин | 170 |  | 183 |  |
| тромбоциты |  |  | 170 |  |
| гематокрит |  |  | 46,2 |  |
| лейкоциты | 9,8 |  | 7,7 |  |
| палочкоядерные |  |  | 12 |  |
| сегментоядерные | 79 |  | 74 |  |
| лимфоциты | 15 |  | 10 |  |
| моноциты | 6 |  | 4 |  |
| Дегенеративные изменения нейтрофилов | + |  | + |  |
| РОЭ | 24 |  | 3 |  |
| Амилаза | 178 |  |  |  |
| мочевина | 6,4 |  | 3,4 |  |
| Билирубин общ. | 51,0 |  | 50,2 |  |
| Прямой | 10,0 |  | 6,6 |  |
| непрямой | 41,0 |  | 43,6 |  |
| Белок крови | 84,2 |  | 74,8 |  |
| Калий | 3,4 |  | 2,6 |  |
| Натрий | 139 |  | 110 |  |
| глюкоза | 8,0 |  |  |  |
| Уд. вес мочи |  | 1017 | 1010 |  |
| Белок мочи |  | 53 | 25 |  |
| Лейкоциты мочи |  | ед | 0-1 |  |
| Эритроциты мочи |  |  | 0-1 |  |

НАРУЖНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ. Труп мужчины, доставлен без одежды, среднего телосложения, правильного питания, длиной тела 175 см. Кожа бледно-серая, холодная на ощупь во всех отделах, в отлогих местах тела сливные, фиолетовые, не исчезающие и не меняющие цвет при надавливании трупные пятна. Трупное окоченение достаточно выражено во всех обычно исследуемых группах мышц. Склеры глаз мутные, тусклые, суховаты, кровоизлияний в соединительные оболочки глаз не отмечается, зрачки равновелики по 0,4 см диаметром. Голова правильной формы, кости черепа и лицевого скелета на ощупь целы. Грудная клетка цилиндрическая, эластичная, упругая, ребра на ощупь целы. Живот на одном уровне с грудной клеткой. Естественные отверстия тела и полости рта и носоглотки свободны, чистые. Слизистая оболочка губ синюшная, подсохшая. Анальное отверстие сомкнуто. Половые органы развиты правильно. Кости конечностей целы.

ПОВРЕЖДЕНИЯ. Каких-либо повреждений при исследовании не обнаружено.

При проведении воздушной пробы – воздух из плевральных полостей и полостей сердца не получен. При проведении судебно-медицинского исследования трупа использовались: кожные разрезы по методу Шора.

ВНУТРЕННЕЕ ИССЛЕДОВАНИЕ

Извлечение органокомплекса произведено по методу Шора, с распилом ребер спереди. Череп вскрывался угловым распилом. Доступ к спинному мозгу осуществлялся сзади по методу Медведева.

Масса органов.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Масса |  | норма |
| Мозг | 1700 | До 1400 |
| Легкое правое | 700 | 450 |
| левое | 650 | 375 |
| Сердце | 380 | 200-400 |
| Печень | 1600 | 1200-2000 |
| Селезенка | 100 | 80-180 |
| Почки обе |  | 275-310 |
| Правая/Левая | 160\160 |  |

ПОЛОСТЬ ЧЕРЕПА. В кожно-мышечном лоскуте головы слева в теменно-затылочной области темно-красное с четкими контурами кровоизлияние диаметром 8 см.

Слева в лобно-височной области неправильно прямоугольное трепанационное отверстие с подшитым костным лоскутом 4х3 см.

Слева в чешуе височной кости, замыкающиеся на середину трепанационного отверстия, вертикальная линия перелома длиной 2 см с красно-коричневыми эпидуральными кровоизлияниями в зоне перелома. Субдурально слева в передней и средней черепных ямках и по наружной поверхности мозга наложение эластичных темно-вишневых свертков крови общим объемом 150 мл, спаянных с твердой мозговой оболочкой. Субарахноидально справа по полюсной поверхности височной доли на участке диаметром 4 см округлое темно-вишневое кровоизлияние, как в мягких мозговых оболочках, так и в веществе мозга на глубину коры, мономорфного вида.

Слева аналогичные по характеристиками кровоизлияния на участке диаметром 5 см по полюсной поверхности лобной доли с 3-мя мелкими эрозиями оболочек в центре и, диаметром 2 см - по полюсной поверхности височной доли. Данные кровоизлияния окружены полосой темно-красных кровоизлияний по бороздам с шириной полосы от 1 до 2 см. Коричневое прокрашивание твердой мозговой оболочки в задней черепной ямке.

Головной мозг выполняет все резервные пространства. Борозды мозга сглажены, извилины уплощены, на миндаликах мозжечка кольцевидная с диффузными субарахноидальными кровоизлияниями полоса вдавления от краев большого затылочного отверстия. Головной мозг дряблый, на разрезах с четкой границей серого и белого вещества и мраморным рисунком подкорковых ядер. Поверхности разрезов тускловаты, липнут к лезвию ножа. Желудочки мозга симметричны, обычного объема, эпендима их бледно-серая, блестящая, влажная, в полостях желудочков следы прозрачной соломенного цвета жидкости. Сосудистые сплетения обычного вида, полнокровны.

ОРГАНЫ ШЕИ, ГРУДНОЙ И БРЮШНОЙ ПОЛОСТЕЙ: язык синюшный, влажный, обложен серовато-желтым, не снимающимся налетом. Слизистые оболочки носоглотки синюшные, влажные, блестящие. В мягких тканях шеи повреждений и кровоизлияний не обнаружено. В плевральных полостях следы прозрачной жидкости, легкие выполняют 2\3 полостей, с блестящей, гладкой и влажной плеврой. Органы брюшной полости расположены анатомически правильно, в полости следы прозрачной жидкости соломенного цвета. Листки брюшины гладкие, влажные, блестящие. Просвет пищевода свободен, слизистая его бледно-серая, продольно складчатая. Вход и просвет гортани свободен, слизистая оболочка ее с наложениями фибрина, смешанного с гноем, набухшая, темно-розовая. Подъязычная кость и хрящи гортани целы, в мягких тканях ее повреждений не обнаружено. Просвет трахеи и главных бронхов с небольшим количеством густого желто-зеленого гноя, слизистая оболочка их темно-розовая с наложениями фибрина, хрящи трахеи целы. Щитовидная железа обычных размеров, с равновеликими долями, плотно-эластичная, темно-коричневая, на разрезе полнокровна, дольчатого строения. Аорта эластична, со следами жидкой крови в просвете и рассеянными липидными пятнами в интиме. Легкие синюшные в передних и темно-синюшные в задних отделах, тестоватой консистенции, на разрезах темно-красные с подчеркнутым рисунком, полнокровны. Над поверхностями разрезов выступают бронхи в виде «гусиных перьев». В просвете воздухо-проводящих путей немного жидкого желтого гноя, слизистые оболочки гортани, трахеи и бронхов гиперемированы, отечны с налетом фибрина. Бифуркационные лимфоузлы располагаются в виде пакетов диаметром от 1 до 2 см, эластичные, темно-синюшные, на разрезах сочные, с обычным рисунком. В полости перикарда следы прозрачной жидкости, листки его гладкие, влажные, блестящие. Сердце 14х12х8 см, дряблое, с темной жидкой кровью в полостях. Миокард розовато-синюшный, эластичный, неравномерного кровенаполнения. Толщина стенки правого желудочка 0,3 см, левого 1,2 см. Клапанный и пристеночный эндокард тонкий, прозрачный, клапаны сформированы правильно. Коронарные артерии с тонкими стенками, пустым просветом. Желудок пустой, содержимое кишечника отделам соответствует, слизистые оболочки желудочно-кишечного тракта бледно-серые. Мезентериальные лимфоузлы располагаются раздельно, диаметр их не более 1 см, эластичны. Печень 27х20х16х10 см, дрябло-эластичная, желто-коричневая с поверхности и на разрезах, полнокровная, со смазанным рисунком долек. Просвет внепеченочных желчевыводящих путей свободно проходим. Поджелудочная железа обычных размеров, плотно-эластичная, бледно-серая, на разрезах – дольчатого строения. Селезенка 9х5х3 см, синюшная, дряблая, без соскоба. Надпочечники листовидной формы, обычных размеров, на разрезах граница слоев четкая. Мочеточники проходимы, мочевой пузырь пуст. Почки 12х6х4 см равновелики, эластичные. Капсула сползает при надрезе, обнажая ровную поверхность. По краю разреза паренхима наползает на капсулу. На разрезах корковый слой - синюшный, с темно-красным крапом и подчеркнутым рисунком, мозговой слой также с подчеркнутым рисунком, граница слоев отчетливо выражена с полнокровием. Слизистые оболочки лоханок и чашечек бледно-синюшные, гладкие, блестящие, просвет их свободен. Мочеточники проходимы на всем протяжении, с бледно-серой слизистой. Мочевой пузырь пуст, слизистая оболочка его складчатая, бледно-серая, уретра свободно проходима.

ПОЗВОНОЧНИК И СПИННОЙ МОЗГ: при ревизии позвоночного столба повреждений не обнаружено. Эпи- и субдуральные пространства свободны, твердая мозговая оболочка напряжена, бледно-серая, блестящая, мягкие мозговые оболочки тонкие, прозрачные, спинной мозг дряблый, на разрезах обычного рисунка.

Из трупа для судебно-гистологического исследования взяты кусочки внутренних органов на патоморфологические изменения. Кровь на биологию.

А К Т Судебно-гистологического исследования

Судебно-медицинским экспертом, произведено исследование кусочков внутренних органов от трупа В., 1953 г.р.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Головной мозг – субарахноидальные и внутримозговые очаговые кровоизлияния с некрозом вещества мозга в зоне кровоизлияний, с наличием гемосидерофагов и лейкоцитарной инфильтрацией по периферии, так же по периферии умеренная глиальная пролиферация. Фрагмент субдуральной гематомы с краевой пролиферацией фибробластов и наличием сосудов. В стволовых отделах мозга выраженная внеклеточная гидратация, вплоть до образования криброзных структур. Стаз крови в сосудах.

Миокард – перивазальный и очаговый постинфарктный кардиосклероз. Межуточный отек.

Печень – полнокровие синусоидов, воспалительных изменений не выявлено.

Почки – стаз крови в сосудах, эктазия просвета почечных канальцев. Воспалительных изменений не выявлено.

Твердая мозговая оболочка - на твердой мозговой оболочке остатки субдуральной гематомы, которая на примыкании к оболочке с разрастанием фибробластов и большим количеством гемосидерофагов. Гемосидероз определяется и в толще твердой мозговой оболочки.

Вопросы:

1.Судебно-медицинский диагноз?

2.Осложнения?

3.Сопутствующие?

4Степень тяжести вреда здоровью?

5.Механизм травмы?

Эталон:

1. Закрытая черепно-мозговая травма – кровоизлияние в коже слева в теменно-затылочной области, субдуральная гематома слева в передней, средней черепных ямках и по наружной поверхности мозга объемом 150 мл, субарахноидальные и внутримозговые кровоизлияния по полюсной поверхности правой височной доли, по полюсным поверхностям левых лобной и височной долей.

2. Осложнения: отек и набухание головного мозга с дислокацией; отек легких; венозное полнокровие внутренних органов.

3. Сопутствующее: черепно-мозговая травма в стадии организации – перелом левой височной кости, трепанационное отверстие теменной и височной костей слева, организовавшиеся эпидуральные кровоизлияния в зоне перелома.

4. Обнаруженная при исследовании трупа, ЧЕРЕПНО-МОЗГОВАЯ ТРАВМА причинила вред, опасный для жизни человека и согласно пункту 4.а Правил определения степени тяжести вреда, причиненного здоровью человека (Постановление Правительства РФ от 17 августа 2007 г. N 522) и пункта 6.1. приказа МЗиСР РФ 194н от 24.04.2008.г., квалифицируется, как обусловившая тяжкий вред здоровью. Черепно-мозговая травма имеет прямую причинную связь со смертью.

5. Локализация и совокупность телесных повреждений (кровоизлияние в коже теменно-затылочной области, полюсные кровоизлияния в головном мозге) позволяют говорить, что травма имеет инерционный механизм и, возникла при воздействии твердого тупого предмета без четких идентифицирующих признаков с массой больше массы головы на левую теменно-затылочную область с действием травмирующей силы сзади наперед. Пострадавший мог получить черепно-мозговую травму при падении с высоты собственного роста.

Задача №5. УК-1 ПК-2 ПК-3 ПК-5 ПК-7 ПК-8 ПК-9 ПК-10

ОБСТОЯТЕЛЬСТВА ДЕЛА. В направлении на судебно-медицинское исследование трупа не указаны.

Представлена медицинская карта стационарного больного из ГКБ на имя гр. Ф., 1972 г.р., который 10.04.09г. в 12-15 бригадой "скорой помощи" был доставлен в НХО-1 с нарушением сознания. Известно, что с 8.04 по 10.04 находился на лечении в КНД с диагнозом: синдром отмены алкоголя, судорожный синдром. Состояние средне тяжелое, появилась очаговая симптоматика. При люмбальной пункции получен геморрагический ликвор. При поступлении состояние субкомпенсации. Кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски. Костно-суставная система без видимой патологии. Дыхание проводится по всем полям. ЧСС 88 в минуту. АД 140/90 мм.рт.ст. Живот при пальпации мягкий, в акте дыхания участвует. Сознание оглушение 3, моторное возбуждение, не адекватен, не ориентирован. Зрачки равны, взор фиксирует с трудом. Лицо симметрично, парезов нет. левосторонний гемипарез до 3-4 баллов. Ригидность мышц затылка до 2 см. Симптом Кернига 140-150°. Патологические стопные рефлексы, больше слева. В затылочной области имеется ссадина кожи под струпом. На руках множественные следы от инъекций и гематомы. Рентгенограмма черепа не производилась из-за моторного возбуждения. При ЭХО-ЭС от 10.04.09г. смещения срединных структур головного мозга не выявлено. В дальнейшем состояние больного с отрицательной динамикой в виде углубления сознания – сопор, дважды генерализованные судороги с тонико-клоническим компонентом (купированы самостоятельно). После судорог непроизвольное мочеиспускание. АД 150/100 мм.рт.ст. 10.04.09 произведена операция: Резекционная трепанация черепа в правой теменно-височной области. Удаление острой субдуральной гематомы объёмом 60 мл, дренирование субдурального пространства. Наложение поискового фрезевого отверстия в типичном месте слева. В левой теменно-височной области произведен линейный разрез мягких тканей длиной до 10 см, кость скелетирована, этапный гемостаз электрокоагуляцией. Наложено поисковое фрезевое отверстие, ТМО синюшна, напряжена, пульсацию мозгового вещества не передаёт, последняя надсечена крестообразно, под давлением выделилось до 20 мл крови тёмно-вишнёвого цвета. Произведена резекционная трепанация черепа, сформирована трепанационное окно, размером 4х4см, ТМО вскрыта крестообразно, выявлена и удалена острая субдуральная гематома в виде сгустков тёмно-вишнёвого цвета, объёмом 60 мл. В проекции трепанационного окна отмечается контузионный очаг багрового цвета, с которого отмечалось умеренное диффузное кровотечение, гемостаз электрокоагуляцией, феракрилом. Мозговое вещество отёчно, после удаления гематомы появилась вялая, еле заметная пульсация мозга. В субдуральное пространство, по направлению к основанию черепа установлен активный дренаж, последний фиксирован к коже. Наложены швы на ТМО. Контроль на гемостаз, и инородные тела. Рана послойно ушита до дренажа. В типичном месте слева наложено поисковое фрезевое отверстие. ТМО напряжена, не пульсирует. Вскрыта крестообразно. При ревизии с основания черепа удалены незначительные сгустки крови тёмно-вишнёвого цвета. Мозговое вещество отёчно, светло-жёлтого цвета, пульсирует. Контроль на гемостаз. Послойные швы на рану. Послеоперационный диагноз: Закрытая черепно-мозговая травма. Ушиб головного мозга тяжёлой степени, со сдавлением острой субдуральной гематомой и контузионным очагом правой гемисферы. Дислокационный синдром. Отёк головного мозга. Судорожный синдром. Абстинентный синдром. Ушибы мягких тканей головы. 12.04 состояние больного крайне тяжелое. Сознание нарушено по типу кома 1. на болевые раздражители реагирует слабыми движениями. Зрачки широкие, реакция на свет очень вялая. Дыхание спонтанное через интубационную трубку. Аускультативно проводится по всем полям, жесткое, в нижних отделах с обеих сторон выслушиваются сухие рассеянные и разнокалиберные влажные хрипы. Из трахеи санируется большое количество слизисто-гнойной мокроты. АД 160/100 мм.рт.ст. 13.04 больному произведена операция верхняя трахеостомия. 14-18.04 состояние больного терминальное. Атоническая кома. АД 60/30 мм.рт.ст. ЧСС 120 в минуту. Несмотря на проводимую терапию, 18.04.09г. в 08-25 произошла остановка сердечной деятельности, констатирована смерть больного.

ПОСМЕРТНЫЙ ДИАГНОЗ. Закрытая черепно-мозговая травма. Ушиб головного мозга тяжелой степени тяжести со сдавлением внутричерепной гематомой. Конкурирующий. ЦВБ. ОНМК по геморрагическому типу с внутримозговой гематомой правого полушария большого мозга с прорывом в желудочковую систему. Вентрикулрно-паренхиматозное кровоизлияние от 10.04.09г. Осложнения. Постдислокационные ишемические поражения ствола на мезэнцефальном уровне. Двусторонняя нижнедолевая пневмония.

Алкоголь – данных в медицинской карте не обнаружено.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Данные анализов | | | | |
| Параметры  дата | 10.04 | 13.04 | 15.04 | 17.04 |
| эритроциты | 3,81 | 3,89 | 3,66 | 3,31 |
| Цветной п. | 0,95 | 0,96 | 1,0 | 0,96 |
| гемоглобин | 121 | 124 | 123 | 106 |
| тромбоциты | 62 | 149 | 156 | 87 |
| гематокрит | 33,2 | 35,3 | 34,6 | 31,6 |
| лейкоциты | 4,3 | 12,4 | 10,4 | 15,9 |
| палочкоядерные |  | 6 |  |  |
| сегментоядерные |  | 67 |  |  |
| Индекс ядерного сдвига |  |  |  |  |
| лимфоциты |  | 15 |  |  |
| моноциты |  | 12 |  |  |
| Дегенеративные изменения нейтрофилов |  | + |  |  |
| Анизоцитоз | + | + |  |  |
| Пойкилоцитоз |  | + |  |  |
| Полихромазия |  | + |  |  |
| РОЭ | 25 | 46 | 50 | 62 |
| Амилаза | 13,2 | 6,7 |  |  |
| мочевина | 5,9 | 2,6 | 7,2 | 13,7 |
| Билирубин общ. | 24,7 | 4,6 | 17,9 | 10,7 |
| Прямой | 6,0 | 1,4 | 9,2 | 4,9 |
| непрямой | 18,6 | 3,2 | 8,7 | 5,8 |
| Белок крови | 73,4 | 64,4 | 66,5 | 60,6 |
| Калий | 2,5 | 3,4 | 4,4 | 6,2 |
| Натрий | 138 | 141 | 167 | 177 |
| Уд. вес мочи |  | 1000 | 1000 | м/м |
| Белок мочи |  |  | 70 | 700 |
| Лейкоциты мочи |  | Не обн | 0-1 | 3-4 |
| Эритроциты мочи |  |  | 0-1 | 5-6 |

НАРУЖНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ. Труп мужчины, доставлен без одежды, среднего телосложения, правильного удовлетворительного питания, длиной тела 185 см. Кожа бледно-серая, холодная на ощупь во всех отделах, в отлогих местах тела сливные, фиолетовые, не исчезающие и не меняющие цвет при надавливании трупные пятна. Трупное окоченение достаточно выражено во всех обычно исследуемых группах мышц. Склеры глаз мутные, тусклые, суховаты, кровоизлияний в соединительные оболочки глаз не отмечается, зрачки равновелики по 0,4 см диаметром. Голова правильной формы, кости черепа и лицевого скелета на ощупь целы. Грудная клетка цилиндрическая, эластичная, упругая, ребра на ощупь целы. Живот на одном уровне с грудной клеткой. Естественные отверстия тела и полости рта и носоглотки свободны, чистые. Слизистая оболочка губ синюшная, подсохшая. Анальное отверстие сомкнуто, кожа вокруг него слегка обпачкана каловыми массами. Половые органы развиты правильно. Кости конечностей целы.

ПОВРЕЖДЕНИЯ. Каких-либо повреждений при исследовании не обнаружено. При проведении воздушной пробы – воздух из плевральных полостей и полостей сердца не получен. При проведении судебно-медицинского исследования трупа использовались: кожные разрезы по методу Шора.

ВНУТРЕННЕЕ ИССЛЕДОВАНИЕ

Извлечение органокомплекса произведено по методу Шора с распилом ребер спереди. Череп вскрывался угловым распилом. Доступ к спинному мозгу осуществлялся сзади по методу Медведева.

Масса органов.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Масса | № 68 | норма |
| Мозг | 1600 | До 1400 |
| Легкое правое | 710 | 450 |
| левое | 700 | 375 |
| Сердце | 320 | 200-400 |
| Печень | 1610 | 1200-2000 |
| Селезенка | 90 | 80-180 |
| Почки обе. Правая/Левая | 145/150 | 275-310 |

ПОЛОСТЬ ЧЕРЕПА. Слева в височной и теменной областях вертикальный ушитый операционный разрез длиной 6 см. Описанный выше разрез располагается по краю подковообразного кровоизлияния в апоневроз шириной 3 см, выпуклостью вправо и кзади, а в коже слева в нижней части теменно-височной области кровоизлияние диаметром 5 см с четкими контурами, темно-красного цвета. Слева, в теменной и височной костях - трепанационный дефект 4х4см, твердая мозговая оболочка с крестообразным швом в зоне дефекта, шов состоятелен. Эпидурально в этой зоне дисковидная гематома из тусклых темно-красных свертков крови, эластичная, объемом 120 мл. При отмывании крови, слева линейный перелом по ходу лямбдовидного шва, условно начинаясь от вершины шва, распространяющийся на основание черепа в задней черепной ямке до середины заднего края пирамиды левой височной кости. При ревизии перелома сколы компакта слева на протяжении 2 см в нижней части лямбдовидного шва на границе с височной костью. Перелом заканчивается по наружному краю яремного отверстия. Субдурально справа пластинчатые темно-вишневые свертки крови. Геморрагический некроз правых лобной и височной долей и аналогичный некроз полюсной и внутренней поверхности левой лобной доли с сохраненными множественными темно-красными плотными микрогематомами в мягких мозговых оболочках в зонах некроза. Поверхность мозга «лакирована», на миндаликах мозжечка кольцевидная с диффузными субарахноидальными кровоизлияниями полоса вдавления от краев большого затылочного отверстия шириной 1,0 см, внутри кольца мозжечок и продолговатый мозг расползаются под пальцами. Головной мозг дряблый, на разрезах с четкой границей серого и белого вещества и мраморным рисунком подкорковых ядер. Поверхности разрезов тускловаты, липнут к лезвию ножа. Желудочки мозга симметричны, обычного объема, эпендима их бледно-серая, блестящая, влажная, в полостях желудочков следы прозрачной соломенного цвета жидкости. Сосудистые сплетения обычного вида, полнокровны.

Отмечается пропитывание кровью мягких тканей обоих яремных отверстий. Полосчатые, вертикально ориентированные темно-красные кровоизлияния в заднюю атланто-затылочную мембрану. При ревизии позвоночного столба повреждений не обнаружено. Эпи- и субдуральные пространства свободны, твердая мозговая оболочка напряжена, бледно-серая, блестящая, мягкие мозговые оболочки тонкие, прозрачные, спинной мозг дряблый, на разрезах обычного рисунка.

ОРГАНЫ ШЕИ, ГРУДНОЙ И БРЮШНОЙ ПОЛОСТЕЙ: язык синюшный, влажный, обложен серовато-желтым, не снимающимся налетом. Слизистые оболочки носоглотки синюшные, влажные, блестящие. В мягких тканях шеи повреждений и кровоизлияний не обнаружено. В плевральных полостях следы мутной сероватой жидкости, легкие выполняют 3/4 полостей с тусклой, шероховатой, покрытой нежным налетом фибрина влажной плеврой. Органы брюшной полости расположены анатомически правильно, в полости следы прозрачной жидкости соломенного цвета. Листки брюшины гладкие, влажные, блестящие. Просвет пищевода свободен, слизистая его бледно-серая, продольно складчатая. Вход и просвет гортани свободен, слизистая оболочка ее серо-розовая с наложениями фибрина. Подъязычная кость и хрящи гортани целы, в мягких тканях ее повреждений не обнаружено. Просвет трахеи и главных бронхов с небольшим количеством желто-зеленого гноя, слизистые оболочки серо-красные с наложениями фибрина, хрящи трахеи целы. Щитовидная железа обычных размеров, с равновеликими долями, плотно-эластичная, темно-коричневая, на разрезе полнокровна, дольчатого строения. Аорта эластична, со следами жидкой крови в просвете и рассеянными липидными пятнами в интиме. Легкие синюшные в передних и темно-синюшные в задних отделах, неравномерно уплотнены, на разрезах пестрые, темно-красные выбухающие очаги чередуются с бледно-красными. Слизистые оболочки воздухо-проводящих путей светло-розовые, набухшие в просвете их немного густого желто-зеленого гноя. Бифуркационные лимфоузлы располагаются в виде пакетов, эластичные, темно-синюшные, на разрезах сочные, с обычным рисунком. В полости перикарда следы прозрачной жидкости, листки его гладкие, влажные, блестящие. Сердце эластичное, 11,5х10х9 см,. В полостях сердца смешанные свертки. Миокард розовато-синюшный, эластичный, неравномерного кровенаполнения. Толщина стенки правого желудочка 0,3 см, левого 1,3 см. Клапанный и пристеночный эндокард тонкий, прозрачный, клапаны сформированы правильно. Коронарные артерии тонкими стенками, пустым просветом. Желудок пустой, содержимое кишечника отделам соответствует, слизистые оболочки желудочно-кишечного тракта бледно-серые. Мезентериальные лимфоузлы располагаются раздельно, диаметр их не более 1 см, эластичны. Печень 25х18х16х13 см, плотно-эластичная, мелкобугристая, желтая с поверхности и на разрезах, полнокровная, со смазанным рисунком долек. Просвет внепеченочных желчевыводящих путей свободно проходим. Поджелудочная железа обычных размеров, плотно-эластичная, бледно-серая, на разрезах – дольчатого строения. Селезенка 8х4х3 см, эластичная, синюшная с гипоплазией белой пульпы, на разрезах без соскоба. Надпочечники листовидной формы, обычных размеров, на разрезах граница слоев четкая. Почки равновелики, 11х6х5 см, дрябло-эластичные. Капсула сползает при надрезе, обнажая ровную поверхность. По краю разреза паренхима наползает на капсулу. На разрезах корковый слой - синюшный, с темно-красным крапом и подчеркнутым рисунком, мозговой слой также с подчеркнутым рисунком, граница слоев отчетливо . Слизистые оболочки лоханок и чашечек бледно-синюшные, гладкие, блестящие, просвет их свободен. Мочеточники проходимы на всем протяжении, с бледно-серой слизистой. Мочевой пузырь пуст, слизистая оболочка его складчатая, бледно-серая, уретра свободно проходима.

Из трупа для судебно-гистологического исследования взяты кусочки внутренних органов на патоморфологические изменения.

Для судебно-биологического исследования кровь на определение антигенной характеристики.

АКТ Судебно-гистологического исследования

Судебно-медицинским экспертом от трупа Ф., 1972 г.р.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Субарахноидальные и внутримозговые кровоизлияния с мелкими фрагментами кости в зоне кровоизлияний, в кровоизлияниях гемолиз эритроцитов, по их периферии мелкие скопления лейкоцитов. В сохраненных отделах мозга выраженный периваскулярный перицеллюлярный отек, стаз крови в сосудах. В мозжечке сосудистые кровоизлияния и некрозы.

Твердая мозговая оболочка с наличием подоболочечной гематомы, с наличием кровоизлияний в примыкающей части оболочки, с частичным гемолизом эритроцитов в гематоме без перифокальной реакции.

Печень – жировой гепатоз 3 степени, формирующийся микронодуллярный цирроз печени.

Почки – стаз крови в венах и капиллярах клубочков, воспалительных изменений не выявлено.

Легкие – стаз крови в сосудах с агрегацией эритроцитов вплоть до сладж-феномена, множественные кровоизлияния в межальвеолярные перегородки с их выраженным межуточным отеком, неравномерно выраженный внутриальвеолярный отек. Очаговый десквамативный альвеолит, в ряде полей зрения серозно-гнойный. Гнойный эндобронхит.

Миокард – очаговый кардиосклероз, преимущественно перивазальный, очаговая неравномерная гипертрофия кардиоцитов, стаз крови в сосудах.

Вопросы:

1.Телесные повреждения?

2.Степень тяжести вреда здоровью?

3.Причина смерти?

4.механизм травмы?

5.Состояние алкогольного опьянения?

Эталоны:

1.При судебно-медицинском исследовании трупа обнаружены следующие телесные повреждения: закрытая черепно-мозговая травма - кровоизлияние в коже слева в нижней части теменно-височной области, линейный перелом слева затылочной кости до наружного края яремного отверстия, дисковидная эпидуральная гематома в зоне перелома объемом 120 мл, геморрагический некроз правых лобной и височной долей и полюсной и внутренней поверхности левой лобной доли с микрогематомами в мягких мозговых оболочках в зонах некроза; кровоизлияния в мягких тканях обоих яремных отверстий и в заднюю атланто-затылочную мембрану.

2.Обнаруженная при настоящей экспертизе, ЧЕРЕПНО-МОЗГОВАЯ ТРАВМА причинила вред, опасный для жизни человека и согласно пункту 4.а Правил определения степени тяжести вреда, причиненного здоровью человека (Постановление Правительства РФ от 17 августа 2007 г. N 522) и пункта 6.1. приказа МЗиСР РФ 194н от 24.04.2008.г., квалифицируется, как обусловившая тяжкий вред здоровью. Черепно-мозговая травма имеет прямую причинную связь со смертью.

3.Смерть наступила в результате черепно-мозговой травмы с переломом затылочной кости, контузионными противоударными повреждениями головного мозга, эпидуральной гематомой в зоне перелома, осложнившейся дислокацией головного мозга с некрозом стволовых отделов. Заключение подтверждается клинико-морфологической картиной – на операции и на вскрытии обнаружены перелом костей черепа, внутричерепная гематома и ушибы головного мозга.

4.Локализация и совокупность телесных повреждений позволяют говорить, что травма имеет инерционный механизм, и возникла от однократного ударного воздействия на левую теменно-затылочную область твердого тупого предмета с массой больше массы головы с действием травмирующей силы сзади наперед и слева направо. Заключение подтверждается наличием перелома в затылочной кости с прогибанием кости (область сжатия по наружной костной пластинке) в нижней части лямбдовидного шва с расхождением шва и распространением перелома на латеральную часть затылочной кости до яремного отверстия; а так же противоударными кавитационными повреждениями лобной и височной долей справа и лобной слева.

5.Данных в истории болезни о наличия алкоголя в крови пострадавшего не обнаружено.

**6. Перечень практических умений. УК-1 ПК-2 ПК-3 ПК-5 ПК-7 ПК-8 ПК-9 ПК-10**

- установить причину смерти;

- провести судебно-медицинское исследование трупа при различных видах насильственной смерти;

- определить степень тяжести телесных повреждений;

- установить причинно-следственную связь между повреждением и неблагоприятным исходом;

**7. Рекомендации по выполнению НИР**

Примерная тематика по НИР по теме - не предусмотрена.

**8. Рекомендованная литература по теме занятия** (обязательная, дополнительная, электронные ресурсы, включая законодательные и нормативно-правовые документы)

**Занятие № 26**

**1.Индекс**  **ОД.О.01.1.4.28** **Тема: «Судебно-медицинская экспертиза при падении с большой высоты».**

**2. Форма организации занятия:** подготовка к практическому занятию.

**3. Перечень вопросов для самоподготовки по теме практического занятия**

1. ВОПРОС УК-1 ПК-1 ПК-2 ПК-3 ПК-5 ПК-7 ПК-8 ПК-9 ПК-10

Каковы особенности механизмов повреждений при падении человека на плоскость?

ОТВЕТ: Падения на плоскость, т. е. с высоты собственного роста, могут приводить к разным по характеру повреждениям тупыми предметами. Их совокупность нередко позволяет устанавливать механизм их возникновения. Падение на плоскость происходит часто случайно и чаще всего встречается среди пожилых и пьяных людей на улице, особенно в зимнее время. Обычно в области удара от падения, а чаще при наступлении смерти — это затылочная область головы, появляется ссадина или кровоподтек, при большом ускорении тела (при толчке или ударе) — ушибленная рана. Это зависит от плотности и рельефа грунта. Наблюдаются также переломы нижних и верхних конечностей. Падение может приводить к тяжелой травме и смерти, нередко в связи с повреждением головы. Наблюдаются сотрясение и ушиб мозга, кровоизлияние под оболочки при закрытой ЧМТ, переломы костей свода черепа и

основания. При падении на затылок — перелом затылочной кости, идущий к пирамидке височной кости. В месте удара иногда на противоположной стороне образуются кровоизлияния. Признаков сотрясения тела при таком падении не бывает, не характерно повреждение одежды. Наружные повреждения единичны и односторонни. Следует обращать внимание на особенности повреждения одежды и кожных покровов, возникновение которых не связано с падением.

2. ВОПРОС УК-1 ПК-1 ПК-2 ПК-3 ПК-5 ПК-7 ПК-8 ПК-9 ПК-10

Чем характерно падение с большой высоты?

ОТВЕТ: Падение с большой высоты в последние годы заняло значительное место в судебно-ме-дицинской практике, так как помимо несчастных случаев из-за неосторожности и несоблюдения техники безопасности, участились умышленные падения с высоты, используемые с целью убийства и самоубийства.

Для повреждений, возникающих при падении с большой высоты, характерно несоответствие незначительных единичных наружных повреждений множественным и тяжелым внутренним, односторонняя их локализация, преобладание непрямых повреждений вдали от места приложения силы, просто выраженные признаки сотрясения тела. Однако характер и локализация повреждений имеют разные варианты в зависимости от вида падения.

3. ВОПРОС УК-1 ПК-1 ПК-2 ПК-3 ПК-5 ПК-7 ПК-8 ПК-9 ПК-10

Какие виды падения с большой высоты различают?

ОТВЕТ: Падение может быть прямым и ступенчатым, свободным и несвободным, координированным и некоординированным.

1. Прямое падение (примерно 90% всех падений) — беспрепятственное падение тела на грунт. Оно может быть координированным, когда человек умеет и успевает, как десантник, принять наиболее физиологически выгодную позу, сгруппировать мышцы, и некоординированным, при внезапном падении.

2. Ступенчатое падение — в процессе которого тело ударяется о выступающие предметы (преграды) на пути падения.

Различают также свободное падение, когда тело падает без груза, и несвободное, когда оно падает с каким-либо предметом (рюкзак альпиниста) или внутри него (например, внутри лифта или кабины вертолета).

4. ВОПРОС УК-1 ПК-1 ПК-2 ПК-3 ПК-5 ПК-7 ПК-8 ПК-9 ПК-10

От чего зависят тяжесть и особенности повреждений оря падении с высоты?

ОТВЕТ: Тяжесть, локализация и морфологические особенности повреждений зависят: 1) от вида падения; 2) высоты и скорости падения; 3) массы и длины тела, возраста, строения костей и суставов, особенностей одежды падавшего; 4) от плотности рельефа и податливости поверхности приземления, т. е. глубины проникновения; 5) от сопротивления воздуха (раскинув конечности или «солдатиком», степени парашютирования одежды;

6) от положения тела в момент приземления. Оно может быть вертикальным — с приземлением на стопы, колени, ягодицы или голову, и горизонтальным — с приземлением плашмя, на переднюю или заднюю, а также боковую поверхности тела.

5. ВОПРОС УК-1 ПК-1 ПК-2 ПК-3 ПК-5 ПК-7 ПК-8 ПК-9 ПК-10

Какие признаки повреждения характерны для определенного положения тела в момент приземления?

ОТВЕТ: Основным механизмом образования повреждений при падении с высоты является удар при касании с грунтом, тем не менее различают фазы получения повреждения разной локализации:

1. Первичные прямые повреждения, которые возникают в момент удара о грунт в месте соударения.

2. Первичные непрямые, образующиеся в момент приземления, но на протяжении и вдали от точки удара.

3. Вторичные повреждения при падении тела уже после приземления.

Такой расклад позволяет определять положение тела в момент приземления. При падении на ноги первичные прямые повреждения наблюдается на подошве стоп в виде ссадин, кровоподтеков, ран, переломов костей стоп. К первичным непрямым повреждениям в этом случае относятся оскольча-тые переломы голени и нижней трети бедра, вколоченный перелом головки бедренной кости по краю вертлужной впадины таза, компрессионные переломы поясничных и нижнегрудных позвонков, кольцевидные переломы вокруг большого затылочного отверстия черепа от внедрения 1-го шейного позвонка. Кроме того, множество повреждений образуется от сотрясения тела. Вторичные повреждения приводят к различным повреждениям кожи, переломам костей конечностей, иногда закрытым переломам костей черепа.

При падении на голову, что бывает в 25% случаев, первичные прямые повреждения локализуются в теменной, затылочной, лобной или височной областях в виде кровоподтеков, ссадин, ран, оскольчатого перелома свода или лицевого черепа. Первичные непрямые повреждения включают переломы и вывихи шейного отдела позвоночника с повреждением спинного

мозга, компрессионные переломы грудных позвонков, переломы грудины, ребер и повреждения внутренних органов вследствие сотрясения тела.

Вторичные повреждения выражены слабее. Это повреждения при ударе о грунт.

Повреждения при горизонтальных падениях тяжелы, но менее специфичны и напоминают транспортную травму. Они располагаются только с одной стороны тела. При ступенчатом падении возникают повреждения кожи от скольжения, показывающие направления перемещения тела. Именно отбор всех травматических повреждений по фазам их возникновения позволяет выявить такое повреждение, которое не связано с падением и может пролить свет на расследование.

Важным является вопрос, было ли придано ускорение при падении тела. Обоснованным ответом на него могут служить результаты осмотра места происшествия и трупа на месте обнаружения. При этом отмечается расстояние от места соударения на трупе (голова, ноги, туловище) до основания линии перпендикуляра падения, например стены здания. Другой особенностью осмотра является внимательное исследование места, откуда человек выпал (комната со следами борьбы, разбитые стекла, высота и повреждение барьера балкона и т. д.).

6. ВОПРОС УК-1 ПК-1 ПК-2 ПК-3 ПК-5 ПК-7 ПК-8 ПК-9 ПК-10

Какие вопросы следует ставить перед судебно-медицинской экспертизой при подозрении на повреждения вследствие падения?

ОТВЕТ: 1. Характерны ли выявленные на трупе повреждения для падения на плоскость?

2. Можно ли установить, произошло ли падение при дополнительном ускорении?

3. Характерны ли повреждения на трупе от падения с высоты?

4. Все ли повреждения являются результатом падения с высоты. Нет ли повреждений другого происхождения?

5. В каком положении находилось тело в момент приземления?

6. Прямым или ступенчатым было падение?

7. Можно ли определить по локализации и особенностям повреждения, было ли падение координированным?

Другие обязательные вопросы, не связанные именно с падением (причина смерти, прижиз-ненность и тяжесть повреждений и пр.).

**4. Самоконтроль по тестовым заданиям данной темы**

1.ТРАВМАТИЧЕСКОЕ ВОЗДЕЙСТВИЕ, ПРИВОДЯЩЕЕ К ОБРАЗОВАНИЮ ПЕРЕЛОМОВ ПОЗВОНОЧНИКА

ПК-5

1) вращение

2) бросание

3) падение

4) полет

5) удар

Правильный ответ: 5

2.ФОРМА ВНУТРИКОЖНОГО КРОВОИЗЛИЯНИЯ НА БЕДРЕ ПРИ ВОЗДЕЙСТВИИ ТВЕРДОГО ТУПОГО ПРЕДМЕТА С ПРЯМОУГОЛЬНОЙ УДЛИНЕННОЙ ПОВЕРХНОСТЬЮ С РЕБРАМИ

ПК-5

1) круглая

2) овальная

3) прямоугольная

4) квадратная

5) ромбовидная

Правильный ответ: 3

3.УСЛОВИЕ, ПРИ КОТОРОМ ВОЗНИКАЮТ КОНСТРУКЦИОН-НЫЕ ПЕРЕЛОМЫ ШЕЙНЫХ ПОЗВОНКОВ С КЛИНОВИДНОЙ КОМПРЕССИЕЙ В ЗАДНЕМ ОТДЕЛЕ ТЕЛА

ПК-5

1) при резком сгибании шейного отдела позвоночника

2) при резком разгибании шейного отдела позвоночника

3) при кручении

4) при вращении

5) при сотрясении

Правильный ответ: 2

4.ПОВРЕЖДЕНИЯ, ВОЗНИКАЮЩИЕ У ЭКИПАЖА И ПАССАЖИРОВ, ПРИ ПАДЕНИИ ВС НА ЗЕМЛЮ

ПК-5

1) химический ожог пищевода

2) колото-резаные ранения различного характера

3) множественные разрывы и отрывы внутренних органов

4) огнестрельные раны

5) следы волочения (протаскивания)

Правильный ответ: 3

5.ОСНОВНАЯ ЗАДАЧА МЕДИКО-КРИМИНАЛИСТИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ОБЪЕКТОВ ПРИ РАССЛЕДОВАНИИ АВИАКАТАСТРОФ

ПК-5

1) установление факта приема пищи экипажем

2) установление положений тел членов экипажа в момент авиакатастрофы

3) выяснение семейного положения членов экипажа

4) наличие алкогольного (наркотического) опьянения у членов экипажа

5) прижизненность повреждений

Правильный ответ: 2

6. СОСТАВНЫЕ КОМПОНЕНТЫ РАН

ПК-5

1) края, концы раны

2) наличие в ране загрязнений

3) наличие «пояска металлизации»

4) кровоподтек вне поврежденной кожи

5) направление раневого канала

Правильный ответ: 1

7. ФАЗА ТРАВМИРОВАНИЯ ПРИ ФРОНТАЛЬНОМ (ЦЕНТРАЛЬНОМ) СТОЛКНОВЕНИИ ГРУЗОВОГО АВТОМОБИЛЯ С ЧЕЛОВЕКОМ ЯВЛЯЮТСЯ

ПК-5

1) падение из автомобиля на дорожное покрытие

2) скольжение по кузову автомобиля

3) скольжение по лобовому стеклу

4) скольжение по крыше

5) соударение частей автомобиля с человеком

Правильный ответ: 5

8. НЕГАТИВНЫЙ ОТПЕЧАТОК РИСУНКА ПРОТЕКТОРА КОЛЕСА АВТОМОБИЛЯ НА ОДЕЖДЕ И ТЕЛЕ МОЖЕТ ВОЗНИКНУТЬ ПРИ

ПК-5

1) переезде тела

2) соприкосновении одежды с бампером

3) соприкосновении одежды с кузовом

4) ударе колесным диском

5) забрасывании тела на капот

Правильный ответ: 1

9.ПРИ ПЕРЕЕЗДЕ ОБЛАСТИ ЖИВОТА КОЛЕСОМ (А/М) ВОЗНИКАЮТ СЛЕДУЮЩИЕ ПОВРЕЖДЕНИЯ

ПК-5

1) перелом костей основания черепа

2) черепно-мозговая травма

3) трех- лодыжечный перелом правой голени

4) перелом ключицы

5) разрывы и надрывы брыжейки тонкого кишечника

Правильный ответ: 5

10.РАЗРЫВЫ СЕРДЦА И ДУГИ АОРТЫ С КРОВОИЗЛИЯНИЯМИ В КЛЕТЧАТКУ СРЕДОСТЕНИЯ СРЕДИ ЛИЦ, ПОЛУЧИВШИХ ТРАВМУ В САЛОНЕ ЛЕГКОВОГО АВТОМОБИЛЯ ПРИ ЕГО ФРОНТАЛЬНОМ СТОЛКНОВЕНИИ, ПРЕИМУЩЕСТВЕННО НАБЛЮДАЮТСЯ У

ПК-5

1) пассажира переднего сидения

2) водителя

3) пассажира заднего сидения справа

4) пассажира заднего сидения слева

5) пассажира, сидящего по центру

Правильный ответ: 2

**5. Самоконтроль по ситуационным задачам**

Задача №1. **УК-1 ПК-1 ПК-2 ПК-3 ПК-5 ПК-7 ПК-8 ПК-9 ПК-10**

ОБСТОЯТЕЛЬСТВА ДЕЛА: в направлении на судебно-медицинское исследование не указаны

Представлена история болезни на имя П., 64 лет, согласно которой она поступила с жалобами на кровотечение из уха и головную боль. Со слов врача скорой помощи во время судорог упала дома и ударилась головой. В запое несколько дней. Сама пострадавшая обстоятельств травмы не помнит. Общее состояние тяжелое. Определяется запах алкоголя изо рта. Дыхание спонтанное, проводится по всем полям, хрипов нет. ЧДД 19 в минуту, сердечные тоны ясные, ритмичные. ЧСС 100 в минуту АД 140/90 мм.рт.ст. Живот не вздут, симметричен, участвует в акте дыхания, мягкий, безболезненный. Сознание – глубокое оглушение, сопор. Дезориентирована в месте, времени, своей личности. Критика снижена. Зрачки равные, фотореакции живые. Движения глазных яблок ограничены в крайних отведениях. Левосторонний гемипарез. Сухожильные рефлексы больше справа, умерено оживлены. В позе Ромберга не устойчива. Ригидность мышц затылка до 2 мм, симптом Кернига 160 °. М-ЭХО: смещение справа налево на 2,5-3,0 мм, на фоне дополнительных сигналов. Локально: из левого уха отмечается кровотечение, симптом «двойного пятна» сомнителен. Диагноз: открытая черепно-мозговая травма? Ушиб головного мозга. Перелом основания черепа слева? 02.12.02г ЭХО-ЭС смещения срединных структур головного мозга не выявлено, дополнительные сигналы в передних отделах больше справа, где М-ЭХО выводится с трудом, и немного справа в средне задних, слева – в задних. Третий желудочек 6-7 мм, пульсация немного усилена. В протоколе рентгеновского исследования № 3726-1 от 11.12.02г справа отмечается сгущение легочного рисунка, инфильтративных, очаговых теней не выявлено. Купол диафрагмы четкий. На фоне нарастающей дыхательной и сердечно-сосудистой недостаточности 14.01.03 в 22-45 констатирована смерть больного. ПОСМЕРТНЫЙ ДИАГНОЗ: открытая черепно-мозговая травма, ушиб головного мозга тяжелой степени, линейный перелом левой височной кости с переходом на основание черепа по средней черепной ямке, отоликворея слева, ушиб мягких тканей головы. Осложнения: двусторонняя абсцедирующая пневмония, инфекционно-токсический шок, отек – набухание головного мозга.

Алкоголь – данных в истории болезни не обнаружено.

НАРУЖНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ. Труп женщины, доставлен без одежды, среднего телосложения, удовлетворительного питания, длиной тела 175 см. Кожа бледно-серая, холодная на ощупь во всех отделах, в отлогих местах тела сливные, фиолетовые, не исчезающие и не меняющие цвет при надавливании трупные пятна. Трупное окоченение достаточно выражено во всех обычно исследуемых группах мышц. Склеры глаз мутные, тусклые, суховаты, кровоизлияний в соединительные оболочки глаз не отмечается, зрачки равновелики по 0,4 см диаметром. Голова правильной формы, кости черепа и лицевого скелета на ощупь целы. Грудная клетка цилиндрическая, эластичная, упругая, ребра на ощупь целы. Живот на одном уровне с грудной клеткой. Естественные отверстия тела и полости рта и носоглотки свободны, чистые. Слизистая оболочка губ синюшная, подсохшая. Анальное отверстие сомкнуто, кожа вокруг него слегка обпачкана каловыми массами. Половые органы развиты правильно по женскому типу. Кости конечностей целы.

ПОВРЕЖДЕНИЯ. Каких-либо повреждений, кроме следов медицинских манипуляций, при наружном исследовании не обнаружено.

ВНУТРЕННЕЕ ИССЛЕДОВАНИЕ. Полость черепа: кожно-мышечный лоскут головы гладкий, влажный, блестящий, без кровоизлияний и повреждений, височные мышцы синюшные, сочные, полнокровны. Кости свода и основания черепа целы. Твердая мозговая оболочка серо-перламутрового цвета, цела, блестящая, гладкая, влажная, просвет ее синусов выполнен жидкой темной кровью в большом количестве. В правой лобной доле по передней и базальной поверхностям, на участке диаметром 10 см, диффузные субарахноидальные кровоизлияния, распространяющиеся в вещество мозга, с образованием в нем внутримозговой гематомы диаметром 4 см, выполненной ржавой кровью как жидкой, так и ржавыми и темно-вишневыми свертками. Мягкие мозговые оболочки тонкие, прозрачные со студневидным отеком и полнокровными сосудами, по ходу которых определяются рассеянные точечные кровоизлияния в небольшом количестве в толще мозговых оболочек. Сосуды Вилизиева круга с тонкими стенками, пустым просветом. Борозды мозга с обычным рисунком, на миндаликах мозжечка определяется полоса вдавления от краев большого затылочного отверстия. Головной мозг эластичный, на разрезах с четкой границей серого и белого вещества и мраморным рисунком подкорковых ядер. Поверхности разрезов тускловаты, липнут к лезвию ножа. Желудочки мозга симметричны, растянуты прозрачной жидкостью, эпендима их бледно-серая, блестящая, влажная. В крыше 4-го желудочка пятнистые множественные кровоизлияния. Сосудистые сплетения обычного вида, полнокровны. В задней атланто-затылочной мембране ржаво-красные пятнистые кровоизлияния.

ОРГАНЫ ГОЛОВЫ И ШЕИ. Язык синюшный, влажный, обложен серовато-желтым, не снимающимся налетом. Слизистые оболочки носоглотки синюшные, влажные, блестящие. Небные миндалины округлые, диаметром по 1,5 см, с бугристой поверхностью, без наложений, синюшные. В мягких тканях шеи повреждений и кровоизлияний не обнаружено. Вход и просвет гортани свободен, слизистая оболочка ее бледно-серая. Подъязычная кость и хрящи гортани целы, в мягких тканях ее повреждений не обнаружено. Просвет трахеи и главных бронхов свободен, хрящи трахеи целы. Щитовидная железа обычных размеров, с равновеликими долями, плотно-эластичная, темно-коричневая, на разрезе полнокровна, дольчатого строения. Просвет пищевода свободен, слизистая его бледно-серая, продольно складчатая.

ГРУДНАЯ ПОЛОСТЬ. В плевральных полостях следы прозрачной жидкости. Легкие выполняют 2\3 полостей, с блестящей, гладкой и влажной плеврой. Под висцеральной плеврой, особенно, в прикорневых отделах легких и по базальным поверхностям, множественные точечные кровоизлияния. Легкие синюшные в передних и темно-синюшные в задних отделах, тестоватой консистенции, на разрезах темно-красные с обычным рисунком, полнокровны. Слизистые оболочки воздухопроводящих путей светло-розовые, набухшие. Бифуркационные лимфоузлы располагаются в виде пакетов диаметром от 1 до 2 см, эластичные, не спаянные между собой и с окружающими тканями, темно-синюшные, на разрезах сочные, с обычным рисунком. В полости перикарда следы прозрачной жидкости, листки его гладкие, влажные, блестящие. Под эпикардом единичные точечные рассеянные темно-красные кровоизлияния. Сердце дрябло-эластичное, 11х9х8 см, с избыточным отложением жира под эпикардом. В полостях сердца немного жидкой темной крови с мелкими единичными темно-вишневыми свертками. Миокард розовато-синюшный, эластичный, неравномерного кровенаполнения. Толщина стенки правого желудочка 0,3 см, левого 1,2 см. Клапаны и пристеночный эндокард тонкий, полупрозрачный, клапаны сформированы правильно. Аорта эластична, со следами жидкой крови в просвете и рассеянными липидными пятнами в интиме. Коронарные артерии с тонкими стенками, пустым просветом.

БРЮШНАЯ ПОЛОСТЬ. Органы расположены анатомически правильно. В полости следы прозрачной жидкости соломенного цвета. Листки брюшины гладкие, влажные, блестящие. Желудок пустой, содержимое кишечника отделам соответствует, слизистые оболочки их бледно-серые. Мезентериальные лимфоузлы располагаются раздельно, диаметр их не более 1 см, эластичны. Печень 26х20х18х13 см, плотно-эластичная, желто-коричневая с поверхности и на разрезах, полнокровная, со смазанным рисунком долек. В желчном пузыре 15 мл жидкой темно-зеленой желчи, слизистая оболочка его темно-зеленая, бархатистая. Просвет внепеченочных желчевыводящих путей свободно проходим. Поджелудочная железа обычных размеров, плотно-эластичная, бледно-серая, на разрезах - дольчатого строения. Селезенка 6х5х4 см, синюшная, полнокровна, эластична, без соскоба. Надпочечники листовидной формы, обычных размеров, на разрезах граница слоев четкая. Почки равновелики, 11х6х5 см, дрябло-эластичные. Капсула сползает при надрезе, обнажая ровную поверхность. По краю разреза паренхима наползает на капсулу. На разрезах корковый слой - синюшный, с темно-красным крапом и подчеркнутым рисунком, мозговой слой также с подчеркнутым рисунком, граница слоев отчетливо выражена. Слизистые оболочки лоханок и чашечек бледно-синюшные, гладкие, блестящие, просвет последних свободен. Мочеточники проходимы на всем протяжении, с бледно-серой слизистой. Мочевой пузырь пуст, слизистая оболочка его складчатая, бледно-серая, уретра свободно проходима.

Из трупа для судебно-гистологического исследования взяты кусочки внутренних органов на патоморфологические изменения.

В качестве вещественного доказательства взята кровь на марле.

Вопросы:

1.Повреждения обнаруженные при исследовании?

2.Степень тяжести вреда здоровью?

3.Причина смерти?

4.Механизм травмы?

5.Состояние опьянения?

Эталон:

1.При судебно-медицинском исследовании трупа обнаружены следующие телесные повреждения: а) закрытая черепно-мозговая травма – субарахноидальные и внутримозговые кровоизлияния в правой лобной доле головного мозга и в крышу 4-го желудочка; б) закрытая спинальная травма – кровоизлияния в связки атланто-затылочного сочленения в стадии рассасывания.

2.Обнаруженная ЧЕРЕПНО-МОЗГОВАЯ ТРАВМА причинила вред, опасный для жизни человека и согласно пункту 4.а Правил определения степени тяжести вреда, причиненного здоровью человека (Постановление Правительства РФ от 17 августа 2007 г. N 522) и пункта 6.1. приказа МЗиСР РФ 194н от 24.04.2008.г., квалифицируется, как обусловившая тяжкий вред здоровью. Черепно-мозговая травма имеет прямую причинную связь со смертью.

3.Смерть наступила в результате сочетанной шейно-затылочной травмы с повреждениями головного и спинного мозга (см пункт 1), осложнившейся отеком и дислокацией головного мозга. Заключение подтверждается картиной, найденной на вскрытии, и данными медицинской документации.

4.Вероятный механизм травмы – однократное травматическое ударное воздействие в затылочную область с действием травмирующей силы сзади наперед, что возможно при падении с высоты собственного роста навзничь.

5.Данных в истории болезни о наличия алкоголя в крови пострадавшего не обнаружено.

Задача №2. **УК-1 ПК-1 ПК-2 ПК-3 ПК-5 ПК-7 ПК-8 ПК-9 ПК-10**

ОБСТОЯТЕЛЬСТВА ДЕЛА: в направлении на судебно-медицинское исследование указано, что «труп гр. И. был обнаружен 15.01.03г в кв. 00 по ул. Мира 00».

Представлена история болезни на имя гр. И., 1948 г.р., согласно которой она была доставлена 04.01.03г. Известно, что в течение последних 2-х месяцев злоупотребляла алкоголем. 03.01.03г вечером муж вернулся с работы, нашел дома на полу. Состояние крайне тяжелое. Кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски, влажные. В легких дыхание проводится по всем полям, хрипов нет. Тоны сердца ритмичные, ЧСС 96/мин, АД 200/100 мм.рт.ст. Температура 38,5°С. Живот мягкий, Стул, мочеиспускание не контролирует. Сознание – оглушение 3 степени, сопор. Не контактен. Зрачки правый больше левого. Реакция на свет сохранена. Асимметрия правой носогубной складки. Сухожильные рефлексы правый меньше левого. Мышечный тону снижен в правых конечностях. Симптом Кернига 170° с двух сторон. Диагноз: острое нарушение мозгового кровообращения по геморрагическому типу в бассейне левой средней мозговой артерии с правосторонней гемиплегией сенсорно-моторной афазией. Геморрагический инсульт. М-ЭХО срединные структуры головного мозга не смещены. 05.01.03г Заключение окулиста – На глазном дне левого глаза проявления кровавого отека ДЗН и прилежащей сетчатки, умеренная венозная инъекция на фоне выраженного сужения артерий клетчатки. Зрелая выраженная катаракта ОД, начальный парез взора вправо. В протоколе рентгеновского исследования № 2 от 05.01.03г легочные поля без очаговых и инфильтративных теней. Тень средостенья в норме. 14.1.03г – ЭХО-ЭГ сомнительно в виду множества дополнительных сигналов. Смещение срединных структур головного мозга справа налево в средне задних отделах 9мм. Третий желудочек 8мм. Множество дополнительных сигналов справа в средне задних отделах. Усилена пульсация. Несмотря не проводимую терапию, состояние больного прогрессивно ухудшалось, и 15.01.03г в 03-40 наступила смерть. ПОСМЕРТНЫЙ ДИАГНОЗ: Цереброваскулярная болезнь. Острое нарушение мозгового кровообращения по геморрагическому типу в бассейне левой средней мозговой артерии с правосторонней гемиплегией.

Алкоголь -

НАРУЖНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ. Труп женщины, доставлен без одежды, среднего телосложения, удовлетворительного питания, длиной тела 163 см. Кожа бледно-серая, холодная на ощупь во всех отделах, в отлогих местах тела сливные, фиолетовые, не исчезающие и не меняющие цвет при надавливании трупные пятна. Трупное окоченение достаточно выражено во всех обычно исследуемых группах мышц. Склеры глаз мутные, тусклые, суховаты, кровоизлияний в соединительные оболочки глаз не отмечается, зрачки равновелики по 0,4 см диаметром. Голова правильной формы, кости черепа и лицевого скелета на ощупь целы. Грудная клетка цилиндрическая, эластичная, упругая, ребра на ощупь целы. Живот на одном уровне с грудной клеткой. Естественные отверстия тела и полости рта и носоглотки свободны, чистые. Слизистая оболочка губ синюшная, подсохшая. Анальное отверстие сомкнуто, кожа вокруг него слегка обпачкана каловыми массами. Половые органы развиты правильно по женскому типу. Кости конечностей целы.

ПОВРЕЖДЕНИЯ. Каких-либо повреждений, кроме следов медицинских манипуляций, при наружном исследовании не обнаружено.

ВНУТРЕННЕЕ ИССЛЕДОВАНИЕ. Полость черепа: Слева в затылочной области в 7 см от оси тела ржаво-красное кровоизлияние диаметром 5см. В остальных отделах кожно-мышечный лоскут головы гладкий, влажный, блестящий, без кровоизлияний и повреждений, височные мышцы синюшные, сочные, полнокровны. Кости свода и основания черепа целы. Твердая мозговая оболочка серо-перламутрового цвета, цела, блестящая, гладкая, влажная, просвет ее синусов выполнен жидкой темной кровью в большом количестве. Слева по наружной поверхности мозга в средней и передней черепных ямках эпидуральное пластинчатое кровоизлияние объемом 100мл, состоящее из частично лизированных ржаво-красных свертков крови. По наружной поверхности левой теменной и лобной долей ржаво-красное прокрашивание мягких мозговых оболочек на участке диаметром 10см. Мягкие мозговые в остальных отделах оболочки тонкие, прозрачные со студневидным отеком и полнокровными сосудами, по ходу которых определяются рассеянные точечные кровоизлияния в небольшом количестве в толще мозговых оболочек. Сосуды Вилизиева круга с тонкими стенками, пустым просветом. Борозды мозга сглажены, извилины уплощены, на миндаликах мозжечка определяется полоса вдавления от краев большого затылочного отверстия. Головной мозг эластичный, на разрезах с четкой границей серого и белого вещества и мраморным рисунком подкорковых ядер. Поверхности разрезов тускловаты, липнут к лезвию ножа. Желудочки мозга симметричны, обычного объема, эпендима их бледно-серая, блестящая, влажная, в полостях желудочков следы прозрачной соломенного цвета жидкости. Сосудистые сплетения обычного вида, полнокровны.

При ревизии шейного отдела позвоночного столба диффузное кровоизлияние в связки атлантозатылочного и атлантоаксиального сочленений и диффузное эпидуральное кровоизлияние с 1 по 3 шейные позвонки по передней поверхности.

ОРГАНЫ ГОЛОВЫ И ШЕИ. Язык синюшный, влажный, обложен серовато-желтым, не снимающимся налетом. Слизистые оболочки носоглотки синюшные, влажные, блестящие. Небные миндалины округлые, диаметром по 1,5 см, с бугристой поверхностью, без наложений, синюшные. В мягких тканях шеи повреждений и кровоизлияний не обнаружено. Вход и просвет гортани свободен, слизистая оболочка ее бледно-серая. Подъязычная кость и хрящи гортани целы, в мягких тканях ее повреждений не обнаружено. Просвет трахеи и главных бронхов свободен, хрящи трахеи целы. Щитовидная железа обычных размеров, с равновеликими долями, плотно-эластичная, темно-коричневая, на разрезе полнокровна, дольчатого строения. Просвет пищевода свободен, слизистая его бледно-серая, продольно складчатая.

ГРУДНАЯ ПОЛОСТЬ. Слева листки плевры покрыты фибринозно-гнойным налетом. Легкие выполняют 2/3 полостей, уплотнены во всех отделах, на разрезах безструктурны, серо-красные, расползаются под пальцами с большим количеством абсцессов от 0,5 до 2 см диаметром. С поверхности разрезов стекает желтая мутная жидкость в повышенном количестве и темная жидкая кровь из сосудов. В просвете воздухо-проводящих путей немного жидкого желтого гноя, слизистые оболочки гортани, трахеи и бронхов гиперемированы, отечны с налетом фибрина.

Бифуркационные лимфоузлы располагаются в виде пакетов диаметром от 1 до 2 см, эластичные, не спаянные между собой и с окружающими тканями, темно-синюшные, на разрезах сочные, с обычным рисунком. В полости перикарда следы прозрачной жидкости, листки его гладкие, влажные, блестящие. Под эпикардом единичные точечные рассеянные темно-красные кровоизлияния. Сердце дрябло-эластичное, 11х9х8 см, с избыточным отложением жира под эпикардом. В полостях сердца немного жидкой темной крови с мелкими единичными темно-вишневыми свертками. Миокард розовато-синюшный, эластичный, неравномерного кровенаполнения. Толщина стенки правого желудочка 0,3 см, левого 1,2 см. Клапаны и пристеночный эндокард тонкий, полупрозрачный, клапаны сформированы правильно. Аорта эластична, со следами жидкой крови в просвете и рассеянными липидными пятнами в интиме. Коронарные артерии с тонкими стенками, пустым просветом.

БРЮШНАЯ ПОЛОСТЬ. Органы расположены анатомически правильно. В полости следы прозрачной жидкости соломенного цвета. Листки брюшины гладкие, влажные, блестящие. Желудок пустой, содержимое кишечника отделам соответствует, слизистые оболочки их бледно-серые. Мезентериальные лимфоузлы располагаются раздельно, диаметр их не более 1 см, эластичны. Печень 26х20х18х13 см, плотно-эластичная, желто-коричневая с поверхности и на разрезах, полнокровная, со смазанным рисунком долек. В желчном пузыре 50 мл жидкой темно-зеленой желчи, слизистая оболочка его темно-зеленая, бархатистая. Просвет внепеченочных желчевыводящих путей свободно проходим. Поджелудочная железа обычных размеров, плотно-эластичная, бледно-серая, на разрезах - дольчатого строения с множественными кальцинатами. Селезенка 6х5х4 см, синюшная, полнокровна, эластична, без соскоба. Надпочечники листовидной формы, обычных размеров, на разрезах граница слоев четкая. Почки равновелики, 11х6х5 см, дрябло-эластичные. Капсула сползает при надрезе, обнажая ровную поверхность. По краю разреза паренхима наползает на капсулу. На разрезах корковый слой - синюшный, с темно-красным крапом и подчеркнутым рисунком, мозговой слой также с подчеркнутым рисунком, граница слоев отчетливо выражена. Слизистые оболочки лоханок и чашечек бледно-синюшные, гладкие, блестящие, просвет последних свободен. Мочеточники проходимы на всем протяжении, с бледно-серой слизистой. Мочевой пузырь пуст, слизистая оболочка его складчатая, бледно-серая, уретра свободно проходима.

Из трупа для судебно-гистологического исследования взяты кусочки внутренних органов на патоморфологические изменения.

Вопросы:

1.Повреждения обнаруженные при исследовании?

2.Степень тяжести вреда здоровью?

3.Причина смерти?

4.Механизм травмы?

5.Состояние алкогольного опьянения?

Эталон:

1.При судебно-медицинском исследовании трупа обнаружены следующие телесные повреждения: а) закрытая черепно-мозговая травма – субдуральная плащевидная гематома слева в передней и средней черепных ямках, субарахноидальное кровоизлияние в левой теменной и височной долях головного мозга; б) закрытая спинальная травма кровоизлияния в связки атланто-затылочного и атланто-аксиального сочленений, эпидуральное кровоизлияние с 1 по 3 шейные позвонки.

2.Обнаруженная при настоящей экспертизе, ЧЕРЕПНО-МОЗГОВАЯ ТРАВМА причинила вред, опасный для жизни человека и согласно пункту 4.а Правил определения степени тяжести вреда, причиненного здоровью человека (Постановление Правительства РФ от 17 августа 2007 г. N 522) и пункта 6.1. приказа МЗиСР РФ 194н от 24.04.2008.г., квалифицируется, как обусловившая тяжкий вред здоровью. Черепно-мозговая травма имеет прямую причинную связь со смертью.

3.Смерть наступила в результате сочетанной шейно-затылочной травмы тела, сопровождавшейся ушибом головного и спинного мозга (см пункт №1), осложнившейся отеком и набуханием головного мозга с дислокацией. Заключение подтверждается картиной, найденной на вскрытии, и данными медицинской документации.

4.Травма возникла от однократного травматического ударного воздействия твердого тупого предмета с преобладающей контактирующей поверхностью на левую затылочную область с действием травмирующей силы слева направо и сзади наперед, что возможно пари падении пострадавшего навзничь.

5.Данных в истории болезни о наличия алкоголя в крови пострадавшего не обнаружено.

Задача № 3. **УК-1 ПК-1 ПК-2 ПК-3 ПК-5 ПК-7 ПК-8 ПК-9 ПК-10**

Представлен акт медицинского исследования трупа от 14.02.09г. Представлена медицинская карта стационарного больного из ГКБ на имя гр. В., 1960 г.р., который 02.01.09г. в 21-40 бригадой "скорой помощи" был доставлен в токсикологическое отделение с нарушением сознания. Обнаружен без сознания по адресу: ул. Кутузова, 00, подъезд 0, между 2 и 3 этажами, рядом пустые бутылки из под алкоголя. В анамнезе цирроз печени. На догоспитальном этапе рвота. При поступлении сознание кома 1 степени. кожные покровы обычной окраски, влажности, субинтеричные, в наколках. В носовых ходах засохшая кровь. Зрачки обычные, равны. Фотореакция слабая. Рефлексы сохранены, равны. На боль реакция движениями в конечностях. Мышечный тонус удовлетворительный. Дыхание спонтанное, адекватное, частота дыхательных движений 19-20/мин, проводится равномерно, хрипов нет. Артериальное давление 130/80 мм.рт.ст. Пульс 88/мин. Изо рта определяется запах алкоголя. Живот не вздут, на пальпацию не реагирует. 03.01.09 состояние больного ухудшилось. Сознание оглушение 1, ориентирован. У больного рвота кровью со сгустками. Артериальное давление 120/80 мм.рт.ст., частота сердечных сокращений 98/мин. Живот не вздут, мягкий, умеренно болезненный в эпигастрии. В дальнейших записях состояние больного тяжелое, жалобы на слабость. 10.01.09 состояние больного с отрицательной динамикой, сознание оглушение 2-3. Кожные покровы бледно-желтушные. Артериальное давление 90/60 мм.рт.ст., пульс 100/мин. 11.01.09 состояние больного крайней степени тяжести. сознание сопор. Артериальное давление 40/60 мм.рт.ст. Пульс 88/мин. Живот не вздут. Печень +4 см из под края реберной дуги. Несмотря на проводимую терапию, состояние больного быстро ухудшалось, нарастали признаки печеночно-почечной недостаточности и 13.01.09 г. в 0-50 констатирована смерть больного. ПОСМЕРТНЫЙ ДИАГНОЗ: Цирроз печени в стадии декомпенсации. Синдром портальной гипертензии. Гепатоспленомегалия. Варикозное расширение вен пищевода 3-4 степени. кровотечение. Печеночно-клеточная недостаточность. Эндотоксикоз тяжелой степени. токсическая энцефалопатия. Полиорганная недостаточность. Отек головного мозга. Фоновое заболевание. Алкогольная болезнь с полиорганными поражениями. Алкогольная полинейропатия. При поступлении в стационар в крови потерпевшего обнаружен этиловый алкоголь в концентрации 2,78 промилле.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Данные анализов | | | | |
| Параметры  Дата | 02.01 | 03.01 | 04.01 | 05.01 |
| эритроциты |  | 3,6 |  |  |
| Цветной п. |  | 0,95 |  |  |
| гемоглобин | 128 | 114 | 96 | 101 |
| лейкоциты | 14,2 |  |  |  |
| РОЭ | 42 |  |  |  |
| Амилаза | 284 |  |  | 113 |
| мочевина | 7,1 |  |  | 4,9 |
| Билирубин общ. | 32,9 |  |  | 60,4 |
| Прямой | 8,5 |  |  | 41,4 |
| непрямой | 24,4 |  |  | 19,0 |
| Сахар | 7,8 |  |  | 6,5 |
| АЛТ | 101,5 |  |  | 50,8 |
| Белок крови | 82,4 |  |  | 66,5 |
| Калий | 3,5 |  |  | 3,0 |
| Натрий | 169 |  |  | 149 |
| АСТ |  |  |  | 93,8 |
| Уд. вес мочи | 1012 |  |  |  |
| Белок мочи | 35 |  |  |  |
| Лейкоциты мочи | 4-6 |  |  |  |
| Эритроциты мочи | 0-1-2 |  |  |  |

НАРУЖНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ. На секционном столе труп мужчины, доставлен из стационара ГКБ № 6 без одежды, среднего телосложения, удовлетворительного питания, длиной тела 170 см. Кожа бледно-серая, холодная на ощупь во всех отделах. По задней поверхности тела, в отлогих местах тела сливные, фиолетовые, не исчезающие и не меняющие цвет при надавливании трупные пятна. Трупное окоченение выражено во всех обычно исследуемых группах мышц. Склеры глаз мутные, суховаты, радужки тусклые, кровоизлияний в соединительные оболочки глаз не отмечается, зрачки равновелики по 0,4 см диаметром. Голова правильной формы, кости черепа и лицевого скелета на ощупь целы. Грудная клетка цилиндрическая, эластичная, упругая, ребра на ощупь целы. Живот несколько ниже уровня реберных дуг грудной клетки. Естественные отверстия тела и полости рта и носоглотки свободны, чистые. Слизистая оболочка губ синюшная, подсохшая без видимых кровоизлияний в слизистых оболочках. Анальное отверстие сомкнуто, кожа вокруг него слегка опачкана каловыми массами. Половые органы развиты правильно. Кости конечностей на ощупь целы. ПОВРЕЖДЕНИЯ. В левой окологлазничной области кровоподтек по типу замкнутого полуочка 4х3,5 см зеленовато-желтого цвета. Каких-либо иных повреждений, кроме следов медицинских манипуляций, при наружном исследовании не обнаружено. ВНУТРЕННЕЕ ИССЛЕДОВАНИЕ. Полость черепа: Внутренняя поверхность кожно-мышечного лоскута головы бледно-розовая. В нем, в затылочной области слева отмечается кровоизлияние 5х4 см. Кости черепа вскрыты угловым распилом. При исследовании костей черепа отмечается линейный перелом затылочной кости слева, идущий от левого края большого затылочного отверстия, длиной 12 см. Твердая мозговая оболочка умеренно напряжена, вскрыта, над и под ней кровоизлияний нет. Головной мозг извлечен, масса его 1280 грамм. Мягкие мозговые оболочки отечны, сосуды их заполнены кровью. Под ними отмечается буро-красное кровоизлияние в области левой лобной доле 5х7 см. Головной мозг дрябло-эластичный, борозды и извилины несколько уплощены за счет отека. Ткань мозга на разрезах блестящая, полнокровная, прилипает к ножу. На поверхности разрезов выступает большое количество точек и полосок крови, которые легко снимаются спинкой ножа. Граница между серым и белым веществом четкая. Очаг разрушения ткани мозга в полюсе правой лобной доли с пропитыванием бурой кровью, размером 3х3х2 см. Желудочки мозга щелевидны, содержат незначительное количество розоватого прозрачного ликвора. Сосуды основания мозга тонкостенные, просвет их свободен. На миндалинах мозжечка по базальной поверхности отмечается борозда вдавления шириной до 1 см. Твердая мозговая оболочка с основания черепа удалена, кости основания черепа целы. Толщина костей черепа в пределах распила в лобной области 0.7см, в затылочной 0.8см, в височных по 0.4см Язык синюшный, влажный, незначительно обложен серовато-желтым налетом. Слизистые оболочки носоглотки синюшные, влажные, блестящие. В мягких тканях шеи повреждений и кровоизлияний не обнаружено. Вход и просвет гортани свободен, слизистая оболочка ее бледно-серая. Подъязычная кость и хрящи гортани целы, в мягких тканях ее повреждений не обнаружено. Просвет трахеи и главных бронхов свободен, хрящи трахеи целы. Щитовидная железа обычных размеров, с равновеликими долями, плотно-эластичная, темно-коричневая, на разрезе полнокровна, дольчатого строения. Просвет пищевода свободен, слизистая его бледно-серая, продольно складчатая в слизистой отмечаются множественные расширенные вены, как бы выбухающие над поверхностью слизистой оболочки. ГРУДНАЯ БРЮШНАЯ ПОЛОСТИ. Органы брюшной и грудной полостей расположены анатомически правильно, легкие выполняют 2\3 полостей, петли кишечника умеренно вздуты. Органокомплекс извлечен единым блоком. Плевра влажная блестящая, в плевральных полостях следы прозрачной жидкости. Легочная плевра влажная, блестящая. Под ней плеврой, особенно, в прикорневых отделах легких и по базальным поверхностям, множественные точечные кровоизлияния. Левое легкое массо1 490 грамм, правое 550 грамм. Легкие розово-красные в передних и темно-красные в задних отделах, тестоватой консистенции, структура их хорошо выражена, над поверхностью разрезов незначительно выстоят мелкие бронхи и сосуды, ткань их полнокровна. Слизистые оболочки воздухопроводящих путей серовато-розовые, набухшие. Перикард не напряжен, вскрыт. В полости перикарда следы прозрачной жидкости, листки его гладкие, влажные. Сердце дрябло-эластичное, извлечено, весом 420 грамм, размеры его 13х11х8 см. Под эпикардом отмечается умеренное количество жировой ткани. В полостях сердца немного жидкой темной крови с мелкими единичными темно-вишневыми свертками. Миокард красно-коричневый, эластичный, неравномерного кровенаполнения. Толщина стенки правого желудочка 0,3 см, левого 1,7 см. Пристеночный эндокард тонкий, полупрозрачный, клапаны сформированы правильно, тонкие. Аорта эластична, со следами жидкой крови в просвете и рассеянными липидными пятнами в интиме. Коронарные артерии с тонкими стенками, пустым просветом. В брюшной полости следы прозрачной жидкости соломенного цвета. Листки брюшины гладкие, влажные, блестящие. В желудке 1000 мл кровянистых масс. В слизистой отмечаются множественные мелкие эрозии. Содержимое кишечника отделам соответствует, слизистые оболочки их бледно-серые. Печень 20х16х10х8 см, массой 1490 грамм, поверхность ее мелкобугристая, плотно-эластичная, желто-коричневая с поверхности и на разрезах, полнокровная, со смазанным рисунком долек. В желчном пузыре 20 мл жидкой темно-зеленой желчи, слизистая оболочка его темно-зеленая, бархатистая. Просвет внепеченочных желчевыводящих путей свободно проходим. Поджелудочная железа обычных размеров, плотно-эластичная, бледно-серая, на разрезах дольчатого строения. Селезенка массой 800 грамм, 20х12х9 см, синюшная, полнокровна, эластична, без соскоба. Надпочечники листовидной формы, обычных размеров, на разрезах граница слоев четкая. Почки равновелики, массой по 110 грамм, 11х6х4 см, дрябло-эластичные. Капсула сползает при надрезе, обнажая ровную поверхность. На разрезах корковый слой - синюшный, с темно-красным крапом и подчеркнутым рисунком, мозговой слой также с подчеркнутым рисунком, граница слоев отчетливо выражена. Слизистые оболочки лоханок и чашечек бледно-синюшные, гладкие, блестящие, просвет последних свободен. Мочеточники проходимы на всем протяжении, с бледно-серой слизистой. Мочевой пузырь пуст, слизистая оболочка его складчатая, бледно-серая, уретра свободно проходима. ДАННЫЕ ДОПОЛНИТЕЛЬНЫХ МЕТОДОВ ИССЛЕДОВАНИЯ. Представлен акт судебно-гистологического исследования от 06.02.09г: Головной мозг - между паутинной и сосудистой оболочками много лизированной красной крови с зернами темно бурой окраски, полнокровие пиальных сосудов, в ткани извилин большого полушария мозга на фоне равномерной гиперемии вен, венул, артерий и густой сети капилляров с многочисленными перивазальными кровоизлияниями в сером веществе коры, на ограниченном участке, сливающиеся гематомы разных размеров в сером (3) и белом веществе, вокруг гематомы трансформация клеток глии в макрофагально-тучные клетки, криброзность нейропиля, дегенерация проводящих путей, пролиферация мелких сосудов. В кусочке ствола мозга полнокровие Вени и венул, перивенулярные кровоизлияния с пропитыванием ткани мозга, дистрофические изменения и некроз нейронов ядерных образований. Выраженный аутолиз мозга. Твердая мозговая оболочка - оболочка скручена, в самой оболочке два-три очага кровоизлияния из красных разрозненных эритроцитов, рядом лежит красный сверток крови из полулизированных и лизированных масс эритроцитов, с вкраплением частиц черного зернистого пигмента. Сердце - кардиоциты крупные по размерам, на поперечном и косом сечении, стенки интрамуральных артерий без выраженных утолщений, очагов кардиосклероза не выявлено, полнокровие вен и венул. Легкое -полнокровие сосудов межальвеолярных септ и более крупных сосудов, в разных полях зрения очаги ателектаза, межальвеолярные перегородки сближены, извитые, в просвете альвеол не выявлено экссудата и жидкости, аутолиз. Пищевод - слизистая с сохраненной эпителиальной выстилкой, вены слизистой складчато-извитые, в узких просветах спавшихся вен красная кровь, выраженная гиперемия вен, венул и капилляров мышечной оболочки с диапедезными кровоизлияниями, очаговое кровоизлияние в жировой клетчатке адвентиции. Желудок - слизистая отделена от подслизистой, строение желез не нарушено, малокровие сосудов стромы слизистой, кровоизлияний и язвы в слизистой не выявлено, малокровие спавшихся вен подслизистой. Печень - строение классических долек нарушено, портальные тракты расширены, склерозированы, с пролиферацией желчных протоков и густоклеточной лимфогистиоцитарной инфильтрацией, много узлов регенератов небольших размеров, чаще с дольку, гепатоциты с набухшей гомогенной и микровезикулярной цитоплазмой, неравномерное кровенаполнение синусоидов. Почка - клубочки небольшие, на фоне аутолиза не видно кровенаполнения капилляров, не выражена сеть перитубулярных сосудов, нефроэпителий извитых канальцев с комковатой и зернистой цитоплазмой, с неокрашенными ядрами, умеренное кровенаполнение прямых сосудов.

Вопросы:

1.Какие телесные повреждения были обнаружены?

2.Степень тяжести причиненного вреда здоровью?

3.Время смерти, причина смерти?

4.Механизм повреждения?

5.Состояние опьянения?

Эталон:

1. При исследовании трупа гр. Кучина обнаружена закрытая черепно-мозговая травма - кровоподтек в левой окологлазничной области, кровоизлияние в кожном лоскуте в затылочной области слева, перелом затылочной кости слева, кровоизлияние под мягкие мозговые оболочки в левой лобной доле, очаг разрушения ткани мозга в полюсе правой лобной доли.

2. Данная черепно-мозговая травма, согласно пункту 6.1.2. – «перелом свода (лобной, теменной костей) и (или) основания черепа: черепной ямки (передней, средней или задней) или затылочной кости», приказа МЗиСР РФ 194н от 24.04.2008г отнесена к критериям, характеризующим квалифицирующий признак вреда, опасного для жизни человека. По указанному признаку, согласно правилам «Определения тяжести вреда, причиненного здоровью человека» (постановление правительства РФ №522 от 17.08.2007г) указанная черепно-мозговая травма, квалифицируется как ТЯЖКИЙ ВРЕД ЗДОРОВЬЮ. Обнаруженная черепно-мозговая травма состоит в прямой причинной связи с наступившей смертью.

3. Смерть наступила 13.01.09 г. в 0-50 (что зафиксировано в истории болезни) в результате описанной выше закрытой черепно-мозговой травмы, приведшей к отеку головного мозга. Данное заключение подтверждается данными вскрытия, дополнительных методов исследования и медицинской документации.

4.Указанные повреждения возникли от воздействия тупого твердого предмета (предметов) без четких идентифицирующих свойств, либо при ударе о таковой (таковые). При этом, учитывая локализацию точек приложения силы, можно говорить что имело место не менее двух воздействий – в область левого глаза и в левую затылочную область. Указанные повреждения могли образоваться, в том числе при падении пострадавшего с высоты собственного роста, в том числе неоднократно, что не исключает и другие условия возникновения травмы.

5.При поступлении в стационар в крови потерпевшего обнаружен этиловый алкоголь в концентрации 2,78 промилле, что по аналогии с живыми лицами, при наличии соответствующей клинической картины, обычно расценивается как тяжелая степень алкогольного опьянения.

Задача №4. **УК-1 ПК-1 ПК-2 ПК-3 ПК-5 ПК-7 ПК-8 ПК-9 ПК-10**

ОБСТОЯТЕЛЬСТВА ДЕЛА. В направлении на судебно-медицинское исследование трупа не указаны.

Представлена медицинская карта стационарного больного из ГКБ на имя гр. В., 1953 г.р., который 12.01.09г. в 13-00 бригадой скорой помощи был доставлен в неврологическое отделение. Жалоб не предъявляет из-за снижения критики к состоянию. Дата появления расстройства 10.01.09г. В течение трех дней постепенно развивалась симптоматика, больной неадекватен, но ориентирован, речевые расстройства. Больной неделю не был дома, вернулся в таком состоянии. Из перенесенных заболеваний гипертоническая болезнь (давность не известна), злоупотребление алкоголем. 15.11.08г. была закрытая черепно-мозговая травма. При поступлении состояние средней степени тяжести. Кожные покровы и видимые слизистые чистые, розовые. Дыхание в легких проводится по всем полям, хрипов нет. АД 150\90 мм.рт.ст. Живот без особенностей. Сознание ясное, контакту доступен с ограничением. Сенсомоторная афазия. Зрачки равны, реакция на свет сохранена, движения глазных яблок в полном объеме. Горизонтальный нистагм. ПНП не выполняет из-за снижения корковых функций. 13.01 при рентгенографии черепа на краниограммах в левой теменной области отмечается посттрепанационный дефект костной ткани 7х0,3; свежих травматических повреждений не выявлено. При ЭХО-ЭС от 13.01 отмечается смещение м-эхо в средне-задних отделах на 1,5 мм. 15.01 в 6-30 состояние больного резко ухудшилось. АД 260\110 мм.рт.ст. нарушение сознания кома 1. Больной переведен в палату интенсивной терапии. В 9-00 у больного остановка сердечной деятельности. Пульсация на магистральных артериях не определяется. Сердечные тоны не выслушиваются. Реанимационные мероприятия без эффекта. Констатирована смерть больного 15.01.09г. в 9-30.

ПОСМЕРТНЫЙ ДИАГНОЗ. Комбинированный. 1. Геморрагический инсульт в левом полушарии головного мозга. 2. ЗЧМТ, внутримозговая гематома. Фон. 1. Гипертоническая болезнь 3, риск 4. Осложнения. Отек головного мозга, дислокация ствола, ОДН 3, ОССН 3.

Алкоголь – данных нет.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Данные анализов | | | | |
| Параметры  дата | 12.01 | 13.01 | 15.01 |  |
| эритроциты |  |  | 5,37 |  |
| Цветной п. |  |  | 1,02 |  |
| гемоглобин | 170 |  | 183 |  |
| тромбоциты |  |  | 170 |  |
| гематокрит |  |  | 46,2 |  |
| лейкоциты | 9,8 |  | 7,7 |  |
| палочкоядерные |  |  | 12 |  |
| сегментоядерные | 79 |  | 74 |  |
| лимфоциты | 15 |  | 10 |  |
| моноциты | 6 |  | 4 |  |
| Дегенеративные изменения нейтрофилов | + |  | + |  |
| РОЭ | 24 |  | 3 |  |
| Амилаза | 178 |  |  |  |
| мочевина | 6,4 |  | 3,4 |  |
| Билирубин общ. | 51,0 |  | 50,2 |  |
| Прямой | 10,0 |  | 6,6 |  |
| непрямой | 41,0 |  | 43,6 |  |
| Белок крови | 84,2 |  | 74,8 |  |
| Калий | 3,4 |  | 2,6 |  |
| Натрий | 139 |  | 110 |  |
| глюкоза | 8,0 |  |  |  |
| Уд. вес мочи |  | 1017 | 1010 |  |
| Белок мочи |  | 53 | 25 |  |
| Лейкоциты мочи |  | ед | 0-1 |  |
| Эритроциты мочи |  |  | 0-1 |  |

НАРУЖНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ. Труп мужчины, доставлен без одежды, среднего телосложения, правильного питания, длиной тела 175 см. Кожа бледно-серая, холодная на ощупь во всех отделах, в отлогих местах тела сливные, фиолетовые, не исчезающие и не меняющие цвет при надавливании трупные пятна. Трупное окоченение достаточно выражено во всех обычно исследуемых группах мышц. Склеры глаз мутные, тусклые, суховаты, кровоизлияний в соединительные оболочки глаз не отмечается, зрачки равновелики по 0,4 см диаметром. Голова правильной формы, кости черепа и лицевого скелета на ощупь целы. Грудная клетка цилиндрическая, эластичная, упругая, ребра на ощупь целы. Живот на одном уровне с грудной клеткой. Естественные отверстия тела и полости рта и носоглотки свободны, чистые. Слизистая оболочка губ синюшная, подсохшая. Анальное отверстие сомкнуто. Половые органы развиты правильно. Кости конечностей целы.

ПОВРЕЖДЕНИЯ. Каких-либо повреждений при исследовании не обнаружено.

При проведении воздушной пробы – воздух из плевральных полостей и полостей сердца не получен. При проведении судебно-медицинского исследования трупа использовались: кожные разрезы по методу Шора.

ВНУТРЕННЕЕ ИССЛЕДОВАНИЕ

Извлечение органокомплекса произведено по методу Шора, с распилом ребер спереди. Череп вскрывался угловым распилом. Доступ к спинному мозгу осуществлялся сзади по методу Медведева.

Масса органов.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Масса |  | норма |
| Мозг | 1700 | До 1400 |
| Легкое правое | 700 | 450 |
| левое | 650 | 375 |
| Сердце | 380 | 200-400 |
| Печень | 1600 | 1200-2000 |
| Селезенка | 100 | 80-180 |
| Почки обе |  | 275-310 |
| Правая/Левая | 160\160 |  |

ПОЛОСТЬ ЧЕРЕПА. В кожно-мышечном лоскуте головы слева в теменно-затылочной области темно-красное с четкими контурами кровоизлияние диаметром 8 см.

Слева в лобно-височной области неправильно прямоугольное трепанационное отверстие с подшитым костным лоскутом 4х3 см.

Слева в чешуе височной кости, замыкающиеся на середину трепанационного отверстия, вертикальная линия перелома длиной 2 см с красно-коричневыми эпидуральными кровоизлияниями в зоне перелома. Субдурально слева в передней и средней черепных ямках и по наружной поверхности мозга наложение эластичных темно-вишневых свертков крови общим объемом 150 мл, спаянных с твердой мозговой оболочкой. Субарахноидально справа по полюсной поверхности височной доли на участке диаметром 4 см округлое темно-вишневое кровоизлияние, как в мягких мозговых оболочках, так и в веществе мозга на глубину коры, мономорфного вида.

Слева аналогичные по характеристиками кровоизлияния на участке диаметром 5 см по полюсной поверхности лобной доли с 3-мя мелкими эрозиями оболочек в центре и, диаметром 2 см - по полюсной поверхности височной доли. Данные кровоизлияния окружены полосой темно-красных кровоизлияний по бороздам с шириной полосы от 1 до 2 см. Коричневое прокрашивание твердой мозговой оболочки в задней черепной ямке.

Головной мозг выполняет все резервные пространства. Борозды мозга сглажены, извилины уплощены, на миндаликах мозжечка кольцевидная с диффузными субарахноидальными кровоизлияниями полоса вдавления от краев большого затылочного отверстия. Головной мозг дряблый, на разрезах с четкой границей серого и белого вещества и мраморным рисунком подкорковых ядер. Поверхности разрезов тускловаты, липнут к лезвию ножа. Желудочки мозга симметричны, обычного объема, эпендима их бледно-серая, блестящая, влажная, в полостях желудочков следы прозрачной соломенного цвета жидкости. Сосудистые сплетения обычного вида, полнокровны.

ОРГАНЫ ШЕИ, ГРУДНОЙ И БРЮШНОЙ ПОЛОСТЕЙ: язык синюшный, влажный, обложен серовато-желтым, не снимающимся налетом. Слизистые оболочки носоглотки синюшные, влажные, блестящие. В мягких тканях шеи повреждений и кровоизлияний не обнаружено. В плевральных полостях следы прозрачной жидкости, легкие выполняют 2\3 полостей, с блестящей, гладкой и влажной плеврой. Органы брюшной полости расположены анатомически правильно, в полости следы прозрачной жидкости соломенного цвета. Листки брюшины гладкие, влажные, блестящие. Просвет пищевода свободен, слизистая его бледно-серая, продольно складчатая. Вход и просвет гортани свободен, слизистая оболочка ее с наложениями фибрина, смешанного с гноем, набухшая, темно-розовая. Подъязычная кость и хрящи гортани целы, в мягких тканях ее повреждений не обнаружено. Просвет трахеи и главных бронхов с небольшим количеством густого желто-зеленого гноя, слизистая оболочка их темно-розовая с наложениями фибрина, хрящи трахеи целы. Щитовидная железа обычных размеров, с равновеликими долями, плотно-эластичная, темно-коричневая, на разрезе полнокровна, дольчатого строения. Аорта эластична, со следами жидкой крови в просвете и рассеянными липидными пятнами в интиме. Легкие синюшные в передних и темно-синюшные в задних отделах, тестоватой консистенции, на разрезах темно-красные с подчеркнутым рисунком, полнокровны. Над поверхностями разрезов выступают бронхи в виде «гусиных перьев». В просвете воздухо-проводящих путей немного жидкого желтого гноя, слизистые оболочки гортани, трахеи и бронхов гиперемированы, отечны с налетом фибрина. Бифуркационные лимфоузлы располагаются в виде пакетов диаметром от 1 до 2 см, эластичные, темно-синюшные, на разрезах сочные, с обычным рисунком. В полости перикарда следы прозрачной жидкости, листки его гладкие, влажные, блестящие. Сердце 14х12х8 см, дряблое, с темной жидкой кровью в полостях. Миокард розовато-синюшный, эластичный, неравномерного кровенаполнения. Толщина стенки правого желудочка 0,3 см, левого 1,2 см. Клапанный и пристеночный эндокард тонкий, прозрачный, клапаны сформированы правильно. Коронарные артерии с тонкими стенками, пустым просветом. Желудок пустой, содержимое кишечника отделам соответствует, слизистые оболочки желудочно-кишечного тракта бледно-серые. Мезентериальные лимфоузлы располагаются раздельно, диаметр их не более 1 см, эластичны. Печень 27х20х16х10 см, дрябло-эластичная, желто-коричневая с поверхности и на разрезах, полнокровная, со смазанным рисунком долек. Просвет внепеченочных желчевыводящих путей свободно проходим. Поджелудочная железа обычных размеров, плотно-эластичная, бледно-серая, на разрезах – дольчатого строения. Селезенка 9х5х3 см, синюшная, дряблая, без соскоба. Надпочечники листовидной формы, обычных размеров, на разрезах граница слоев четкая. Мочеточники проходимы, мочевой пузырь пуст. Почки 12х6х4 см равновелики, эластичные. Капсула сползает при надрезе, обнажая ровную поверхность. По краю разреза паренхима наползает на капсулу. На разрезах корковый слой - синюшный, с темно-красным крапом и подчеркнутым рисунком, мозговой слой также с подчеркнутым рисунком, граница слоев отчетливо выражена с полнокровием. Слизистые оболочки лоханок и чашечек бледно-синюшные, гладкие, блестящие, просвет их свободен. Мочеточники проходимы на всем протяжении, с бледно-серой слизистой. Мочевой пузырь пуст, слизистая оболочка его складчатая, бледно-серая, уретра свободно проходима.

ПОЗВОНОЧНИК И СПИННОЙ МОЗГ: при ревизии позвоночного столба повреждений не обнаружено. Эпи- и субдуральные пространства свободны, твердая мозговая оболочка напряжена, бледно-серая, блестящая, мягкие мозговые оболочки тонкие, прозрачные, спинной мозг дряблый, на разрезах обычного рисунка.

Из трупа для судебно-гистологического исследования взяты кусочки внутренних органов на патоморфологические изменения. Кровь на биологию.

А К Т Судебно-гистологического исследования

Судебно-медицинским экспертом, произведено исследование кусочков внутренних органов от трупа В., 1953 г.р.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Головной мозг – субарахноидальные и внутримозговые очаговые кровоизлияния с некрозом вещества мозга в зоне кровоизлияний, с наличием гемосидерофагов и лейкоцитарной инфильтрацией по периферии, так же по периферии умеренная глиальная пролиферация. Фрагмент субдуральной гематомы с краевой пролиферацией фибробластов и наличием сосудов. В стволовых отделах мозга выраженная внеклеточная гидратация, вплоть до образования криброзных структур. Стаз крови в сосудах.

Миокард – перивазальный и очаговый постинфарктный кардиосклероз. Межуточный отек.

Печень – полнокровие синусоидов, воспалительных изменений не выявлено.

Почки – стаз крови в сосудах, эктазия просвета почечных канальцев. Воспалительных изменений не выявлено.

Твердая мозговая оболочка - на твердой мозговой оболочке остатки субдуральной гематомы, которая на примыкании к оболочке с разрастанием фибробластов и большим количеством гемосидерофагов. Гемосидероз определяется и в толще твердой мозговой оболочки.

Вопросы:

1.Судебно-медицинский диагноз?

2.Осложнения?

3.Сопутствующие?

4.Степень тяжести вреда здоровью?

5.Механизм травмы?

Эталон:

1. Закрытая черепно-мозговая травма – кровоизлияние в коже слева в теменно-затылочной области, субдуральная гематома слева в передней, средней черепных ямках и по наружной поверхности мозга объемом 150 мл, субарахноидальные и внутримозговые кровоизлияния по полюсной поверхности правой височной доли, по полюсным поверхностям левых лобной и височной долей.

2. Осложнения: отек и набухание головного мозга с дислокацией; отек легких; венозное полнокровие внутренних органов.

3. Сопутствующее: черепно-мозговая травма в стадии организации – перелом левой височной кости, трепанационное отверстие теменной и височной костей слева, организовавшиеся эпидуральные кровоизлияния в зоне перелома.

4. Обнаруженная при исследовании трупа, ЧЕРЕПНО-МОЗГОВАЯ ТРАВМА причинила вред, опасный для жизни человека и согласно пункту 4.а Правил определения степени тяжести вреда, причиненного здоровью человека (Постановление Правительства РФ от 17 августа 2007 г. N 522) и пункта 6.1. приказа МЗиСР РФ 194н от 24.04.2008.г., квалифицируется, как обусловившая тяжкий вред здоровью. Черепно-мозговая травма имеет прямую причинную связь со смертью.

5. Локализация и совокупность телесных повреждений (кровоизлияние в коже теменно-затылочной области, полюсные кровоизлияния в головном мозге) позволяют говорить, что травма имеет инерционный механизм и, возникла при воздействии твердого тупого предмета без четких идентифицирующих признаков с массой больше массы головы на левую теменно-затылочную область с действием травмирующей силы сзади наперед. Пострадавший мог получить черепно-мозговую травму при падении с высоты собственного роста.

Задача №5. **УК-1 ПК-1 ПК-2 ПК-3 ПК-5 ПК-7 ПК-8 ПК-9 ПК-10**

ОБСТОЯТЕЛЬСТВА ДЕЛА. В направлении на судебно-медицинское исследование трупа не указаны.

Представлена медицинская карта стационарного больного из ГКБ на имягр. Ф., 1972 г.р., который 10.04.09г. в 12-15 бригадой "скорой помощи" был доставлен в НХО-1 с нарушением сознания. Известно, что с 8.04 по 10.04 находился на лечении в КНД с диагнозом: синдром отмены алкоголя, судорожный синдром. Состояние средне тяжелое, появилась очаговая симптоматика. При люмбальной пункции получен геморрагический ликвор. При поступлении состояние субкомпенсации. Кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски. Костно-суставная система без видимой патологии. Дыхание проводится по всем полям. ЧСС 88 в минуту. АД 140/90 мм.рт.ст. Живот при пальпации мягкий, в акте дыхания участвует. Сознание оглушение 3, моторное возбуждение, не адекватен, не ориентирован. Зрачки равны, взор фиксирует с трудом. Лицо симметрично, парезов нет. левосторонний гемипарез до 3-4 баллов. Ригидность мышц затылка до 2 см. Симптом Кернига 140-150°. Патологические стопные рефлексы, больше слева. В затылочной области имеется ссадина кожи под струпом. На руках множественные следы от инъекций и гематомы. Рентгенограмма черепа не производилась из-за моторного возбуждения. При ЭХО-ЭС от 10.04.09г. смещения срединных структур головного мозга не выявлено. В дальнейшем состояние больного с отрицательной динамикой в виде углубления сознания – сопор, дважды генерализованные судороги с тонико-клоническим компонентом (купированы самостоятельно). После судорог непроизвольное мочеиспускание. АД 150/100 мм.рт.ст. 10.04.09 произведена операция: Резекционная трепанация черепа в правой теменно-височной области. Удаление острой субдуральной гематомы объёмом 60 мл, дренирование субдурального пространства. Наложение поискового фрезевого отверстия в типичном месте слева. В левой теменно-височной области произведен линейный разрез мягких тканей длиной до 10 см, кость скелетирована, этапный гемостаз электрокоагуляцией. Наложено поисковое фрезевое отверстие, ТМО синюшна, напряжена, пульсацию мозгового вещества не передаёт, последняя надсечена крестообразно, под давлением выделилось до 20 мл крови тёмно-вишнёвого цвета. Произведена резекционная трепанация черепа, сформирована трепанационное окно, размером 4х4см, ТМО вскрыта крестообразно, выявлена и удалена острая субдуральная гематома в виде сгустков тёмно-вишнёвого цвета, объёмом 60 мл. В проекции трепанационного окна отмечается контузионный очаг багрового цвета, с которого отмечалось умеренное диффузное кровотечение, гемостаз электрокоагуляцией, феракрилом. Мозговое вещество отёчно, после удаления гематомы появилась вялая, еле заметная пульсация мозга. В субдуральное пространство, по направлению к основанию черепа установлен активный дренаж, последний фиксирован к коже. Наложены швы на ТМО. Контроль на гемостаз, и инородные тела. Рана послойно ушита до дренажа. В типичном месте слева наложено поисковое фрезевое отверстие. ТМО напряжена, не пульсирует. Вскрыта крестообразно. При ревизии с основания черепа удалены незначительные сгустки крови тёмно-вишнёвого цвета. Мозговое вещество отёчно, светло-жёлтого цвета, пульсирует. Контроль на гемостаз. Послойные швы на рану. Послеоперационный диагноз: Закрытая черепно-мозговая травма. Ушиб головного мозга тяжёлой степени, со сдавлением острой субдуральной гематомой и контузионным очагом правой гемисферы. Дислокационный синдром. Отёк головного мозга. Судорожный синдром. Абстинентный синдром. Ушибы мягких тканей головы. 12.04 состояние больного крайне тяжелое. Сознание нарушено по типу кома 1. на болевые раздражители реагирует слабыми движениями. Зрачки широкие, реакция на свет очень вялая. Дыхание спонтанное через интубационную трубку. Аускультативно проводится по всем полям, жесткое, в нижних отделах с обеих сторон выслушиваются сухие рассеянные и разнокалиберные влажные хрипы. Из трахеи санируется большое количество слизисто-гнойной мокроты. АД 160/100 мм.рт.ст. 13.04 больному произведена операция верхняя трахеостомия. 14-18.04 состояние больного терминальное. Атоническая кома. АД 60/30 мм.рт.ст. ЧСС 120 в минуту. Несмотря на проводимую терапию, 18.04.09г. в 08-25 произошла остановка сердечной деятельности, констатирована смерть больного.

ПОСМЕРТНЫЙ ДИАГНОЗ. Закрытая черепно-мозговая травма. Ушиб головного мозга тяжелой степени тяжести со сдавлением внутричерепной гематомой. Конкурирующий. ЦВБ. ОНМК по геморрагическому типу с внутримозговой гематомой правого полушария большого мозга с прорывом в желудочковую систему. Вентрикулрно-паренхиматозное кровоизлияние от 10.04.09г. Осложнения. Постдислокационные ишемические поражения ствола на мезэнцефальном уровне. Двусторонняя нижнедолевая пневмония.

Алкоголь – данных в медицинской карте не обнаружено.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Данные анализов | | | | |
| Параметры  Дата | 10.04 | 13.04 | 15.04 | 17.04 |
| Эритроциты | 3,81 | 3,89 | 3,66 | 3,31 |
| Цветной п. | 0,95 | 0,96 | 1,0 | 0,96 |
| Гемоглобин | 121 | 124 | 123 | 106 |
| Тромбоциты | 62 | 149 | 156 | 87 |
| Гематокрит | 33,2 | 35,3 | 34,6 | 31,6 |
| Лейкоциты | 4,3 | 12,4 | 10,4 | 15,9 |
| Палочкоядерные |  | 6 |  |  |
| Сегментоядерные |  | 67 |  |  |
| Индекс ядерного сдвига |  |  |  |  |
| Лимфоциты |  | 15 |  |  |
| Моноциты |  | 12 |  |  |
| Дегенеративные изменения нейтрофилов |  | + |  |  |
| Анизоцитоз | + | + |  |  |
| Пойкилоцитоз |  | + |  |  |
| Полихромазия |  | + |  |  |
| РОЭ | 25 | 46 | 50 | 62 |
| Амилаза | 13,2 | 6,7 |  |  |
| Мочевина | 5,9 | 2,6 | 7,2 | 13,7 |
| Билирубин общ. | 24,7 | 4,6 | 17,9 | 10,7 |
| Прямой | 6,0 | 1,4 | 9,2 | 4,9 |
| Непрямой | 18,6 | 3,2 | 8,7 | 5,8 |
| Белок крови | 73,4 | 64,4 | 66,5 | 60,6 |
| Калий | 2,5 | 3,4 | 4,4 | 6,2 |
| Натрий | 138 | 141 | 167 | 177 |
| Уд. вес мочи |  | 1000 | 1000 | м/м |
| Белок мочи |  |  | 70 | 700 |
| Лейкоциты мочи |  | Не обн | 0-1 | 3-4 |
| Эритроциты мочи |  |  | 0-1 | 5-6 |

НАРУЖНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ. Труп мужчины, доставлен без одежды, среднего телосложения, правильного удовлетворительного питания, длиной тела 185 см. Кожа бледно-серая, холодная на ощупь во всех отделах, в отлогих местах тела сливные, фиолетовые, не исчезающие и не меняющие цвет при надавливании трупные пятна. Трупное окоченение достаточно выражено во всех обычно исследуемых группах мышц. Склеры глаз мутные, тусклые, суховаты, кровоизлияний в соединительные оболочки глаз не отмечается, зрачки равновелики по 0,4 см диаметром. Голова правильной формы, кости черепа и лицевого скелета на ощупь целы. Грудная клетка цилиндрическая, эластичная, упругая, ребра на ощупь целы. Живот на одном уровне с грудной клеткой. Естественные отверстия тела и полости рта и носоглотки свободны, чистые. Слизистая оболочка губ синюшная, подсохшая. Анальное отверстие сомкнуто, кожа вокруг него слегка обпачкана каловыми массами. Половые органы развиты правильно. Кости конечностей целы.

ПОВРЕЖДЕНИЯ. Каких-либо повреждений при исследовании не обнаружено. При проведении воздушной пробы – воздух из плевральных полостей и полостей сердца не получен. При проведении судебно-медицинского исследования трупа использовались: кожные разрезы по методу Шора.

ВНУТРЕННЕЕ ИССЛЕДОВАНИЕ

Извлечение органокомплекса произведено по методу Шора с распилом ребер спереди. Череп вскрывался угловым распилом. Доступ к спинному мозгу осуществлялся сзади по методу Медведева.

Масса органов.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Масса | № 68 | норма |
| Мозг | 1600 | До 1400 |
| Легкое правое | 710 | 450 |
| левое | 700 | 375 |
| Сердце | 320 | 200-400 |
| Печень | 1610 | 1200-2000 |
| Селезенка | 90 | 80-180 |
| Почки обе. Правая/Левая | 145/150 | 275-310 |

ПОЛОСТЬ ЧЕРЕПА. Слева в височной и теменной областях вертикальный ушитый операционный разрез длиной 6 см. Описанный выше разрез располагается по краю подковообразного кровоизлияния в апоневроз шириной 3 см, выпуклостью вправо и кзади, а в коже слева в нижней части теменно-височной области кровоизлияние диаметром 5 см с четкими контурами, темно-красного цвета. Слева, в теменной и височной костях - трепанационный дефект 4х4см, твердая мозговая оболочка с крестообразным швом в зоне дефекта, шов состоятелен. Эпидурально в этой зоне дисковидная гематома из тусклых темно-красных свертков крови, эластичная, объемом 120 мл. При отмывании крови, слева линейный перелом по ходу лямбдовидного шва, условно начинаясь от вершины шва, распространяющийся на основание черепа в задней черепной ямке до середины заднего края пирамиды левой височной кости. При ревизии перелома сколы компакта слева на протяжении 2 см в нижней части лямбдовидного шва на границе с височной костью. Перелом заканчивается по наружному краю яремного отверстия. Субдурально справа пластинчатые темно-вишневые свертки крови. Геморрагический некроз правых лобной и височной долей и аналогичный некроз полюсной и внутренней поверхности левой лобной доли с сохраненными множественными темно-красными плотными микрогематомами в мягких мозговых оболочках в зонах некроза. Поверхность мозга «лакирована», на миндаликах мозжечка кольцевидная с диффузными субарахноидальными кровоизлияниями полоса вдавления от краев большого затылочного отверстия шириной 1,0 см, внутри кольца мозжечок и продолговатый мозг расползаются под пальцами. Головной мозг дряблый, на разрезах с четкой границей серого и белого вещества и мраморным рисунком подкорковых ядер. Поверхности разрезов тускловаты, липнут к лезвию ножа. Желудочки мозга симметричны, обычного объема, эпендима их бледно-серая, блестящая, влажная, в полостях желудочков следы прозрачной соломенного цвета жидкости. Сосудистые сплетения обычного вида, полнокровны.

Отмечается пропитывание кровью мягких тканей обоих яремных отверстий. Полосчатые, вертикально ориентированные темно-красные кровоизлияния в заднюю атланто-затылочную мембрану. При ревизии позвоночного столба повреждений не обнаружено. Эпи- и субдуральные пространства свободны, твердая мозговая оболочка напряжена, бледно-серая, блестящая, мягкие мозговые оболочки тонкие, прозрачные, спинной мозг дряблый, на разрезах обычного рисунка.

ОРГАНЫ ШЕИ, ГРУДНОЙ И БРЮШНОЙ ПОЛОСТЕЙ: язык синюшный, влажный, обложен серовато-желтым, не снимающимся налетом. Слизистые оболочки носоглотки синюшные, влажные, блестящие. В мягких тканях шеи повреждений и кровоизлияний не обнаружено. В плевральных полостях следы мутной сероватой жидкости, легкие выполняют 3/4 полостей с тусклой, шероховатой, покрытой нежным налетом фибрина влажной плеврой. Органы брюшной полости расположены анатомически правильно, в полости следы прозрачной жидкости соломенного цвета. Листки брюшины гладкие, влажные, блестящие. Просвет пищевода свободен, слизистая его бледно-серая, продольно складчатая. Вход и просвет гортани свободен, слизистая оболочка ее серо-розовая с наложениями фибрина. Подъязычная кость и хрящи гортани целы, в мягких тканях ее повреждений не обнаружено. Просвет трахеи и главных бронхов с небольшим количеством желто-зеленого гноя, слизистые оболочки серо-красные с наложениями фибрина, хрящи трахеи целы. Щитовидная железа обычных размеров, с равновеликими долями, плотно-эластичная, темно-коричневая, на разрезе полнокровна, дольчатого строения. Аорта эластична, со следами жидкой крови в просвете и рассеянными липидными пятнами в интиме. Легкие синюшные в передних и темно-синюшные в задних отделах, неравномерно уплотнены, на разрезах пестрые, темно-красные выбухающие очаги чередуются с бледно-красными. Слизистые оболочки воздухо-проводящих путей светло-розовые, набухшие в просвете их немного густого желто-зеленого гноя. Бифуркационные лимфоузлы располагаются в виде пакетов, эластичные, темно-синюшные, на разрезах сочные, с обычным рисунком. В полости перикарда следы прозрачной жидкости, листки его гладкие, влажные, блестящие. Сердце эластичное, 11,5х10х9 см,. В полостях сердца смешанные свертки. Миокард розовато-синюшный, эластичный, неравномерного кровенаполнения. Толщина стенки правого желудочка 0,3 см, левого 1,3 см. Клапанный и пристеночный эндокард тонкий, прозрачный, клапаны сформированы правильно. Коронарные артерии тонкими стенками, пустым просветом. Желудок пустой, содержимое кишечника отделам соответствует, слизистые оболочки желудочно-кишечного тракта бледно-серые. Мезентериальные лимфоузлы располагаются раздельно, диаметр их не более 1 см, эластичны. Печень 25х18х16х13 см, плотно-эластичная, мелкобугристая, желтая с поверхности и на разрезах, полнокровная, со смазанным рисунком долек. Просвет внепеченочных желчевыводящих путей свободно проходим. Поджелудочная железа обычных размеров, плотно-эластичная, бледно-серая, на разрезах – дольчатого строения. Селезенка 8х4х3 см, эластичная, синюшная с гипоплазией белой пульпы, на разрезах без соскоба. Надпочечники листовидной формы, обычных размеров, на разрезах граница слоев четкая. Почки равновелики, 11х6х5 см, дрябло-эластичные. Капсула сползает при надрезе, обнажая ровную поверхность. По краю разреза паренхима наползает на капсулу. На разрезах корковый слой - синюшный, с темно-красным крапом и подчеркнутым рисунком, мозговой слой также с подчеркнутым рисунком, граница слоев отчетливо . Слизистые оболочки лоханок и чашечек бледно-синюшные, гладкие, блестящие, просвет их свободен. Мочеточники проходимы на всем протяжении, с бледно-серой слизистой. Мочевой пузырь пуст, слизистая оболочка его складчатая, бледно-серая, уретра свободно проходима.

Из трупа для судебно-гистологического исследования взяты кусочки внутренних органов на патоморфологические изменения.

Для судебно-биологического исследования кровь на определение антигенной характеристики.

А К Т Судебно-гистологического исследования

Судебно-медицинским экспертом от трупа Ф., 1972 г.р.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Субарахноидальные и внутримозговые кровоизлияния с мелкими фрагментами кости в зоне кровоизлияний, в кровоизлияниях гемолиз эритроцитов, по их периферии мелкие скопления лейкоцитов. В сохраненных отделах мозга выраженный периваскулярный перицеллюлярный отек, стаз крови в сосудах. В мозжечке сосудистые кровоизлияния и некрозы.

Твердая мозговая оболочка с наличием подоболочечной гематомы, с наличием кровоизлияний в примыкающей части оболочки, с частичным гемолизом эритроцитов в гематоме без перифокальной реакции.

Печень – жировой гепатоз 3 степени, формирующийся микронодуллярный цирроз печени.

Почки – стаз крови в венах и капиллярах клубочков, воспалительных изменений не выявлено.

Легкие – стаз крови в сосудах с агрегацией эритроцитов вплоть до сладж-феномена, множественные кровоизлияния в межальвеолярные перегородки с их выраженным межуточным отеком, неравномерно выраженный внутриальвеолярный отек. Очаговый десквамативный альвеолит, в ряде полей зрения серозно-гнойный. Гнойный эндобронхит.

Миокард – очаговый кардиосклероз, преимущественно перивазальный, очаговая неравномерная гипертрофия кардиоцитов, стаз крови в сосудах.

Вопросы:

1.Телесные повреждения?

2.Степень тяжести вреда здоровью?

3.Причина смерти?

4.механизм травмы?

5.Состояние алкогольного опьянения?

Эталоны:

1.При судебно-медицинском исследовании трупа обнаружены следующие телесные повреждения: закрытая черепно-мозговая травма - кровоизлияние в коже слева в нижней части теменно-височной области, линейный перелом слева затылочной кости до наружного края яремного отверстия, дисковидная эпидуральная гематома в зоне перелома объемом 120 мл, геморрагический некроз правых лобной и височной долей и полюсной и внутренней поверхности левой лобной доли с микрогематомами в мягких мозговых оболочках в зонах некроза; кровоизлияния в мягких тканях обоих яремных отверстий и в заднюю атланто-затылочную мембрану.

2.Обнаруженная при настоящей экспертизе, ЧЕРЕПНО-МОЗГОВАЯ ТРАВМА причинила вред, опасный для жизни человека и согласно пункту 4.а Правил определения степени тяжести вреда, причиненного здоровью человека (Постановление Правительства РФ от 17 августа 2007 г. N 522) и пункта 6.1. приказа МЗиСР РФ 194н от 24.04.2008.г., квалифицируется, как обусловившая тяжкий вред здоровью. Черепно-мозговая травма имеет прямую причинную связь со смертью.

3.Смерть наступила в результате черепно-мозговой травмы с переломом затылочной кости, контузионными противоударными повреждениями головного мозга, эпидуральной гематомой в зоне перелома, осложнившейся дислокацией головного мозга с некрозом стволовых отделов. Заключение подтверждается клинико-морфологической картиной – на операции и на вскрытии обнаружены перелом костей черепа, внутричерепная гематома и ушибы головного мозга.

4.Локализация и совокупность телесных повреждений позволяют говорить, что травма имеет инерционный механизм, и возникла от однократного ударного воздействия на левую теменно-затылочную область твердого тупого предмета с массой больше массы головы с действием травмирующей силы сзади наперед и слева направо. Заключение подтверждается наличием перелома в затылочной кости с прогибанием кости (область сжатия по наружной костной пластинке) в нижней части лямбдовидного шва с расхождением шва и распространением перелома на латеральную часть затылочной кости до яремного отверстия; а так же противоударными кавитационными повреждениями лобной и височной долей справа и лобной слева.

5.Данных в истории болезни о наличия алкоголя в крови пострадавшего не обнаружено.

**6. Перечень практических умений по изучаемой теме.УК-1 ПК-1 ПК-2 ПК-3 ПК-5 ПК-7 ПК-8 ПК-9 ПК-10**

- установить причину смерти;

- провести судебно-медицинское исследование трупа при различных видах насильственной смерти;

- определить степень тяжести телесных повреждений;

- установить причинно-следственную связь между повреждением и неблагоприятным исходом;

**7. Рекомендации по выполнению НИР**

Примерная тематика по НИР по теме - не предусмотрена.

**8. Рекомендованная литература по теме занятия** (обязательная, дополнительная, электронные ресурсы, включая законодательные и нормативно-правовые документы)

**Занятие № 27**

**1. Индекс**  **ОД.О.01.1.4.29** **Тема: «Транспортная травма. Автомобильная травма, ее виды. Механизмы об­разования и особенности повреждений при основных видах автомобильной травмы».** **1 часть**

**2. Форма организации занятия:** подготовка к практическому занятию.

**3. Перечень вопросов для самоподготовки по теме практического занятия**

1.ВОПРОС УК-1 УК-2 ПК-5 ПК-10

Какая из транспортных травм встречается чаще и умеет большее значение?

ОТВЕТ: По числу жертв во всех цивилизованных странах на первом месте — автомобильные травмы, количество которых постоянно растет. В последние годы в РФ ежедневно в ДТП погибает более 100 человек, и более 600 получают увечья. Ежегодный ущерб при этом составляет 12 триллионов рублей.

2.ВОПРОС УК-1 УК-2 ПК-5 ПК-10

Какие существуют виды автомобильной травмы?

ОТВЕТ: Существуют следующие виды автотравмы в зависимости от механизма действия автомашины.

1. Столкновение или удар автомашины с человеком, что иногда называют наездом.

2. Переезд колесом или колесами.

3. Повреждения при выпадении из движущегося автомобиля.

4. Травма от сдавливания тела между автомашинами или автомобилем и какими-то предметами.

5. Повреждения, возникающие внутри автомашины у водителя и пассажиров.

6. Комбинированные виды травмы. Виды автомобильной травмы и механизм их образования по фазам показаны в таблице. Эти повреждения не возникают одномоментно, а протекают по фазам.

Каждый вид автотравм в соответствии с фазами приводит к образованию разных повреждений. Среди них интерес представляют характерные для этого вида, т. е. такие, по которым имеется основание определить механизм образования повреждений.

3. ВОПРОС УК-1 УК-2 ПК-5 ПК-10

Какие повреждения характерны для наезда и столкновения автомобиля с человеком?

ОТВЕТ: Травма от столкновения автомобиля с человеком, при котором основным является удар передними, боковыми и задними частями машины, приводит к образованию повреждений на теле человека и на этой части автомобиля (первая фаза столкновения). Чаще всего встречается удар передней поверхностью (бампер, передний край капота, крыло, фары), что приводит к образованию штамп-повреждений, повторяющих форму детали, наиболее плотно соприкасающейся при ударе. Например, при ударе фарой появляются округлый кровоподтек на бедре или ягодице, при ударе •выступающими деталями с ограниченной поверхностью (болт) — ссадина, точно отображающая размеры этой детали.

Характерным, часто образующимся повреждением при этом механизме являются бампер-повреждения,которые возникают от удара бампером обычно по бедру или голени в зависимости от высоты бампера. На поверхности кожи в месте контакта нередко появляется поперечный полосчатый кровоподтек или ссадина, под которой отмечается размозжение мышцы с кровоизлиянием, но главным является бампер-перелом трубчатой кости бедра или костей голени. Такой поперечный оскольчатый перелом возникает при большой скорости от механизма сдвига, при малой — от сгибания кости. При рассматривании такого перелома сбоку или его рентгенограммы, выполненной в профиль, после сопоставления отломков выделяется отломок клиновидной формы, основание которого показывает место соударения, а острый конец — направление удара. Бампер-перелом изучается после от-сепаровки костей на трупе, а иногда выпиливании отломков с последующим соединением. Отмечается высота повреждения от подошвы стоп (как и всех штамп-повреждений), что с учетом толщины подошвы обуви позволяет судить о высоте бампера. Таким образом, при бампер-повреждении можно установить механизм столкновения, высоту (от земли) расположения бампера травмировавшего автомобиля и направление его движения в момент удара. При сильном ударе образуются преимущественно прямые переломы костей таза, переломы позвоночника в шейном, реже — в верхнегрудном отделе от резкого разгибания тела. Удар грузовой машиной или автобусом может привести к образованию повреждений на голове, в том числе оскольча-тых прямых переломов черепа с кровоизлиянием вокруг перелома и на стороне противоудара. Удар в грудь ведет к односторонним, обычно прямым, переломам ребер, при непосредственном ударе возникают переломы и других костей.

Наконец, в этой фазе столкновения, особенно при ударе, развивается комплекс непрямых повреждений вследствие сотрясения тела.

Вторая фаза проявляется при действии легкового автомобиля, когда центр тяжести в момент удара приходится ниже центра тяжести тела. Это приводит к забрасыванию человека на капот либо на крыло машины, когда он ударяется головой о лобовое стекло или какие-то детали, получая соответствующие повреждения. Затем наступает третья фаза — отбрасывания тела. Для автомашин вагонного типа и грузовых, которые, ударяя выше центра тяжести, приводят сразу к отбрасыванию тела и падению — это вторая фаза (для легковых — третья). При этом, в зависимости от характера грунта, локализации повреждений и силы удара при падении образуются ссадины, кровоподтеки, ушибленные раны на выступающих частях лица и головы, переломы. В третьей (четвертой для легковых машин) фазе скольжения тела по твердому грунту — обширные, иногда полосчатые осаднения с параллельными царапинами вдоль движения, по которым можно установить направление передвижения тела. На одежде при ударе могут быть загрязнения, повторяющие форму ударной поверхности части автомашины, при скольжении — следы истирания от трения в виде истончения, разрывов ткани с поперечными по отношению к направлению движения складки.

Интерес представляют следы скольжения на подошве, по которым можно судить о положении потерпевшего, направлении удара, а также определить, стоял он в момент удара или шел, когда следы выражены только на одной подошве.

4. ВОПРОС УК-1 УК-2 ПК-5 ПК-10

Какие повреждения характерны для переезда пешехода автомашиной?

ОТВЕТ: Травма от переезда колесами автомобиля чаще встречается в комбинации с ударом или иным механизмом, также возникает по фазам, хотя н менее выраженным. Первая фаза — это удар и трение колесом, затем, при перекатывании через тело и сдавление его, наконец, про-таскивание тела по грунту.

Переезд сопровождается тяжелыми повреждениями, что приводит, в зависимости от тяжести транспорта, направления переезда к деформации головы с многооскольчатым открытым переломом костей. При переезде по передней поверхности туловища — к деформации грудной клетки с образованием множественных переломов ребер, а также переломов грудины. При перекатывании колеса по спине — к переломам лопатки, остистых отростков позвонков. Причем более тяжелые повреждения наблюдаются со стороны въезда колеса, а также разрывы, отрывы и перемещения внутренних органов; печень при сдавлении о позвоночник делится на две части с размозженными краями. Переезд и сдавление таза сопровождается переломом конечностей, разрывом сочленений, промежности, мочевого пузыря, прямой кишки. Переезд через конечности приводит к размозжению мышц, оскольчатым переломам трубчатых костей с образованием крупного отломка со стороны накатывания колеса.

К характерным для переезда относятся: множественные параллельные надрывы и разрывы кожи от растяжения, обширные отслоения кожи, которые образуются от давящего вращения колеса. Отслоения видны при дополнительных «лампасных» разрезах конечностей, когда оторванные размозженные мягкие ткани образуют полость, наполненную кровью.

Специфичными являются следы загрязнения на одежде и теле человека, а также повреждения на коже, оставляемые колесом в виде отпечатка его протектора. Они имеют большое судебно-медицинское значение, поэтому требуют осторожности при снятии одежды и перевозке трупа, т. к. рисунок этих загрязнений может не сохраниться. На коже рисунок просматривается в виде позитивных ссадин или загрязнений от сдавления выступающих частей колеса или негативных отпечатков — в виде кровоподтеков, ввиду того, что кровь перемещается в места, соответствующие углублениям протектора. Значение следов протектора в доказательстве переезда, установлении направления движения и локализации переезда, в предположении марки автомашины огромно. Это требует правильной фиксации особенностей следа путем масштабного фотографирования, описания, сохранения одежды, а затем назначения криминалистической автотехнической экспертизы, при которой при помощи фотосмещения или фотоналожения может быть решен вопрос о тождестве предполагаемой машины.

**4. Самоконтроль по тестовым заданиям данной темы**

1. ФАЗА ТРАВМИРОВАНИЯ ПРИ ПОЛНОМ ПЕРЕЕЗДЕ ТЕЛА КОЛЕСАМИ АВТОМОБИЛЯ

ПК-5

1) падение тела на автомобиль

2) накатывание и перекатывание колеса через тело

3) остановка продвижения тела по дороге

4) выпадение тела из кузова на дорогу

5) скольжение по кузову автомобиля

Правильный ответ: 2

1. ПОВРЕЖДЕНИЯ ДВИЖУЩИМИСЯ ЧАСТЯМИ ВС НА ЗЕМЛЕ МОЖЕТ ПРИЧИНИТЬ

ПК-5

1) не работающая турбина

2) лопасти работающего винта

3) задняя кромка крыла

4) хвостовое оперение

5) колеса

Правильный ответ: 2

1. ПОВРЕЖДЕНИЯ, ВОЗНИКАЮЩИЕ ОТ ВСТРЕЧНОГО ПОТОКА ВОЗДУХА, ПРИ РАЗГЕРМЕТИЗАЦИИ КАБИНЫ ВС В ПОЛЕТЕ

ПК-5

1) спинномозговые грыжи

2) острая эмфизема, кровоизлияния и разрывы легких

3) беременность у женщины

4) инфаркт миокарда

5) вывихи нижней челюсти

Правильный ответ: 2

1. ОСНОВНЫМ ВИДОМ ЖЕЛЕЗНОДОРОЖНОЙ ТРАВМЫ НЕ ЯВЛЯЕТСЯ

ПК-5

1) соскальзывание с деталей автосцепного механизма

2) травмирование при контакте с токонесущим проводником

3) волочение колесами рельсового транспорта

4) от столкновения движущегося поезда с человеком

5) выпадение из движущегося поезда

Правильный ответ: 2

1. ОСНОВНЫМ МОРФОЛОГИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ ОТ ПЕРЕЕЗДА КОЛЕСАМИ РЕЛЬСОВОГО ТРАНСПОРТА ЯВЛЯЕТСЯ

ПК-5

1) черепно-мозговая травма

2) перелом ребер

3) тупая травма живота

4) полоса давления, полоса осаднения

5) разрыв селезенки

Правильный ответ: 4

1. ВНЕШНЯЯ ПРИЧИНА ВОЗНИКНОВЕНИЯ СПОРТИВНЫХ ТРАВМ

ПК-5

1) отсутствие тренера

2) благоприятные метеорологические условия

3) большое количество зрителей

4) подготовленность участников спортивных мероприятий

5) низкое качество спортивного инвентаря

Правильный ответ: 5

1. ТЯЖЕСТЬ И ЛОКАЛИЗАЦИЯ ПОВРЕЖДЕНИЙ ПРИ ПАДЕНИИ С ВЫСОТЫ ЗАВИСИТ ОТ

1) наличия сопутствующих заболеваний

2) получения телом предшествующего дополнительного ускорения

3) психического состояния потерпевшего

4) возраста потерпевшего

5) пола потерпевшего

Правильный ответ: 2

1. ПРИ СМЕРТЕЛЬНОЙ ТРАВМЕ ОТ ВОЗДЕЙСТВИЯ ТУПОГО ТВЕРДОГО ПРЕДМЕТА НАИБОЛЕЕ ЧАСТАЯ ПРИЧИНА СМЕРТИ

ПК-5

1) тампонада сердца вследствие инфаркта миокарда

2) черепно-мозговая травма

3) асцит

4) кровотечение, геморрагический шок

5) варикозное расширение вен пищевода

Правильный ответ: 2

1. КРОВОПОДТЕК СЛЕДУЕТ ДИФФЕРЕНЦИЦИРОВАТЬ ОТ

ПК-5

1) пергаментного пятна

2) невуса

3) гемангиомы

4) трупного пятна

5) симуляции кровоподтека

Правильный ответ: 4

1. ПО ССАДИНЕ МОЖНО УСТАНОВИТЬ

ПК-5

1) место воздействия

2) условия возникновения травмы

3) срок беременности

4) форму контактной поверхности травми-

рующего предмета

5) наличие венерических заболеваний

Правильный ответ: 1

**5. Самоконтроль по ситуационным задачам**

Задача №1. **УК-1  УК-2  ПК-5  ПК-10**

ОБСТОЯТЕЛЬСТВА ДЕЛА. В постановлении о назначении судебно-медицинской экспертизы трупа указано: «19.12.2001 г. около 18 часов 15 минут Водитель Ю., управляя а/м ГАЗ-53, двигался по ул. К . В районе дома № 00 он совершил наезд на пешехода гр. И , 1919 г.р. В результате ДТП пешеход И. получила телесные повреждения, от которых 4.01.2002 г. скончалась в ГБСМП».

Представлена история болезни, заполненная на гр. И., 1919 г.р., которая 19.12.01 г. в 17.55 доставлена бригадой скорой помощи во второе нейрохирургическое отделение ГБСМП с нарушением сознания и осмотрена нейрохирургом , хирургом и травматологом. Со слов врача скорой помощи, 19.12.01 г. около 17.00 была сбита грузовым автомобилем на перекрестке ул. Киренского - Ковалевской. Из анамнеза: 3 инсульта с периода 1997 года. При поступлении общее состояние больной крайне тяжелое. Нормостенического телосложения. Кожные покровы обычной окраски, сухие, теплые. Дыхание жесткое, поводится по всем полям, хрипов нет. АД 150/90 мм.рт.ст. Пульс 92/мин. Сердечные тоны приглушены, ритмичные. Живот участвует в акте дыхания, при пальпации мягкий, не вздут, податливый. Симптомов раздражения брюшины нет. Печень по краю реберной дуги. Селезенка не пальпируется. Симптом 12 ребра отрицательный с обеих сторон. Сознание нарушено по типу оглушение 2-3. Простейшие инструкции выполняет, речь невнятная. Зрачки равны, средние, фотореакция сохранена. Лицо симметрично. Мышечный тонус справа снижен. Рефлексы с рук больше справа. Ригидности мышц затылка нет. Умеренный отек тазобедренного сустава справа, при движении болезненность. Симптом «прилипшей пятки» справа. На рентгенограммах черепа, таза, верхней трети правого бедра № 20717: краевой перелом лонной кости справа на уровне лонного сочленения, перелом тела седалищной кости справа; линейный перелом височной кости справа с переходом на основание черепа; травматических повреждений верхней трети правого бедра не выявлено. Диагноз: Сочетанная травма. Закрытая черепно-мозговая травма. Ушиб головного мозга. Перелом костей таза справа. Перелом височной кости справа. Операция – лапароцентез – патологического отделяемого не получено. Послеоперационный диагноз: Закрытая травма живота? Оператор Кантемиров. Осмотрена окулистом – артифалия, ангиоспазм сетчатки обоих глаз. На ЭХО-ЭС от 20.12.01 г. – смещения М-ЭХО не выявлено. Произведена пункция и катетеризация правой подключичной вены. На Ф-бронхоскопии от 4.01.02 г. - аспирационный синдром. Диффузный двусторонний атрофический эндобронхит. Проводилась дегидратационная, антибактериальная, инфузионная, сосудистая терапия. Состояние больной несколько улучшилось. Однако, отмечается субкомпенсация полиорганной недостаточности, рост показателей мочевины, биллирубина, сохраняющаяся мерцательная аритмия, тахисистолическая форма. Несмотря на проводимую интенсивную терапию, 4.01.02 г. в 19.30 у больной наступила остановка дыхания и сердечной деятельности, констатирована смерть.

ПОСМЕРТНЫЙ ДИАГНОЗ. Сочетанная травма тяжелой степени. Закрытая черепно-мозговая травма. Ушиб головного мозга тяжелой степени. Линейный перелом правой височной кости. Перелом правой седалищной кости. Краевой перелом правой лонной кости. Ушибы мягких тканей головы, конечностей, туловища. Осложнения: двусторонняя гипостатическая пневмония; хроническая почечная недостаточность, уремия; геморрагический цистит. Сопутствующий диагноз: ИБС, стенокардия 2 т., пароксизм мерцательной аритмии от 19.12.01 г.; сердечная недостаточность 2 А; гипертоническая болезнь 2 ст. Операция от 19.12.01 г. - лапароцентез.

Алкоголь – анализов нет.

НАРУЖНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ. Труп женщины, доставлен без одежды, среднего телосложения, удовлетворительного питания, длиной тела 162 см. Кожа бледно-серая, холодная на ощупь во всех отделах, в отлогих местах тела сливные, фиолетовые, не исчезающие и не меняющие цвет при надавливании трупные пятна. Трупное окоченение достаточно выражено во всех обычно исследуемых группах мышц. Склеры глаз мутные, тусклые, суховаты, кровоизлияний в соединительные оболочки глаз не отмечается, зрачки равновелики по 0,4 см диаметром. Голова правильной формы, кости черепа и лицевого скелета на ощупь целы. Грудная клетка цилиндрическая, эластичная, упругая, ребра на ощупь целы. Живот на одном уровне с грудной клеткой. Слизистая оболочка губ синюшная, подсохшая. Анальное отверстие сомкнуто, кожа вокруг него слегка обпачкана каловыми массами. Половые органы развиты правильно по женскому типу.

ПОВРЕЖДЕНИЯ. Справа по наружной поверхности верхней трети бедра с переходом на заднюю в 60 см от уровня стоп на участке 25х18 см, вертикально ориентированные, округлые, зеленовато-синюшные кровоподтеки, от 3 до 5 см диаметром. Других повреждений, кроме следов медицинских манипуляций, при наружном исследовании не обнаружено.

При послойных разрезах: ржаво-красное кровоизлияние по наружной поверхности с переходом на заднюю по всей поверхности правого бедра в мышцах, начинаясь в 43 см от уровня стоп до коленного сустава и, распространяется на подвздошную область передней брюшной стенки.

При ревизии костей таза: Справа поперечный перелом подвздошной кости в подвздошно-крестцовом сочленении. Полный поперечный перелом справа верхнего полукольца лонной кости. Сплошные кровоизлияния в мышцы малого таза справа и стенку мочевого пузыря, которая утолщена, с отеком и наложениями фибрина со стороны слизистой.

ВНУТРЕННЕЕ ИССЛЕДОВАНИЕ: Полость черепа. В кожно-мышечном лоскуте головы в центре в проекции пересечения стреловидного и венечного швов ржаво-красное кровоизлияние диаметром 7 см. Кости свода и основания черепа целы. Твердая мозговая оболочка серо-перламутрового цвета, цела, блестящая, гладкая, влажная, просвет ее синусов выполнен жидкой темной кровью с темно-вишневыми свертками. Субдурально: по всем отделам мозга ржаво-красные пластинчатые кровоизлияния. Субарахноидально: кровоизлияния - справа диаметром 4 см в проекции средней височной извилины, на базальной поверхности лобной доли диаметром 4 см, на базальной поверхности правой височной доли диаметром 6 см. В правой височной доле некроз вещества мозга на участке диаметром 8 см, с образованием внутримозговой гематомы, распространяющийся на 3 желудочек через боковую стенку, граничащий с мягкой мозговой оболочкой. В зонах субарахноидальных кровоизлияний справа пятнистые кровоизлияния в вещество мозга на глубину коры. Сосуды Вилизиева круга с тонкими стенками, пустым просветом. Борозды мозга сглажены, извилины уплощены, на миндаликах мозжечка полоса вдавления от краев большого затылочного отверстия шириной 1 см. Головной мозг эластичный, на разрезах с четкой границей серого и белого вещества и мраморным рисунком подкорковых ядер. Поверхности разрезов тускловаты, липнут к лезвию ножа. Желудочки мозга симметричны, обычного объема, эпендима их бледно-серая, блестящая, влажная, в полостях желудочков следы прозрачной соломенного цвета жидкости. Сосудистые сплетения обычного вида, полнокровны.

При ревизии шеи – слабо выраженные мелкопятнистые кровоизлияния только в задней атланто-затылочной мембране. Спинной и продолговатый мозг – обычного вида.

ОРГАНЫ ГОЛОВЫ И ШЕИ. Язык синюшный, влажный, обложен серовато-желтым, не снимающимся налетом. Слизистые оболочки носоглотки синюшные, влажные, блестящие. Небные миндалины округлые, диаметром по 1,5 см, с бугристой поверхностью, без наложений, синюшные. В мягких тканях шеи повреждений и кровоизлияний не обнаружено. Вход и просвет гортани свободен, слизистая оболочка ее бледно-серая. Подъязычная кость и хрящи гортани целы, в мягких тканях ее повреждений не обнаружено. Просвет трахеи и главных бронхов свободен, хрящи трахеи целы. Щитовидная железа обычных размеров, с равновеликими долями, плотно-эластичная, темно-коричневая, на разрезе полнокровна, дольчатого строения. Просвет пищевода свободен, слизистая его бледно-серая – продольно-складчатая.

ГРУДНАЯ ПОЛОСТЬ. В плевральных полостях следы прозрачной жидкости. Легкие выполняют 2\3 полостей, с блестящей, гладкой и влажной плеврой. Под висцеральной плеврой, особенно, в прикорневых отделах легких и по базальным поверхностям, множественные точечные кровоизлияния. Легкие синюшные в передних и темно-синюшные в задних отделах. При ощупывании легкие тестоватой консистенции. На разрезах легкие темно-красные с обычным рисунком. С поверхности разреза из сосудов стекает темная жидкая кровь в повышенном количестве, с разреза легочной ткани – пенистая желто-красная, прозрачная жидкость в повышенном количестве. Просвет воздухо-проводящих путей свободен. Слизистые оболочки воздухо-проводящих путей светло-розовые, набухшие. Бифуркационные лимфоузлы располагаются в виде пакетов диаметром от 1 до 2 см, эластичные, не спаянные между собой и с окружающими тканями, темно-синюшные, на разрезах сочные, с обычным рисунком. В полости перикарда следы прозрачной жидкости, листки его гладкие, влажные, блестящие. Под эпикардом единичные точечные рассеянные темно-красные кровоизлияния. Сердце дрябло-эластичное, 11х9х8 см, с избыточным отложением жира под эпикардом. В полостях сердца немного жидкой темной крови с мелкими единичными темно-вишневыми свертками. Миокард розовато-синюшный, эластичный, неравномерного кровенаполнения. Толщина стенки правого желудочка 0,3 см, левого 1,2 см. Клапаны и пристеночный эндокард тонкий, полупрозрачный, клапаны сформированы правильно, под эндокардом левого желудочка сердца рассеянные мелкопятнистые кровоизлияния в небольшом количестве. Аорта эластична, со следами жидкой крови в просвете и рассеянными липидными пятнами в интиме. Коронарные артерии с тонкими стенками, пустым просветом.

БРЮШНАЯ ПОЛОСТЬ. Органы расположены анатомически правильно. В полости следы прозрачной жидкости соломенного цвета. Листки брюшины гладкие, влажные, блестящие. В просвете желудка и кишечника содержимое соответствует отделам, слизистые оболочки их бледно-серые. Мезентериальные лимфоузлы располагаются раздельно, диаметр их не более 1 см, эластичны. Печень 26х20х18х13 см, эластичная, желто-коричневая с поверхности и на разрезах, полнокровная, со смазанным рисунком долек. В желчном пузыре 15 мл жидкой темно-зеленой желчи, слизистая оболочка его темно-зеленая, бархатистая. Просвет внепеченочных желчевыводящих путей свободно проходим. Поджелудочная железа обычных размеров, плотно-эластичная, бледно-серая, на разрезах - дольчатого строения. Надпочечники листовидной формы, обычных размеров, на разрезах граница слоев отчетливо выражена. Почки равновелики, 11х6х5 см, дрябло-эластичные. Капсула сползает при надрезе, обнажая ровную поверхность. По краю разреза паренхима наползает на капсулу. На разрезах корковый слой - синюшный, с темно-красным крапом и подчеркнутым рисунком, мозговой слой также с подчеркнутым рисунком, граница слоев отчетливо выражена. Слизистые оболочки лоханок и чашечек бледно-синюшные, гладкие, блестящие, просвет последних свободен. Мочеточники проходимы на всем протяжении, с бледно-серой слизистой. Мочевой пузырь пуст, слизистая оболочка его складчатая, бледно-серая, уретра свободно проходима.

1. Из трупа для судебно-гистологического исследования взяты кусочки внутренних органов на патоморфологические изменения.

Вопросы:

1. Основной диагноз? Осложнения?
2. Степень тяжесть полученных телесных повреждений гр.И.?
3. Локализация телесных повреждений, направление удара?
4. Причина смерти, причинная связь телесных повреждений, полученных в ДТП, и смерти?

5. Состояние алкогольного опьянения?

Эталон ответа:

1. Сочетанная травма тела: а) закрытая черепно-мозговая травма – рассеянные субдуральные кровоизлияния, субарахноидальные и внутримозговые кровоизлияния в правых лобной и височной долях головного мозга; б) закрытая спинальная травма – мелкопятнистые кровоизлияния в задней атланто-затылочной мембране; в) Прелом подвздошной кости справа в подвздошно-крестцовом сочленении, перелом верхнего полукольца лонной кости справа, кровоизлияния в мягкие ткани малого таза и в стенку мочевого пузыря; г) кровоподтеки и кровоизлияния в мягкие ткани правой нижней конечности. Осложнения: отек и набухание головного мозга с дислокацией; отек легких, полнокровие внутренних органов.

1. При судебно-медицинской экспертизе трупа обнаружены телесные повреждения в виде: а) закрытая черепно-мозговая травма – рассеянные субдуральные кровоизлияния, субарахноидальные и внутримозговые кровоизлияния в правых лобной и височной долях головного мозга; б) закрытая спинальная травма – мелкопятнистые кровоизлияния в задней атланто-затылочной мембране; в) Перелом подвздошной кости справа в подвздошно-крестцовом сочленении, перелом верхнего полукольца лонной кости справа, кровоизлияния в мягкие ткани малого таза и в стенку мочевого пузыря; г) кровоподтеки и кровоизлияния в мягкие ткани правой нижней конечности. Повреждения квалифицируются в совокупности, являются опасными для жизни в момент причинения, обусловили тяжкий вред здоровью и имеют прямую причинную связь со смертью.
2. Смерть наступила в результате сочетанной травмы тела, сопровождавшейся закрытой черепно-мозговой травмой с ушибом головного мозга, осложнившейся отеком и набуханием головного мозга с дислокацией. Вывод подтверждается картиной, найденной на вскрытии, и данными медицинской документации.
3. Локализация и механизм образования телесных повреждений позволяет предположить, что они могли быть получены в результате ДТП, при условии, что пострадавшая являлась пешеходом с первичным ударом выступающими частями транспортного средства справа налево по наружной поверхности правого бедра.
4. Данных за алкогольное опьянение пострадавшей при поступлении в стационар в истории болезни не обнаружено.

Задача №2. **УК-1  УК-2  ПК-5  ПК-10**

ОБСТОЯТЕЛЬСТВА ДЕЛА. В постановлении о назначении судебно-медицинской экспертизы указано, что «22.03.2009 г. около 20 ч. 42 мин. водитель О., управляя автомобилем марки «Тойота Премио», двигался по ул.78 Добровольческой Бригады со стороны ул. Весны в сторону ул. Алексеева. Проезжая в районе перекрестка ул. Мира - ул. Ленина в Советском районе г.К…….., гр. О. допустил наезд на пешехода Д. В результате дорожно-транспортного происшествия пешеход Д. получил телесные повреждения, с которыми был доставлен ГБ № 6 г.К….., где скончался 23.03.2009 года. 25.03.2009 года проведено судебно-медицинское исследование трупа Д. Принимая во внимание, исследование трупа проведено до возбуждения уголовного дела, она не может являться доказательством. В связи с чем, необходимо проведение судебно-медицинской экспертизы в рамках уголовного дела для производства которой, необходимы специальные познания в области медицины».

ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКАЯ ЧАСТЬ.

Представлен акт судебно-медицинского исследования. Представлена медицинская карта стационарного больного из ГКБ № 6 на имя Д., 1951 г.р., который 22.03.04г. в 21-40 бригадой "скорой помощи" был доставлен в ХО-2 с жалобами на головные боли, боли в грудной клетке, боли в области правого плечевого сустава. Со слов врача скорой помощи около 20-00 ч. сбит неизвестным автомобилем на перекрестке Мира – Ленина. При поступлении состояние больного ближе к тяжелому. Кожные покровы и видимые слизистые бледно-розовые, чистые. Пальпация правого плечевого сустава болезненна. В легких дыхание проводится слева, справа резко ослаблено, в нижних отделах притупления перкуторного звука. Сердечные тоны ритмичны, приглушены, ЧСС 90\мин. АД 120\70 мм.рт.ст. ЧДД 19\мин. Живот симметричен, не вздут, участвует в акте дыхания, при пальпации мягкий, безболезненный во всех отделах. Симптомов раздражения брюшины нет. Притупления перкуторного звука в отлогих местах живота не выявлено. Сознание нарушено по типу оглушение 2-3. Язык по средней линии. Зрачки средних размеров, равны, фотореакции живые, движения глазных яблок в полном объеме. Сухожильные рефлексы с рук равны, коленные равны, ахилловы равны. Парезов, параличей не выявлено. Ригидность мышц затылка до 2 см Симптом Кернига 160. Патологические стопные знаки не вызываются. Отогемоназоликвореи не выявлено. При рентгенологическом исследовании от 22.03.09: травматических повреждений костей свода черепа и костей таза не обнаружено; на рентгенограмме грудной клетки справа – вывих головки плечевой кости, разрыв …, справа снижение пневматизации за счет, не исключается за счет ушиба; справа множественные переломы со смещением. 22.03 осмотрен хирургом, с диагностической целью произведена операция лапароцентез - патологического отделяемого из брюшной полости не получено. Осмотрен травматологом, произведена операция: вправление правого плеча. 22.03 произведена операция - плевральная пункция справа (из плевральной полости удалено около 100 мл крови). У больного внезапное, резкое ухудшение состояния. Уровень нарушения сознания сопор. Зрачки равны, расширены. Дыхание глубокое, шумное. ЧДД 26-30\мин. АД 60\40 мм.рт.ст. Пульс 120\мин. У больного наблюдается нарастание подкожной гематомы в области установленного плеврального дренажа, по которому отошло около 150 мл крови. После рентгенконтроля грудной клетки по плевральному дренажу проффузно отошло около 2 л крови. 23.03.09г. экстренно произведена операция Торакотомия справа, ушивание разрывов правого легкого, гемостаз, дренирование плевральной полости справа. Произведена переднебоковая торакотомия справа в 5 межреберье. В плевральной полости до 300 мл крови со сгустками – удалены. При ревизии выявлено 4 разрыва правого легкого, кровоточат, ушиты. Контроль на герметизм. В плевральную полость выстоят отломки ребер с повреждением межреберных сосудов, кровоточат. Верхняя доля легкого несколько спаяна с париетальной плеврой. Спайки рассечены. Несмотря на лигирование сосудов, раневая поверхность передней грудной клетки умеренно диффузно кровоточит. Плевральная полость дренирована. Из операционной больной поступил в отделение реанимации. На контрольной рентгенограмме № 5575 от 23.03.09г. справа после вправления вывих устранен, суставные поверхности конгруэнтны; справа диффузное снижение пневмотизации всего гемоторакса, не исключается за счет растекания свободной жидкости; купол диафрагмы и синус не определяются. Заключение: гидроторакс справа, ушиб легкого, переломы ребер со смещением. На рентгенограмме грудной клетки № 5582 от 23.03.09г. гидроторакс справа, ушиб легкого, переломы ребер. 23.03.09 операция реторакотомия, ревизия, гемостаз. Сняты все швы. В плевральной полости до одного литра крови со сгустками, осушено. При ревизии явного источника кровотечения не выявлено. Отмечается диапедезное кровотечение из париетальной плевры, области поврежденных ребер. Последние повторно прошиты. Плевральная полость промыта, осушена. Несмотря на проводимую терапию состояние больного терминальное. Кома атоническая. Зрачки широкие, реакции нет. АД 60\30 – 20\10 мм.рт.ст. Пульс 130-100\мин. На фоне неуправляемой гипотонии произошла остановка сердечной деятельности в 14-07 23.03.09г., констатирована смерть больного. ПОСМЕРТНЫЙ ДИАГНОЗ. Сочетанная травма. Закрытая черепно-мозговая травма. Ушиб головного мозга. Множественные переломы ребер двойные со смещением справа. Разрыв правого легкого, сердца. Гемоторакс. Травматический шок 3-4 степени. Вывих правого плеча. Алкоголь – данных нет.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Данные анализов | | | | |
| Параметры  дата | 22.03 | 23.03 |  |  |
| эритроциты | 4,24 | 2,71 |  |  |
| Цветной п. | 0,93 | 0,88 |  |  |
| гемоглобин | 132 | 80 |  |  |
| тромбоциты | 146 | 96 |  |  |
| гематокрит | 37,1 | 23,0 |  |  |
| лейкоциты | 13,0 | 12,2 |  |  |
| базофилы | 1 |  |  |  |
| эозинофилы | 1 |  |  |  |
| палочкоядерные | 2 |  |  |  |
| сегментоядерные | 80 |  |  |  |
| лимфоциты | 14 |  |  |  |
| моноциты | 2 |  |  |  |
| РОЭ | 5 |  |  |  |
| Амилаза | 119 |  |  |  |
| мочевина | 9,0 | 8,1 |  |  |
| Билирубин общ. | 33,1 | 24,5 |  |  |
| Прямой | 5,0 | 5,0 |  |  |
| непрямой | 28,1 | 19,5 |  |  |
| Белок крови | 70,2 | 23,9 |  |  |
| Калий | 3,5 | 3,4 |  |  |
| Натрий | 145 | 137 |  |  |

НАРУЖНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ. Труп мужчины, доставлен без одежды, среднего телосложения, правильного удовлетворительного питания, длиной тела 170 см. Кожа бледно-серая, холодная на ощупь во всех отделах, в отлогих местах тела сливные, фиолетовые, не исчезающие и не меняющие цвет при надавливании трупные пятна. Выраженная пастозность клетчатки обеих стоп, правого предплечья, правой кисти. По средней линии живота вертикальный ушитый операционный разрез с вставленной пластмассовой трубкой. Трупное окоченение достаточно выражено во всех обычно исследуемых группах мышц. Склеры глаз мутные, тусклые, суховаты, кровоизлияний в соединительные оболочки глаз не отмечается, зрачки равновелики по 0,5 см диаметром. Голова правильной формы, кости черепа и лицевого скелета на ощупь целы. Грудная клетка цилиндрическая. Живот на одном уровне с грудной клеткой. Естественные отверстия тела и полости рта и носоглотки свободны, чистые. Слизистая оболочка губ синюшная, подсохшая. Анальное отверстие сомкнуто, кожа вокруг него слегка обпачкана каловыми массами. Половые органы развиты правильно. Кости конечностей целы. ПОВРЕЖДЕНИЯ. Справа по передней, с переходом на наружную поверхность голени, в 27 см от уровня стоп, на неправильно треугольном участке основанием вниз, с шириной оси 5 см, с длиной ребер по 8,5 см синюшные кровоподтеки в количестве 7 штук размерами от 0,7 до 3,5 см в диаметре. Правая верхняя конечность в гипсовой повязке от плеча до лучезапястного сустава. Багрово-синюшный кровоподтек по всей верхней поверхности правого плеча до основания шеи 19х9 см. По снятию гипсовой повязки на запястье браслет из белого металла. По тыльной поверхности правой кисти синюшное прокрашивание кожи. Аналогичное кровоизлияние по всей наружной поверхности правого предплечья. Аналогичные по характеристикам кровоподтеки: на правом плече диаметром 12 см, на левом – 9,5 см. Справа множественные кровоизлияния по внутренней поверхности в связках голеностопного сустава. В подкожной клетчатке и мышцах по наружной поверхности голени справа от стопы до коленного сустава полосовидное кровоизлияние шириной 8 см. Кровоизлияния с надрывами связок правого коленного сустава с выполнением полости сустава кровью. Слева: синюшное прокрашивание кожи в проекции задней лодыжки на участке 4х2 см, в 55 см от уровня стоп синюшный кровоподтек вертикально ориентированный 13х4,5 см по передневнутренней поверхности левого бедра. Аналогичный по характеристикам кровоподтек в 41 см от уровня стоп диаметром 3 см по внутренней поверхности левого коленного сустава. При послойных разрезах - слева полный поперечный перелом задней лодыжки. Слева, по внутренней поверхности, кровоизлияние в икроножную мышцу диаметром 10 см в 17 см от уровня стоп. Правая половина грудной клетки по ходу 5 межреберья с операционным разрезом длиной 21 см с 19 швами. В 4 межреберье операционный разрез с пластиковой трубкой. В 7 межреберье по средне-подмышечной линии ушитый разрез. По средне-подмышечной линии справа в 6-7 межреберье кровоподтек 5х5 см. При ревизии грудной клетки справа - инфильтрация кровью мягких тканей верхних отделов грудной клетки, шеи и плеча. Справа в проекции лопатки кровоизлияние в мышцы диаметром 5 см. При ревизии - полный поперечный перелом акромиального отростка лопатки. Полный косопоперечный перелом акромиального конца правой ключицы в 1,5 см от суставной поверхности. В обоих паховых сгибах областях ушитые ранки после катетеризации. Справа в области надбровной дуги от середины брови до наружного края синюшный кровоподтек 4х1,5 см.

Каких-либо иных повреждений при исследовании не обнаружено. При проведении судебно-медицинского исследования трупа использовались: кожные разрезы по методу Христофорова. ВНУТРЕННЕЕ ИССЛЕДОВАНИЕ Извлечение органокомплекса произведено по методу Шора с распилом ребер спереди. Череп вскрывался угловым распилом. Доступ к спинному мозгу осуществлялся сзади по методу Медведева. Масса органов.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Масса | № 46 | норма |
| Мозг | 1300 | До 1400 |
| Легкое правое | 750 | 450 |
| левое | 600 | 375 |
| Сердце | 300 | 200-400 |
| Печень | 1250 | 1200-2000 |
| Селезенка | 90 | 80-180 |
| Почки Правая/Левая | 150/150 | 275-310 |

ПОЛОСТЬ ЧЕРЕПА. В коже головы в правой теменной области в 2 см от стреловидного и на 3 см кпереди от вершины лямбдовидного шва кровоизлияние диаметром 4 см с инфильтрацией апоневроза кровью на участке 13х8 см. Кости свода и основания черепа целы. Твердая мозговая оболочка напряжена, серо-перламутрового цвета, блестящая, в синусах ее следы жидкой крови. Субдуральное пространство свободно. По снятию твердой мозговой оболочки справа по наружной поверхности теменной доли с переходом на затылочную долю с центром на середине постцентральной извилины отграничено-диффузные кровоизлияния на участке 11х7 см. Слева, на границе лобной, теменной и височной долей на участке диаметром 2 см пятнистые кровоизлияния в мягких мозговых оболочках без эрозий, окруженное полосой отграничено-диффузных кровоизлияний шириной 2 см. Мягкие мозговые оболочки в остальных отделах тонкие, прозрачные с малокровными сосудами. Борозды мозга несколько сглажены, извилины слегка уплощены. На миндаликах мозжечка кольцевидная полоса вдавления от краев большого затылочного отверстия, шириной 0,3 см, без губовидного выпячивания вещества мозга внутри кольца и без кровоизлияний. Головной мозг дрябло-эластичный, на разрезах с четкой границей серого и белого вещества и мраморным рисунком подкорковых ядер. Поверхности разрезов тускловаты, липнут к лезвию ножа. Желудочки мозга симметричны, обычного объема, эпендима их бледно-серая, блестящая, влажная, в полостях желудочков следы прозрачной соломенного цвета жидкости. Сосудистые сплетения обычного вида, малокровны. ОРГАНЫ ШЕИ, ГРУДНОЙ И БРЮШНОЙ ПОЛОСТЕЙ. Полные поперечные и косопоперечные переломы ребер справа: 1-2 по околопозвоночной линии, 3, 4 – околопозвоночной и задне-подмышечной, 5-6 околопозвоночной, 7-9 по задне-подмышечной линии, 1-8 по около-грудинной линии. Все переломы имеют сгибательный характер со сколами компактной пластинки по внутренним линиям переломов. Полные сгибательный перелом грудины между телом и рукояткой с отвесной плоскостью перелома и сколами компактной пластинки по внутренней линии. В зонах переломов инфильтрирующие кровоизлияния в мышцы. Слева ребра целы. При ревизии париетальной плевры в проекции переломов между 2-3, 4-5 ребрами множественные разрывы плевры. В правой плевральной полости 300 мл темно-вишневой крови со сгустками. При ревизии в прикорневой зоне множественные надрывы висцеральной плевры на границе париетальной и висцеральной плевры с инфильтрации этой зоны кровью. В нижней части дуги аорты по правой боковой стенке горизонтальный линейный разрыв длиной 2,5 см с расхождением краев до 0,5 см в центре и инфильтрацией кровью парааортальной клетчатки. Левая дужка подъязычной кости с полным поперечным разгибательным переломом со сколами компакта по наружной линии. Хрящи гортани целы. В средней трети трахеи на участке длиной 2 см в передних отделах патологическая подвижность хрящей с кровоизлиянием в межхрящевые соединения. В правой доле печени по наружной поверхности 4 вертикальных параллельных подкапсульных разрыва от 8 до 4 см длиной с промежутками в 2 см. Язык синюшный, влажный, обложен серовато-желтым, не снимающимся налетом. Слизистые оболочки носоглотки синюшные, влажные, блестящие. Легкие выполняют 2\3 полостей, с блестящей, гладкой и влажной плеврой. Органы брюшной полости расположены анатомически правильно, в полости следы прокрашенной кровью жидкости. Листки брюшины гладкие, влажные, блестящие. Просвет пищевода свободен, слизистая его бледно-серая, продольно складчатая. Вход и просвет гортани свободен, слизистая оболочка ее бледно-серая. Просвет трахеи и главных бронхов с примесью крови. Щитовидная железа обычных размеров, с равновеликими долями, плотно-эластичная, темно-коричневая, на разрезе малокровна, дольчатого строения с множественными инфильтрирующими кровоизлияниями. Аорта, вне разрыва, эластична, со следами жидкой крови в просвете и рассеянными липидными пятнами в интиме. Легкие синюшные в передних и темно-синюшные в задних отделах, тестоватой консистенции, на разрезах бледно-красные с обычным рисунком, малокровны. Слизистые оболочки воздухо-проводящих путей светло-серые, набухшие. Бифуркационные лимфоузлы диаметром от 1 до 2 см, эластичные, не спаянные между собой и с окружающими тканями, темно-синюшные, на разрезах сочные, с обычным рисунком. В полости перикарда следы прозрачной жидкости, листки его гладкие, влажные, блестящие. Сердце дрябло-эластичное, 11х10х9 см. В полостях сердца немного жидкой темной крови с мелкими единичными темно-вишневыми свертками. Миокард розовато-синюшный, эластичный, с сетчатым разрастанием соединительной ткани, неравномерного кровенаполнения. Толщина стенки правого желудочка 0,3 см, левого 1,5 см. Клапанный и пристеночный эндокард тонкий, прозрачный, клапаны сформированы правильно. Под эндокардом левого желудочка множественные полосчатые кровоизлияния. Коронарные артерии с тонкими стенками, пустым просветом. Желудок пустой, содержимое кишечника отделам соответствует, слизистые оболочки желудочно-кишечного тракта бледно-серые. Мезентериальные лимфоузлы располагаются раздельно, диаметр их не более 1 см, эластичны. Печень 24х18х16х13 см, плотно-эластичная, бледно-коричневая с поверхности и на разрезах, малокровная, со смазанным рисунком долек. Просвет внепеченочных желчевыводящих путей свободно проходим. Поджелудочная железа обычных размеров, плотно-эластичная, бледно-серая, на разрезах – дольчатого строения. Селезенка 6х4х3 см, эластичная, синюшная с морщинистой капсулой, гипоплазией белой пульпы, на разрезах без соскоба. Надпочечники листовидной формы, обычных размеров, на разрезах граница слоев четкая. Почки равновелики, 11х6х5 см, дрябло-эластичные. Капсула сползает при надрезе, обнажая ровную поверхность. По краю разреза паренхима наползает на капсулу. На разрезах корковый слой - синюшный, с темно-красным крапом и подчеркнутым рисунком, мозговой слой также с подчеркнутым рисунком, граница слоев отчетливо выражена с малокровием юкстамедуллярной зоны. Слизистые оболочки лоханок и чашечек бледно-синюшные, гладкие, блестящие, просвет их свободен. Мочеточники проходимы на всем протяжении, с бледно-серой слизистой. Мочевой пузырь пуст, слизистая оболочка его складчатая, бледно-серая, уретра свободно проходима. ПОЗВОНОЧНИК И СПИННОЙ МОЗГ: При ревизии позвоночного столба кровоизлияния в передней прямой связке и инфильтрация ее кровью в шейном отделе, а при пальпации определяется подвижность 4-6 шейных позвонков. При отсепаровке кожи сзади в правом верхнем отделе грудной клетки и инфильтрирующие кровоизлияния, распространяющиеся на мышцы шеи по задней поверхности до основания черепа. Полный поперечный перелом остистых отростков 5-6 шейных позвонков с кровоизлияниями в межостистые связки с 4 шейного по 1 грудной позвонки. При вскрытии позвоночного канала на уровне 3 шейного по 7 грудной позвонки сплошные кровоизлияния в эпидуральную клетчатку. Кровоизлияния в заднюю продольную связку с 3 шейного по 2 грудной позвонки. Компрессионный многооскольчатый перелом тела 6 шейного позвонка клиновидный основанием кпереди, задняя часть тела позвонка высотой не более 1 см. Кровоизлияния в связки 1-2 шейных позвонков отсутствуют. Субдуральные пространства свободны, твердая мозговая оболочка напряжена, бледно-серая, блестящая, мягкие мозговые оболочки тонкие, прозрачные, спинной мозг дряблый, на разрезах обычного рисунка. Из трупа для судебно-гистологического исследования взяты кусочки внутренних органов на патоморфологические изменения. Для судебно-химического исследования кровь и фрагмент почки на наличие алкоголя. Для судебно-биологического исследования кровь.

ДАННЫЕ ДОПОЛНИТЕЛЬНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ. 1) Представлен акт судебно-химического исследования от 30.03.09г. При судебно-химическом исследовании вещественных доказательств, изъятых при вскрытии трупа, не обнаружен этиловый спирт. А К Т Судебно-гистологического исследования, произведено исследование кусочков внутренних органов от трупа Д., 1951 г.р. ЗАКЛЮЧЕНИЕ Кусочек из грубоволокнистой соединительной ткани по краю которого организующаяся гематома со скоплениями лейкоцитов, разрастанием сосудов и фибробластов, с участками свежих кровоизлияний в толще гематомы и наличием жировой клетчатки. Печень – воспалений не выявлено, полнокровие синусоидов. Спинной мозг – массивное выпадение нейронов, сохраненные нейроны с хроматолизом, большое количество гиалиновых шаров. Выражен периваскулярный перицеллюлярный отек. Во втором кусочке эпидуральное скопление лизированных эритроцитов. В веществе мозга изменения аналогичны вышеописанному кусочку. Кусочек мягких тканей состоящих из деформированных нервных стволов, со скоплением клеток АПУД-системы, с наличием поперечно-полосатых мышечных волокон, с рассеянными мелкими очагами мононуклеарных инфильтратов. Головной мозг – периваскулярный перицеллюлярный отек. Субарахноидальные диффузные кровоизлияния, распространяющиеся на кору мозга с гемолизом эритроцитов и умеренной лейкоцитарной инфильтрацией по периферии. Легкие – стаз крови в сосудах, неравномерно выраженный межуточный и внутриальвеолярный отек с наличием внутриальвеолярных кровоизлияний. Воспалительных изменений не выявлено.

Вопросы:

1. Судебно-медицинский диагноз?
2. Осложнение?
3. Какова степень тяжести вреда причиненного здоровью?
4. В каком положении относительно травмирующей силы находился погибший в момент наезда?

5. Находился ли погибший в момент ДТП в состоянии алкогольного или наркотического опьянения?

Эталон:

1. Сочетанная травма тела: а) закрытая торако-абдоминальная травма – кровоподтек по средне-подмышечной линии справа в 6-7 межреберьях, инфильтрация кровью мягких тканей правых верхних отделов грудной клетки, шеи и плеча, кровоизлияние в мышцы в проекции правой лопатки, полный поперечный перелом акромиального отростка правой лопатки, полный косопоперечный перелом акромиального конца правой ключицы в 1,5 см от суставной поверхности, поперечные и косопоперечные переломы ребер справа: 1-2 по околопозвоночной линии, 3, 4 – околопозвоночной и задне-подмышечной, 5-6 околопозвоночной, 7-9 по задне-подмышечной линии, 1-8 по около-грудинной линии, поперечный перелом грудины между телом и рукояткой, инфильтрирующие кровоизлияния в мышцы в зонах переломов; множественные разрывы париетальной плевры в проекции переломов между 2-3, 4-5 ребрами, множественные надрывы висцеральной плевры на границе париетальной и висцеральной плевры с инфильтрации этой зоны кровью в прикорневой зоне правого легкого, разрыв нижней части дуги аорты по правой боковой стенке с инфильтрацией кровью парааортальной клетчатки, правосторонний гемоторакс 300 мл; подкапсульные разрывы по наружной поверхности правой доле печени; б) закрытая черепно-мозговая травма - кровоизлияние в коже головы в правой теменной области справа, субарахноидальные отграничено-диффузные кровоизлияния по наружной поверхности правой теменной доли с переходом на затылочную долю, пятнистые кровоизлияния на границе левых лобной, теменной и височной долей окруженные полосой отграничено-диффузных кровоизлияний; в) закрытая спинальная травма - кровоизлияния в передней прямой связке и инфильтрация ее кровью в шейном отделе, полный поперечный перелом остистых отростков 5-6 шейных позвонков с кровоизлияниями в межостистые связки с 4 шейного по 1 грудной позвонки, многооскольчатый клиновидный основанием кпереди перелом тела 6 шейного позвонка, кровоизлияния в заднюю продольную связку с 3 шейного по 2 грудной позвонки, сплошные кровоизлияния в эпидуральную клетчатку на уровне с 3 шейного по 7 грудной позвонки; г) перелом левой дужки подъязычной кости и хрящей средней трети трахеи с кровоизлиянием в межхрящевые соединения; д) кровоподтеки правой верхней и обеих нижних конечностей, кровоизлияния по внутренней поверхности в связках правого голеностопного сустава, кровоизлияния с надрывами связок правого коленного сустава с выполнением полости сустава кровью, слева полный поперечный перелом задней лодыжки.
2. Осложнения: травматически-геморрагический шок – малокровие с неравномерным кровенаполнением внутренних органов, пятна Минакова под эндокардом левого желудочка сердца, отек и набухание головного мозга.

3. Обнаруженная при настоящей экспертизе сочетанная травма тела причинила вред, опасный для жизни человека и согласно пункту 4.а Правил определения степени тяжести вреда, причиненного здоровью человека (Постановление Правительства РФ от 17 августа 2007 г. N 522) и пункта 6.1. приказа МЗиСР РФ 194н от 24.04.2008.г., квалифицируется, как обусловившая тяжкий вред здоровью. Сочетанная травма тела имеет прямую причинную связь со смертью.

1. Сочетанная травма тела могла возникнуть при условиях возникновения травмы, указанных в постановлении (наезд на пешехода Д. автомобиля марки «Тойота Премио», о чем свидетельствует: а) механизм образования, локализация и совокупность повреждений, образующих комплекс торакоабдоминальной травмы, возникшей от ударного сдавления грудной клетки с действием травмирующей силы справа налево и несколько сверху вниз с действием твердого тупого предмета с преобладающей контактирующей поверхностью. Указанный механизм подтверждается наличием кровоизлияний в мягких тканях грудной клетки и плеча справа, локальным переломом правой ключицы, локально конструкционным грудины, конструкционными переломами ребер, наличием разрыва грудного отдела аорты и разрывов правой доли печени; б) вероятнее всего одновременно произошло воздействие твердого тупого предмета (судя по представленным фотографиям поврежденного автомобиля вероятнее всего переднебоковой угол кузова) с ограниченной контактирующей поверхностью на шею спереди с переломами подъязычной кости, хрящей трахеи и разгибанием шеи с закрытой спинальной травмой; г) наличие кровоподтеков на передней и наружной поверхности правой голени, кровоизлияний по внутренней поверхности в связках правого голеностопного сустава, кровоизлияний с надрывами связок правого коленного сустава с выполнением полости сустава кровью, полного поперечного перелома задней лодыжки левой нижней конечности можно предположить, что первичное ударное воздействие выступающими частями автомобиля произошло на правую голень справа налево и несколько спереди назад, при фиксированной левой стопе (перелом лодыжки в результате резкого смешения стопы кзади относительно голени) и возможной частичной фиксации правой нижней конечность – кровоизлияние в связки правого голеностопа и коленного сустава, указанные повреждения не исключают, в том числе и движение пешехода.
2. При судебно-химическом исследовании в крови не обнаружен этиловый спирт.

Задача № 3. **УК-1  УК-2  ПК-5  ПК-10**

ОБСТОЯТЕЛЬСТВА ДЕЛА. В постановлении о назначении судебно-медицинской экспертизы указано, что «17.04.2009 года, около 23 часов 10 минут, водитель В., управляя автомобилем марки «Мицубиси-Аэртэк», двигался по Енисейскому тракту со стороны г. К……. и в районе д. Б…..э допустил наезд на двух пешеходов Н., Б., пересекавших проезжую часть дороги слева направо по ходу движения автомобиля. Пешеход Н. был доставлен ГБ № 6, где от полученных телесных повреждений скончался, пешеход Б. проходит лечение в ГБ ».

ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКАЯ ЧАСТЬ.

Представлена медицинская карта стационарного больного из ГКБ № 6 на имя Н., 1956 г.р., который 18.04.09г. в 00-05 бригадой "скорой помощи" был доставлен во 2 травматологическое отделение с жалобами на боли в правой голени, правой ключице, эпигастральной области. травма автодорожная от 17.04.09г. около 23-30, сбит автомобилем около д. Бадалык, извлечен из под автомобиля. При поступлении состояние больного крайне тяжелое, в сознании, заторможен, неадекватен, в пространстве и времени не ориентирован. Изо рта резкий запах алкоголя. кожные покровы бледные, влажные, прохладные на ощупь. Дыхание через нос свободное. В легких дыхание проводится по всем полям, жесткое, единичные сухие хрипы, ЧДД 20 в минуту. АД 50/30 мм.рт.ст. ЧСС 115 в минуту. Живот мягкий, при пальпации умеренно болезненный в эпигастрии. Симптомов раздражения брюшины нет. диурез, стул отсутствует. В средней трети правой голени отек, деформация, патологическая подвижность, крепитация костных отломков, резкая болезненность при пальпации. В области правой ключицы болезненность при пальпации, положительный симптом «клавиши». Осевая нагрузка на таз болезненна во всех плоскостях. Больной осмотрен реаниматологом, взят в реанимационный зал. При рентгенологическом исследовании № 7311 от 18.04.09 перелом средней трети правой большеберцовой кости со смещением костных фрагментов; травматических изменений костей свода черепа не видно; перелом левой, правой подвздошной костей, перелом левой правой седалищной костей, разрыв лонного сочленения; перелом 7 ребра слева, перелом 5-10 ребер справа, левый гемоторакс. На правую голень наложена гипсовая повязка. Больной осмотрен хирургом 18.04.09г., с диагностической целью произведена операция лапароцентез, отделяемого не получено. 18.04.09 произведена операция Торакоцентез, эвакуировано 300 мл воздуха, установлен дренаж. Больному произведена катетеризация центральной вены, произведена катетеризация мочевого пузыря (выведено около 200 мл геморрагического отделяемого). АД 50/30 мм.рт.ст., пульс 124 в минуту. Отмечается парадоксальное дыхание, отставание левой половины грудной клетки от правой в акте дыхания. Произведена интубация трахеи, ИВЛ. 18.04 осмотр нейрохирурга. Состояние больного крайне тяжелое, сознание нарушено по типу оглушение 2-3. Зрачки узковаты, равны. Фотореакция сохранена. Лицо симметрично. Язык по средней линии. Сухожильные рефлексы с рук равны. Ригидности мышц затылка нет. Осаднение кожных покровов левой ушной раковины. Диагноз: закрытая черепно-мозговая травма, ушиб головного мозга. 18.04 в 1-00 осмотр уролога. По уретральному катетеру моча интенсивно окрашена темной кровью. Живот не вздут, при пальпации мягкий. Почки не пальпируются. Забрюшинной гематомы не определяется. 18.04 осмотр уролога в 2-00 … контуров не видно, имеются переломы костей таза. Диагноз: разрыв мочевого пузыря. Показано оперативное лечение. АД 45/20 мм.рт.ст. Гемоглобин 143. … борьба с травматическим шоком. Несмотря на проводимую терапию, на фоне нарастания полиорганной недостаточности и неуправляемой гипотонии в 2-30 возникла внезапная остановка сердечной деятельности. Проводимые реанимационные мероприятия оказались неэффективными. В 3-00 18.04.09 констатирована смерть больного.

ПОСМЕРТНЫЙ ДИАГНОЗ. множественная сочетанная травма. Перелом лонных и седалищных костей, разрыв симфиза с повреждением мочевого пузыря. Закрытая травма грудной клетки, перелом 5 ребра слева с повреждением легкого, гемоторакс, перелом 7-8 ребер справа, перелом костей правой голени со смещением отломков. Закрытая черепно-мозговая травма, ушиб головного мозга, травматический шок 3 ст. Алкогольное опьянение.

Алкоголь – данных в истории болезни нет.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Данные анализов | | | | |
| Параметры  дата | 18.04 |  |  |  |
| Эритроциты | 4,42 |  |  |  |
| Цветной п. | 0,97 |  |  |  |
| Гемоглобин | 143 |  |  |  |
| Тромбоциты | 177 |  |  |  |
| гематокрит | 39,7 |  |  |  |
| лейкоциты | 13,3 |  |  |  |
| палочкоядерные | 3 |  |  |  |
| сегментоядерные | 69 |  |  |  |
| лимфоциты | 27 |  |  |  |
| моноциты | 1 |  |  |  |
| Амилаза | 15,4 |  |  |  |
| мочевина | 7,9 |  |  |  |
| Билирубин общ. | 9,9 |  |  |  |
| Прямой | 2,5 |  |  |  |
| непрямой | 7,4 |  |  |  |
| Белок крови | 56,6 |  |  |  |
| калий | 5,1 |  |  |  |
| натрий | 137 |  |  |  |

НАРУЖНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ. Труп мужчины, доставлен без одежды, среднего телосложения, правильного удовлетворительного питания, длиной тела 175 см. Кожа бледно-серая, холодная на ощупь во всех отделах, в отлогих местах тела сливные, фиолетовые, не исчезающие и не меняющие цвет при надавливании трупные пятна. Трупное окоченение достаточно выражено во всех обычно исследуемых группах мышц. Склеры глаз мутные, тусклые, суховаты, кровоизлияний в соединительные оболочки глаз не отмечается, зрачки равновелики по 0,4 см диаметром. Голова правильной формы, кости черепа и лицевого скелета на ощупь целы. Грудная клетка цилиндрическая. Живот на одном уровне с грудной клеткой. Естественные отверстия тела и полости рта и носоглотки свободны, чистые. Слизистая оболочка губ синюшная, подсохшая. Анальное отверстие сомкнуто. Половые органы развиты правильно. Кости конечностей целы.

ПОВРЕЖДЕНИЯ. По передней поверхности нижнего отдела брюшной стенки, распространяясь на паховые сгибы, справа до вертлужной впадины, слева до ягодичной области и на боковую стенку живота, горизонтальный багрово-синюшный кровоподтек 25х54 см. Багрово-синюшный кровоподтек мошонки. По передней поверхности брюшной стенки в меза- и эпигастрии на участке 16х15 см неопределенной формы - подсохшие желтоватые ссадины на фоне которых множественные параллельные горизонтальные царапины. Множественные различной формы ссадины от 0,5 до 3 см диаметром по тыльной поверхности правой кисти. По передней поверхности левого лучезапястного сустава ссадина 2х1 см. По наружной поверхности левого коленного сустава ссадина 3х2 см. Синюшный кровоподтек 18х8 см, вертикально ориентированний, по передней поверхности средней трети правой голени.

При послойных разрезах справа в 21 см от уровня стоп многооскольчатый перелом обоих костей голени. По большеберцовой кости с разрывом по передней поверхности, с длиной разрыва 2 см и многофрагментарным переломом с отломками и фрагментами треугольной формы по задней поверхности и боковым ребрам. При сопоставлении фрагментов по задней поверхности кости, все фрагменты с лезвиеобразными концами, с подрытыми краями, со сколами компакта по наружной линии и разрывом по внутренней. Полный косопоперечный перелом малоберцовой кости с плоскостью перелома спереди назад и сверху вниз, перелом в 22 см от уровня стоп с разрывом по передней линии. Множественные кровоизлияния в связки левого голеностопного сустава по передневнутренней поверхности.

Кровоизлияния в связки коленного сустава справа по наружной поверхности.

Слева кровоизлияния в подкожной клетчатке по внутренней поверхности голени на участке диаметром 6 см в 15 см от уровня стоп.

Пропитывание кровью мягких тканей мошонки.

Каких-либо иных повреждений. При проведении воздушной пробы – воздух из плевральных полостей и полостей сердца не получен. При проведении судебно-медицинского исследования трупа использовались: кожные разрезы по методу Христофорова.

ВНУТРЕННЕЕ ИССЛЕДОВАНИЕ

Извлечение органокомплекса произведено по методу Шора, с распилом ребер спереди. Череп вскрывался угловым распилом.

Масса органов.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Масса |  | норма |
| Мозг | 1200 | До 1400 |
| Легкое правое | 400 | 450 |
| левое | 400 | 375 |
| Сердце | 290 | 200-400 |
| Печень | 1200 | 1200-2000 |
| Селезенка | 85 | 80-180 |
| Почки обе. Правая/Левая | 145/145 | 275-310 |

ПОЛОСТЬ ЧЕРЕПА. Справа в теменной области на границе с венечным и стреловидным швами кровоизлияние в коже диаметром 7 см. Кожно-мышечный лоскут головы блестящий, полнокровный, без кровоизлияний и повреждений. Кости свода и основания черепа целы. Твердая мозговая оболочка напряжена, серо-перламутрового цвета, блестящая, в синусах ее следы жидкой крови. Субдуральное пространство свободно. Мягкие мозговые оболочки тонкие, прозрачные с малокровными сосудами. По наружной поверхности правой теменной доли на участке диаметром 5 см отграничено-диффузное кровоизлияние (в глубине борозд). Борозды мозга несколько сглажены, извилины слегка уплощены. Головной мозг эластичный, на разрезах с четкой границей серого и белого вещества и мраморным рисунком подкорковых ядер. Поверхности разрезов тускловаты, липнут к лезвию ножа. Желудочки мозга симметричны, обычного объема, эпендима их бледно-серая, блестящая, влажная, в полостях желудочков следы прозрачной соломенного цвета жидкости. Сосудистые сплетения обычного вида, малокровны.

ОРГАНЫ ШЕИ, ГРУДНОЙ И БРЮШНОЙ ПОЛОСТЕЙ: при ревизии полостей по органам малокровие. Инфильтрация кровью всей околопочечной клетчатки справа. От органов исходит запах, напоминающий алкоголь. Многофрагментарный, с поперечно ориентированной основной линией перелом симфиза с плоскостью поперечного перелома ориентированной спереди назад, поперечно к симфизу, со сколами компакта по наружной линии и сопоставимой задней, справа поперечные переломы лонной и седалищной костей по полукольцам со смещением, правого крестцово-подвздошного сочленения; слева – седалищной кости и лонной кости по полукольцам и крестцово-подвздошного сочленения. Пропитывание кровью клетчатки перед симфизом. Полный поперечный разрыв передней стенки мочевого пузыря длиной 2 см, с инфильтрацией кровью краев разрыва.

Множественные переломы ребер: слева – 3,4,5 по задне-подмышечной линии, 7-8 по средне-подмышечной линии; справа – 7-10 по лопаточной линии. Все переломы сгибательного характера со сколами компактной пластинки по внутренним линиям переломов и разрывом по наружным линиям переломов.

Правое легкое по задней и боковой поверхностям с множественными кровоизлияниями в средней и нижней долях. По передней поверхности правой доли печени 2 параллельных разрыва длиной 5 и 4 см с промежутком в 1 см, ориентированы вертикально.

Язык синюшный, влажный, обложен серовато-желтым, не снимающимся налетом. Слизистые оболочки носоглотки синюшные, влажные, блестящие. В мягких тканях шеи повреждений и кровоизлияний не обнаружено. В плевральных полостях следы прозрачной жидкости, легкие выполняют 2\3 полостей, с блестящей, гладкой и влажной плеврой. Органы брюшной полости расположены анатомически правильно, в полости следы прокрашенной кровью жидкости. Листки брюшины гладкие, влажные, блестящие, в брюшной полости 100 мл жидкой крови. Просвет пищевода свободен, слизистая его бледно-серая, продольно складчатая. Вход и просвет гортани свободен, слизистая оболочка ее бледно-серая. Подъязычная кость и хрящи гортани целы, в мягких тканях ее повреждений не обнаружено. Просвет трахеи и главных бронхов свободен, хрящи трахеи целы. Щитовидная железа обычных размеров, с равновеликими долями, плотно-эластичная, темно-коричневая, на разрезе малокровна, дольчатого строения.

Аорта эластична, со следами жидкой крови в просвете и рассеянными липидными пятнами в интиме. Под висцеральной плеврой, особенно, в прикорневых отделах легких и по базальным поверхностям, множественные точечные кровоизлияния. Легкие бледно-синюшные во всех отделах, тестоватой консистенции, на разрезах бледно-розовые с обычным рисунком, малокровны. Слизистые оболочки воздухо-проводящих путей светло-розовые, набухшие. Бифуркационные лимфоузлы эластичные, не спаянные между собой и с окружающими тканями, темно-синюшные, на разрезах сочные, с обычным рисунком. В полости перикарда следы прозрачной жидкости, листки его гладкие, влажные, блестящие. Под эпикардом единичные точечные рассеянные темно-красные кровоизлияния. Сердце дрябло-эластичное, 11х9х8 см. В полостях сердца немного жидкой темной крови. Миокард розовато-синюшный, эластичный, неравномерного кровенаполнения. Толщина стенки правого желудочка 0,3 см, левого 1,2 см. Под эндокардом левого желудочка полосовидные темно-красные кровоизлияния. Клапанный и пристеночный эндокард тонкий, полупрозрачный, клапаны сформированы правильно. Коронарные артерии с тонкими стенками, пустым просветом. Желудок пустой, содержимое кишечника отделам соответствует, слизистые оболочки желудочно-кишечного тракта бледно-серые. Мезентериальные лимфоузлы располагаются раздельно, диаметр их не более 1 см, эластичны. Печень 24х18х16х13 см, плотно-эластичная, бледно-коричневая с поверхности и на разрезах, малокровная, со смазанным рисунком долек. Просвет внепеченочных желчевыводящих путей свободно проходим. Поджелудочная железа обычных размеров, плотно-эластичная, бледно-серая, на разрезах – дольчатого строения. Селезенка 6х4х3 см, эластичная, синюшная с морщинистой капсулой, на разрезах бледно-синюшная, без соскоба. Надпочечники листовидной формы, обычных размеров, на разрезах граница слоев четкая. Почки равновелики, 10х6х5 см, дрябло-эластичные. Капсула сползает при надрезе, обнажая ровную поверхность. По краю разреза паренхима наползает на капсулу. На разрезах корковый слой – бледно синюшный, с темно-красным крапом и подчеркнутым рисунком, мозговой слой также с подчеркнутым рисунком, граница слоев отчетливо выражена. Слизистые оболочки лоханок и чашечек бледно-синюшные, гладкие, блестящие, просвет их свободен. Мочеточники проходимы на всем протяжении, с бледно-серой слизистой. Мочевой пузырь пуст, слизистая оболочка его складчатая, бледно-серая, кроме участка разрыва, уретра свободно проходима.

Из трупа для судебно-гистологического исследования взяты кусочки внутренних органов на патоморфологические изменения.

Для судебно-биологического исследования кровь на определение антигенной характеристики.

Для судебно-химического исследование стенка желудка, печень с желчным пузырем, почка, селезенка на определение наркотических средств, психотропных веществ.

Для судебно-химического исследования кровь и --- на определение этилового алкоголя.

ДАННЫЕ ДОПОЛНИТЕЛЬНЫХ МЕТОДОВ ИССЛЕДОВАНИЯ

Представлен акт судебно-химического исследования от 28.04.09г. При судебно-химическом исследовании вещественных доказательств, изъятых при вскрытии трупа, обнаружен этиловый спирт в концентрации: в крови 2,2 промилле, в мочевом пузыре 1,2 промилле.

Представлен акт судебно-химического исследования от 05.05.09г. Заключение: при судебно-химическом исследовании трупного материала, изъятого при вскрытии трупа, не обнаружены: морфин – в крови, желчи с желчным пузырем; производные барбитуровой кислоты, морфин, кодеин, димедрол, производные фенотиазина, 1,4-бензодиазепина – в стенке желудка, печени.

А К Т Судебно-гистологического исследования

Судебно-медицинским экспертом, произведено исследование кусочков внутренних органов от трупа Н., 1956 г.р.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Легкие – очаговые паренхиматозные кровоизлияния с некрозом межальвеолярных перегородок в их зоне, с выполнением кровью в их зоне просвета бронхов. Вне кровоизлияний агрегация эритроцитов в сосудах микроциркуляции с неравномерным кровенаполнением сосудов.

Миокард – межуточный отек, малокровие сосудов.

Почки – стаз крови в венах, малокровие клубочков, воспалительные изменения не выявлены. Мелкие очаги некронефроза.

Печень – малокровие синусоидов, гистоархитектоника печеночных балок не нарушена, воспалений не выявлено.

Селезенка – неравномерное кровенаполнение синусов и пульпы, волнистая капсула.

Головной мозг – смазанная гистоархитектоника коры из-за очагового выпадения нейронов наружного зернистого слоя, очаговые субарахноидальные свежие кровоизлияния, перицеллюлярный отек.

Вопросы:

1. Какие телесные повреждения обнаружены на теле Н., каков их характер, локализация, механизм образования,

2. Давность причинения?

3. Степень тяжести полученных телесных повреждений?

4.Имел ли место переезд тела Н.?

5.Находился ли Н. в момент дорожно-транспортного происшествия в состоянии опьянения (алкогольного либо иного)?.

Эталон:

1. При судебно-медицинской экспертизе трупа обнаружены телесные повреждения в виде: сочетанная травма тела - а) закрытая травма грудной клетки - множественные переломы ребер, слева – 3,4,5 по задне-подмышечной линии и 7-8 по средне-подмышечной линии; справа – 7-10 по лопаточной линии, множественные паренхиматозные и субплевральные кровоизлияния в средней и нижней долях правого легкого; б) закрытая травма живота – кровоподтеки и ссадины передней брюшной стенки, разрывы по передней поверхности правой доли печени; в) двусторонние переломы костей таза с нарушением целостности тазового кольца, разрыв мочевого пузыря, инфильтрация кровью всей околопочечной клетчатки справа, массивные кровоизлияния в мошонке; г) закрытая черепно-мозговая травма - кровоизлияние в коже справа в теменной области, субарахноидальное отграничено-диффузное кровоизлияние по наружной поверхности правой теменной доли; д) кровоподтек по передней поверхности средней трети правой голени, многооскольчатый перелом обоих костей правой голени, множественные кровоизлияния в связки правого голеностопного сустава, кровоизлияния в связки правого коленного сустава, ссадины тыльной поверхности правой кисти, по передней поверхности левого лучезапястного сустава по наружной поверхности левого коленного сустава.
2. Смерть наступила в 3-00 час. 18.04.09. в результате сочетанной травмы с переломами ребер, ушибом легкого, переломами костей таза с разрывом мочевого пузыря, разрывами печени, переломом костей голени. Травма осложн6илась травматически-геморрагическим шоком. Вывод подтверждается клинико-морфологической картиной – выявление сочетанной травмы при поступлении пострадавшего в стационар и производстве экспертизы трупа и травматического шока 3 ст клинически, признаков шока морфологически.
3. Обнаруженная при настоящей экспертизе, СОЧЕТАННАЯ ТРАВМА ТЕЛА причинила вред, опасный для жизни человека и согласно пункту 4.а Правил определения степени тяжести вреда, причиненного здоровью человека (Постановление Правительства РФ от 17 августа 2007 г. N 522) и пункта 6.1. приказа МЗиСР РФ 194н от 24.04.2008.г., квалифицируется, как обусловившая тяжкий вред здоровью. Сочетанная травма тела имеет прямую причинную связь со смертью.
4. Морфологических признаков переезда колесом автомобиля пострадавшего при экспертизе не выявлено.
5. При судебно-химическом исследовании в крови пострадавшего обнаружен этиловый спирт, концентрация которого соответствует средней степени алкогольного опьянения по аналогии с живыми лицами.

Задача №4. **УК-1  УК-2  ПК-5  ПК-10**

ОБСТОЯТЕЛЬСТВА ДЕЛА. В постановлении о назначении судебно-медицинской экспертизы указано, что «19.07.2009 года около 17 ч. 20 мин. водитель Н., управляя автомобилем марки «Тойота Платц», двигался по ул. Грунтовой со стороны ул. Мира в направлении ул. Ленина в Кировском районе г. К……. Проезжая в районе д. 19 по ул. Грунтовой водитель Н. допустил наезд на препятствие. В результате дорожно-транспортного происшествия пассажир автомобиля С. получил телесные повреждения и был доставлен в ГКБ № 6, где от полученных телесных повреждений скончался. В момент ДТП Сапронов находился на заднем пассажирском сидении справа».

ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКАЯ ЧАСТЬ.

Представлено заключение эксперта от 21.07.09, согласно которому: «Представлена медицинская карта стационарного больного из ГКБ на имя С., 1986 г.р., согласно которой 19.07.09 г. в 18-15 бригадой скорой помощи он был доставлен в НХО-1 с жалобами на головную боль, боль в грудной клетке, животе. Травма автодорожная. В районе ул. Грунтовая, 19 автомобиль врезался в столб. Осмотрен хирургом и нейрохирургом. При поступлении состояние больного крайне тяжелое. Кожные покровы бледные, загрязнены и покрыты кровью. Костно-суставная система без видимой патологии. Больной в выраженном психомоторном возбуждении. Сознание нарушено по типу оглушение-3 – сопор. Зрачки сужены, равны, фотореакции нет. Ригидность мышц затылка намечена. Сухожильные рефлексы равны, снижены. Парезов, параплегии не определяется. Патологические стопные знаки не вызываются. Симптом Кернига 160. Обе половины грудной клетки участвуют в акте дыхания, левая несколько отстает. При пальпации грудной клетки определяются множественные переломы ребер слева, подкожная эмфизема. Аускультативно дыхание проводится по всем полям, умеренно ослаблено слева, больше в нижних отделах. Выслушиваются множественные влажные хрипы по всем полям. Сердечные тоны глухие, ритмичные. Пульс 40/мин. Артериальное давление 50\30 мм.рт.ст. Изо рта и носоглотки геморрагическое отделяемое. Определяется запах, похожий на алкоголь. Из левого слухового прохода умеренное геморрагическое отделяемое. Симптом «двойного пятна» сомнителен. Живот не вздут, участвует в акте дыхания. При пальпации болезненный. Печеночная тупость по краю реберной дуги, сохранена. Селезенка не пальпируется. Притуплений в отлогих местах живота четко не определяется. Симптом «12 ребра» отрицательный. Диурез неизвестен. Диагноз: сочетанная травма. Открытая черепно-мозговая травма? Ушиб головного мозга. Закрытая травма грудной клетки слева с повреждением легкого. Множественные переломы ребер слева. Подкожная эмфизема. Ушиб легких, сердца. Закрытая травма живота? Алкогольное опьянение? Травматический шок 3-4 ст. На ЭКГ – ритм синусовая тахикардия с частотой сердечных сокращений 120/мин. Эл. ось сердца отклонена вправо. Неполная блокада правой ножки п. Гиса. Учитывая тяжесть состояния, больной транспортирован в реанимационное отделение, где произведена катетеризация правой подключичной вены, интубация трахеи, начата ИВЛ. С диагностической целью произведена операция лапароцентез – получена кровь. Диагноз: гемоперитонеум. Операция – торакоцентез слева, дренирование плевральной полости. По дренажу поступает воздух и геморрагическое отделяемое. Диагноз: Закрытая травма грудной клетки слева с повреждением легкого. Гемопневмоторакс, подкожная эмфизема. Множественные переломы ребер слева. Больной из реанимационного зала доставлен в операционную на кровати. При перекладывании на операционный стол – остановка сердечной деятельности в 19.30. Реанимационные мероприятия в течение 40 минут – без эффекта. 19.07.09 г. в 20.10 констатирована смерть больного.

ПОСМЕРТНЫЙ ДИАГНОЗ. Сочетанная травма. Открытая черепно-мозговая травма? Ушиб головного мозга. Закрытая травма грудной клетки слева с повреждением легкого. Множественные переломы ребер слева. Подкожная эмфизема. Ушиб легких, сердца. Закрытая травма живота? Алкогольное опьянение? Травматический шок 3-4 ст.

Алкоголь – данных в истории болезни нет.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Данные анализов | | | | |
| Параметры  дата | 19.07 |  |  |  |
| Калий плазмы | 4,4 |  |  |  |
| Натрий плазмы | 144 |  |  |  |
| Креатинин | 131,1 |  |  |  |
| РФМК | 7,0 |  |  |  |
| Кальций плазмы | 1,8 |  |  |  |
| сахар | 16,2 |  |  |  |
| фибриноген | 2,0 |  |  |  |
| АЧТВ | 52 |  |  |  |
| АСТ | 401,5 |  |  |  |
| АЛТ | 171,9 |  |  |  |
| Амилаза | 6,9 |  |  |  |
| Мочевина | 3,1 |  |  |  |
| Билирубин общ. | 9,9 |  |  |  |
| Прямой | 2,5 |  |  |  |
| непрямой | 7,4 |  |  |  |
| Общий белок | 60,3 |  |  |  |
| Протромбиновое время | 18,5 |  |  |  |
| Протромбиновый индекс | 75,5 |  |  |  |

НАРУЖНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ. Труп мужчины, доставлен без одежды, среднего телосложения, правильного удовлетворительного питания, длиной тела 175 см. Кожа бледно-серая, холодная на ощупь во всех отделах, в отлогих местах тела сливные, фиолетовые, не исчезающие и не меняющие цвет при надавливании трупные пятна. Трупное окоченение достаточно выражено во всех обычно исследуемых группах мышц. Склеры глаз мутные, тусклые, суховаты, кровоизлияний в соединительные оболочки глаз не отмечается, зрачки равновелики по 0,4 см диаметром. Голова правильной формы, кости черепа и лицевого скелета на ощупь целы. Грудная клетка цилиндрическая. Живот на одном уровне с грудной клеткой. Естественные отверстия тела и полости рта и носоглотки свободны, чистые. Слизистая оболочка губ синюшная, подсохшая. Анальное отверстие сомкнуто. Половые органы развиты правильно. Кости конечностей целы. От органов стойкий запах, напоминающий алкоголь.

ПОВРЕЖДЕНИЯ. На правой ноге по наружной поверхности средней трети и верхней трети голени на участке 10х5 см множественные параллельные царапины, вертикально ориентированные, со слущиванием эпидермиса снизу вверх. Аналогичные царапины в нижней трети наружной поверхности правого бедра на участке 8х7 см, вертикально ориентированные. На правом плече с переходом на грудную клетку, расположенные на одной линии с промежутком в 8 см, параллельные ссадины в виде цепочек, ориентированные справа налево и сверху вниз, линии ссадин доходят до 4 межреберья по среднеключичной линии. Справа у основания шеи три округлых, диаметром по 1 см, поверхностных ушибленных раны, покрытых бурой, западающей коркой на участке диаметром 3 см.

Каких-либо иных повреждений, в том числе и при послойных разрезах при исследовании не обнаружено. Повреждений на стопах и кистях рук не выявлено При проведении воздушной пробы – воздух из плевральных полостей выходит под давлением, из полостей сердца не получен. При проведении судебно-медицинского исследования трупа использовались: кожные разрезы по методу Медведева.

ВНУТРЕННЕЕ ИССЛЕДОВАНИЕ

Извлечение органокомплекса произведено по методу Шора, с распилом ребер спереди. Череп вскрывался угловым распилом.

Масса органов.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Масса |  | норма |
| Мозг | 1610 | До 1400 |
| Легкое правое | 900 | 450 |
| левое | 810 | 375 |
| Сердце | 250 | 200-400 |
| Печень | 1210 | 1200-2000 |
| Селезенка | 100 | 80-180 |
| Почки обе. Правая/Левая | 150/150 | 275-310 |

ПОЛОСТЬ ЧЕРЕПА. ЧЕРЕП. Кожно-мышечный лоскут головы без повреждений. Твердая мозговая оболочка напряжена, серо-перламутрового цвета, блестящая, в синусах ее темная жидкая кровь в большом количестве. Повреждений костей черепа не обнаружено. Борозды мозга сглажены, извилины уплощены, на миндаликах мозжечка кольцевидная с диффузными субарахноидальными кровоизлияниями полоса вдавления шириной 0,5 см от краев большого затылочного отверстия, внутри кольца геморрагический некроз полушарий мозжечка и продолговатого мозга. Головной мозг дряблый, на разрезах с четкой границей серого и белого вещества и мраморным рисунком подкорковых ядер. Поверхности разрезов тускловаты, липнут к лезвию ножа. Желудочки мозга симметричны, обычного объема, эпендима их бледно-серая, блестящая, влажная, в полостях желудочков следы прозрачной соломенного цвета жидкости. Сосудистые сплетения обычного вида, полнокровны.

Позвоночный столб вскрыт по методу Медведева, в модификации Парилова. Кровоизлияния в связки задней атланто-затылочной мембраны. Патологическая подвижность позвоночника. Кровоизлияния в паравертебральные мышцы и межостистые связки от основания черепа до 4-го шейного позвонка и от 6-го шейного по 2-й грудной. Остистые отростки целы. При ревизии позвоночного столба после перепиливания дужек на уровне 6-го шейного – 2-го грудного позвонков – по передней и боковым поверхностям сдавливающая эпидуральная гематома темно-вишневого цвета. Тела позвонков и дужки целы.

ОРГАНЫ ШЕИ, ГРУДНОЙ И БРЮШНОЙ ПОЛОСТЕЙ: При ревизии грудной клетки: слева - полные косо-поперечные сгибательные (сколы компактной пластинки по внутренним линиям переломов) переломы, с плоскостью переломов сверху вниз и сзади наперед, 1-4 ребер по передне-подмышечной линии; справа – аналогичные переломы 2-4 ребер по лопаточной линии; слева – аналогичные по характеристикам сгибательные переломы 1-3 ребер по окологрудинной линии. В проекции сломанных ребер – множественные разрывы париетальной плевры, а справа – множественные ранения легкого глубиной не более 1 см. В правой плевральной полости 1,5 л жидкой крови. Пропитывание кровью клетчатки средостения и прикорневой зоны легких. Множественные кровоизлияния в оба легких с отпечатками ребер. Легкие выполняют плевральные полости полностью, с блестящей, гладкой и влажной плеврой. В брюшной полости 500 мл жидкой крови. Органы брюшной полости расположены анатомически правильно. Листки брюшины гладкие, влажные, блестящие. По нижней поверхности левой доли печени, ориентированный спереди назад длиной 5 см глубиной 3 см, линейный разрыв. Язык синюшный, влажный, обложен серовато-желтым, не снимающимся налетом. Слизистые оболочки носоглотки синюшные, влажные, блестящие. Просвет пищевода свободен, слизистая его бледно-серая, продольно складчатая. Вход и просвет гортани свободен, слизистая оболочка ее набухшая, роговая, с наложениями фибрина. Подъязычная кость и хрящи гортани целы, в мягких тканях ее повреждений не обнаружено. Просвет трахеи и главных бронхов с наложениями фибрина, смешанного с гноем на слизистой серо-красного цвета, хрящи трахеи целы. Щитовидная железа обычных размеров, с равновеликими долями, плотно-эластичная, темно-коричневая, на разрезе малокровна, дольчатого строения. Аорта эластична, со следами жидкой крови в просвете и рассеянными липидными пятнами в интиме. Легкие пестрые из-за вышеописанных субплевральных и паренхиматозных кровоизлияний на бледно-розовом фоне, неравномерно уплотнены, аналогично пестрые, малокровны. С поверхности разрезов стекает большое количество пенистой розовой жидкости. Слизистые оболочки воздухо-проводящих путей бледно-серые. Бифуркационные лимфоузлы диаметром от 1 до 2 см, эластичные, темно-синюшные, на разрезах сочные, с обычным рисунком. В полости перикарда следы прозрачной жидкости, листки его гладкие, влажные, блестящие. Сердце эластичное, 10х10х9 см. В полостях сердца следы жидкой темной крови. Миокард розовато-синюшный, эластичный, неравномерного кровенаполнения. Толщина стенки правого желудочка 0,3 см, левого 1,2 см. Клапанный и пристеночный эндокард тонкий, прозрачный, клапаны сформированы правильно. Под эндокардом левого желудочка полосчатые темно-красные кровоизлияния Коронарные артерии с тонкими стенками, пустым просветом. Желудок пустой, содержимое кишечника отделам соответствует, слизистые оболочки желудочно-кишечного тракта бледно-серые. Мезентериальные лимфоузлы располагаются раздельно, диаметр их не более 1 см, эластичны. Печень 24х18х16х13 см, эластичная, коричневая с поверхности и на разрезах, малокровная, со смазанным рисунком долек. Просвет внепеченочных желчевыводящих путей свободно проходим. Поджелудочная железа обычных размеров, плотно-эластичная, бледно-серая, на разрезах – дольчатого строения. Селезенка 6х4х3 см, эластичная, синюшная, на разрезах темно-красная без соскоба. Надпочечники листовидной формы, обычных размеров, на разрезах граница слоев четкая. Почки равновелики, 11х6х5 см, эластичные. Капсула сползает при надрезе, обнажая ровную поверхность. По краю разреза паренхима слегка наползает на капсулу. На разрезах корковый слой - синюшный, с темно-красным крапом и подчеркнутым рисунком, мозговой слой также с подчеркнутым рисунком, граница слоев отчетливо выражена. Слизистые оболочки лоханок и чашечек бледно-синюшные, гладкие, блестящие, просвет их свободен. Мочеточники проходимы на всем протяжении, с бледно-серой слизистой. Мочевой пузырь пуст, слизистая оболочка его складчатая, бледно-серая, уретра свободно проходима.

ДАННЫЕ ДОПОЛНИТЕЛЬНЫХ МЕТОДОВ ИССЛЕДОВАНИЯ.

Представлена служебная записка к акту судебно-химического исследования от 29.07.09 г. Обнаружен этиловый спирт: в крови – 2,0 промилле, в стенке мочевого пузыря – 1,1 промилле.

Представлена справка от 24.07.09 г. из судебно-биологического отделения. Установлена групповая характеристика крови – В2.

Представлен акт судебно-химического исследования от 5.08.09 г. В стенке мочевого пузыря, желчи, крови не обнаружено морфина. В стенке мочевого пузыря, желчи не обнаружено производных барбитуровой кислоты и 1,4 бенздиазепинов.

А К Т Судебно-гистологического, произведено исследование кусочков внутренних органов от трупа С ., 1986 г.р.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ.

Спинной мозг: диффузное эпидуральное кровоизлияние без перифокальной реакции, в части полей зрения - распространяющиеся на твердую мозговую оболочку. В веществе мозга тотальное выпадение нейронов.

Легкие: диффузные кровоизлияния с наличием гемосидерофагов. Межуточный и внутриальвеолярный отек.

Вопросы:

* 1. Какова причина смерти С. 1986 г.р.?
  2. Давность полученных телесных повреждений?
  3. Степень тяжести?
  4. Не находился ли С. в момент причинения телесных повреждений в состоянии алкогольного или иного опьянения. Если имело место опьянение, то какой степени?
  5. В каком положении находился С. по отношению к травмирующей силе? На каком месте в салоне автомобиля он находился?

Эталон:

1. При судебно-медицинской экспертизе трупа обнаружены телесные повреждения в виде сочетанной травмы тела: а) закрытая спинальная травма – разрывы межостистых связок шейного отдела позвоночника, кровоизлияния в заднюю атланто-затылочную мембрану, интрадуральные кровоизлияния и эпидуральная гематома со сдавлением спинного мозга на уровне 6-го шейного – 2-го грудного позвонков, тотальное выпадение нейронов спинного мозга на уровне сдавления; б) закрытая травма грудной клетки – множественные переломы ребер, слева 1-4 ребер по передне-подмышечной линии, 1-3 ребер по окологрудинной линии; справа – 2-4 ребер по лопаточной линии, множественные ранения правого легкого концами сломанных ребер, правосторонний гемоторакс 1,5 литра, множественные ушибы обеих легких с отпечатками ребер, двусторонние разрывы париетальной плевры на уровне переломов, множественные кровоизлияния в средостении; г) закрытая травма живота - линейный разрыв по нижней поверхности левой доли печени, гемоперитонеум 500 мл; д) ссадины на правом плече, правой половине грудной клетки и у основания шеи справа; е) царапины по наружной поверхности правой нижней конечности.
2. Смерть наступила 19.07.09 г. в 20.10 в результате сочетанной травмы тела с травмой позвоночного столба и спинного мозга, закрытой травмой грудной клетки с переломами ребер, ушибами и ранениями легких, закрытой травмой живота с разрывом левой доли печени. звакрытая травма грудной клетки и живота сопровождалась гемотораксом и гемоперитонеумом с объемом кровопотери в 2000 мл. Травма осложнилась травматически-геморрагическим шоком. Вывод подтверждается выявленной при экспертизе клинико-морфологической картиной.
3. Обнаруженная при настоящей экспертизе, сочетанная травма тела причинила вред, опасный для жизни человека и согласно пункту 4.а Правил определения степени тяжести вреда, причиненного здоровью человека (Постановление Правительства РФ от 17 августа 2007 г. N 522) и пункта 6.1. приказа МЗиСР РФ 194н от 24.04.2008.г., квалифицируется, как обусловившая тяжкий вред здоровью. Сочетанная травма тела имеет прямую причинную связь со смертью.
4. При проведении судебно-химического исследования обнаружен этиловый спирт: в крови – 2,0 промилле, в стенке мочевого пузыря – 1,1 промилле, что свидетельствует о средней степени алкогольного опьянения по аналогии с живыми лицами.
5. Характер и локализация повреждений грудной клетки и печени (сгибательный характер всех переломов, локализация переломов, разрыв левой доли печени) позволяют предположить, что закрытая травма грудной клетки и травма живота возникли одномоментно и являются травмой ударного сдавления. Наличие косонаправленных, параллельных, ориентированных справа налево и сверху вниз ссадин на правом плече и правой половине грудной клетки, а так же ссадин у основания шеи справа, с учетом обстоятельств возникновения травмы, позволяют предположить, что указанные выше травмы возникли в результате полуциркулярного сдавления туловища ремнем безопасности, при условии нахождения пострадавшего на заднем сидении автомобиля справа.

Задача №5. **УК-1  УК-2  ПК-5  ПК-10**

ОБСТОЯТЕЛЬСТВА ДЕЛА. В постановлении о назначении судебно-медицинской экспертизы указано, что «02.09.2008 г. примерно в 06 часов в районе 236 км автодороги «Байкал» Е……. района К….. края произошло ДТП с участием автомобиля «Мицубиси Фусо» под управлением водителя Х. и автомобиля КАМАЗ под управлением водителя К. В результате ДТП Х . от полученных телесных повреждений скончался».

ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКАЯ ЧАСТЬ.

Представлен акт о смерти. Пациент Х., 40 лет доставлен в реанимационное отделение ГКБ по направлению из Е……. ЦРБ "скорой помощью". При поступлении в 9-10 больной находится в состоянии клинической смерти. при осмотре: имеются множественные ссадины грудной клетки, брюшной стенки, таза, конечностей. Пульсация на периферических артериях не определяется. Дыхание – ИВЛ. Начаты реанимационные мероприятия – без эффекта в течение 40 минут. В 9-50 02.09.08г. констатирована смерть больного.

НАРУЖНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ. Труп мужчины, доставлен без одежды, среднего телосложения, правильного удовлетворительного питания, длиной тела 170 см. Кожа бледно-серая, холодная на ощупь во всех отделах, в отлогих местах тела сливные, фиолетовые, не исчезающие и не меняющие цвет при надавливании трупные пятна. Трупное окоченение достаточно выражено во всех обычно исследуемых группах мышц. Склеры глаз мутные, тусклые, суховаты, кровоизлияний в соединительные оболочки глаз не отмечается, зрачки равновелики по 0,4 см диаметром. Голова правильной формы, кости черепа и лицевого скелета на ощупь целы. Грудная клетка цилиндрическая, эластичная, упругая, ребра на ощупь целы. Живот на одном уровне с грудной клеткой. Естественные отверстия тела и полости рта и носоглотки свободны, чистые. Слизистая оболочка губ синюшная, подсохшая. Анальное отверстие сомкнуто. Половые органы развиты правильно.

ПОВРЕЖДЕНИЯ. При наружном исследовании отмечается деформация с укорочением на 5 см левой нижней конечности. Повреждения: справа в лобной области на 3 см выше наружного края брови округлая ссадина диаметром 0,3 см. Множественные ссадины диаметром от 1 до 0,3 см со слущиванием эпидермиса снизу вверх по тыльной поверхности обоих кистей. Множественные округлые и полосовидные ссадины на участке 18х5 см по наружной и задней поверхности верхней трети правого предплечья с переходом на область локтевого сустава от 0,5 см диаметром до 3х1 см. Справа по передне-наружной поверхности бедра в 55 см от уровня стоп вертикально ориентированная щелевидная рана 8х2 см с закругленными концами неровными осадненными краями шириной осаднения до 2 см глубиной до мышц с тканевыми перемычками в глубине. В ране мелкие фрагменты стекла и песка. По передней поверхности правой голени в 22 см от уровня стоп вертикально расположенная цепочка из 7 ссадин на участке длиной 12 см, ссадины постепенно уменьшаются снизу вверх, нижняя ссадина диаметром 1,5 см, верхняя 0,3 см. Слущивание эпидермиса снизу вверх и справа налево. По передней и внутренней поверхности левой голени в 16 см от уровня стоп на участке 18х18 см множественные, смыкающиеся между собой неопределенной формы ссадины размерами от 5х3 см до 2х1 см, слущивание эпидермиса снизу вверх и справа налево. По передней поверхности правого бедра в 65 см от уровня стоп вертикальная полосовидная ссадина 12х2 см со слущиванием эпидермиса снизу вверх. На мошонке на фоне багрово-синюшного кровоподтека 2 горизонтальных разрыва по передней поверхности 2х и 5 см длиной, обе раны щелевидны с острыми концами, ровными краями, через большую рану снаружи выбухает левое яичко. В правой половине мезогастрии в 1 м от уровня стоп на участке 7х7 см множественные полосовидные ссадины размерами от 2х1 см до 1х0,3 см, расположенные параллельно со слущиванием эпидермиса справа налево и снизу вверх. В проекции крыла правой подвздошной кости дугообразная выпуклостью вниз полосовидная ссадина 5х0,6 см. Сплошной синюшный кровоподтек на участке 22х12 см, захватывающий обе подвздошные полости.

При послойных разрезах кровоизлияния в клетчатке – передняя поверхность в правой голени диаметром 8 см, в 18 см от уровня стоп; передняя внутренняя поверхность левой голени участок 18х18 см в 18 см от уровня стоп; передняя поверхность правого коленного сустава диаметром 6 см. Справа отмечается многооскольчатый перелом со смещением отломков наружного мыщелка большеберцовой кости. Справа по передней поверхности кровоизлияния в глубокие мышцы бедра на участке диаметром 8 см в 70 см от уровня стоп. Инфильтрация кровью с обеих сторон передней брюшной стенке и в мезогастрии и подвздошных областях и размозжения клетчатки над симфизом. Кровоизлияния из подвздошных областей распространяется на верхнюю треть бедер. Слева поперечный перелом бедренной кости в 55 см от уровня стоп со смещением участков сломанной кости, нижняя плоскость переломов ориентированная справа налево, и снизу вверх, верхняя плоскость перелома справа налево и сверху вниз, между плоскостями мелкие отломки треугольной формы основанием внутри. По наружной поверхности линия перелома четко сопоставима с отвесным краем, внутренним линиям перелома по центру плоскости ступенькам, острым углом кзади вверх и по внутренним линиям выкрашивание компакта и выше описанным костных отломков. В области перелома инфильтрирующее кровоизлияние в мышцы. В стопах с обеих сторон и в костях голени слева повреждений не выявлено.

Каких-либо иных повреждений не обнаружено. При проведении воздушной пробы – воздух из плевральных полостей и полостей сердца не получен. При проведении судебно-медицинского исследования трупа использовались: кожные разрезы по методу Христофорова.

ВНУТРЕННЕЕ ИССЛЕДОВАНИЕ

Извлечение органокомплекса произведено по методу Шора, с распилом ребер спереди. Череп вскрывался угловым распилом.

Масса органов.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Масса |  | норма |
| Мозг | 1300 | До 1400 |
| Легкое правое | 650 | 450 |
| левое | 590 | 375 |
| Сердце | 280 | 200-400 |
| Печень | 1200 | 1200-2000 |
| Селезенка | 90 | 80-180 |
| Почки обе |  | 275-310 |
| Правая/Левая | 140/150 |  |

ПОЛОСТЬ ЧЕРЕПА. Головной мозг исследовался методом Вирхова. Кожно-мышечный лоскут головы блестящий, малокровный, без кровоизлияний и повреждений. Кости свода и основания черепа целы. Твердая мозговая оболочка напряжена, серо-перламутрового цвета, блестящая, в синусах ее темная жидкая кровь в большом количестве. Субдуральное пространство свободно. Мягкие мозговые оболочки тонкие, прозрачные с малокровными сосудами, походу которых рассеянные точечные субарахноидальные кровоизлияния в глубине борозд. Борозды мозга несколько сглажены, извилины слегка уплощены. Головной мозг дрябло-эластичный, на разрезах с четкой границей серого и белого вещества и мраморным рисунком подкорковых ядер. Поверхности разрезов тускловаты, липнут к лезвию ножа. Желудочки мозга симметричны, обычного объема, эпендима их бледно-серая, блестящая, влажная, в полостях желудочков следы прозрачной соломенного цвета жидкости. Сосудистые сплетения обычного вида, малокровны.

ОРГАНЫ ШЕИ, ГРУДНОЙ И БРЮШНОЙ ПОЛОСТЕЙ: Листки плевры гладкие, влажные. Легкие полностью выполняют плевральные полости. В мягких тканях шеи повреждений нет. В просвете гортани, трахее в главных и всех прослеживаемых глазом бронхах пищевые массы с растительной клетчаткой. Субплеврально в легких множественные точечные кровоизлияния. Легкие вне кровоизлияний синюшные в передних и темно-синюшные в задних отделах, тестоватой консистенции, на разрезах темно-красные с обычным рисунком, малокровны. Слизистые оболочки воздухо-проводящих путей светло-розовые, набухшие. В корне диафрагмы отмечается кровоизлияние 2 см.

При ревизии брюшной полости, в последней 1,5 л темной жидкой крови, органы расположены правильно, по передней поверхности печени, по центру правой доли вертикальный разрыв длиной 8 см, глубиной до 2 см с неровными краями, край печени острый. Печень 23х18х16х10 см, плотно-эластичная, коричневая с поверхности и на разрезах, малокровная, со смазанным рисунком долек. Просвет внепеченочных желчевыводящих путей свободно проходим. Инфильтрация кровью всех мягких тканей малого таза с множественными разрывами мочевого пузыря с инфильтрацией кровью. При ревизии полный поперечный перелом симфиза с линией перелома ориентированный спереди назад, со сколами компакта по передней поверхности с выкрашиванием мелких костных отломков и ровной сопоставимой линией перелома по внутренней поверхности с отвесным мелкозернистым краем. После удаления органов малого таза и последующей ревизией таза отмечается полные со смещением переломы таза в крестцово-подвздошном сочленении, с ровной сопоставимой по внутренней поверхности линией перелома.

Язык синюшный, влажный, обложен серовато-желтым, не снимающимся налетом. Слизистые оболочки носоглотки синюшные, влажные, блестящие. В мягких тканях шеи повреждений и кровоизлияний не обнаружено.

Просвет пищевода свободен, слизистая его бледно-серая, продольно складчатая.

Подъязычная кость и хрящи гортани целы, в мягких тканях ее повреждений не обнаружено.

Хрящи трахеи целы.

Щитовидная железа обычных размеров, с равновеликими долями, плотно-эластичная, темно-коричневая, на разрезе малокровна, дольчатого строения.

Аорта эластична, со следами жидкой крови в просвете и рассеянными липидными пятнами в интиме.

В полости перикарда следы прозрачной жидкости, листки его гладкие, влажные, блестящие. Сердце эластичное, 10,5х9,5х8 см. В полостях сердца немного жидкой темной крови. Миокард розовато-синюшный, эластичный, неравномерного кровенаполнения. Толщина стенки правого желудочка 0,3 см, левого 1,2 см. Клапанный и пристеночный эндокард тонкий, прозрачный, под эндокардом левого желудочка полосчатые кровоизлияния, клапаны сформированы правильно. Коронарные артерии с тонкими стенками, пустым просветом.

В желудке – 800 мл полупереваренной пищи серо-коричневого цвета, содержимое кишечника отделам соответствует, слизистые оболочки желудочно-кишечного тракта бледно-серые. Мезентериальные лимфоузлы располагаются раздельно, диаметр их не более 1 см, эластичны. Поджелудочная железа обычных размеров, плотно-эластичная, бледно-серая, на разрезах – дольчатого строения. Селезенка 8х6х3 см, эластичная, синюшная с гипоплазией белой пульпы, на разрезах без соскоба. Надпочечники листовидной формы, обычных размеров, на разрезах граница слоев четкая. Почки равновелики, по 9х5х4 см, дрябло-эластичные. Капсула сползает при надрезе, обнажая ровную поверхность. По краю разреза паренхима наползает на капсулу. На разрезах корковый слой - синюшный, с темно-красным крапом и подчеркнутым рисунком, мозговой слой также с подчеркнутым рисунком, граница слоев отчетливо выражена с малокровием юкстамедуллярной зоны. Слизистые оболочки лоханок и чашечек бледно-синюшные, гладкие, блестящие, просвет их свободен. Мочеточники проходимы на всем протяжении, с бледно-серой слизистой. Мочевой пузырь пуст, слизистая оболочка его складчатая, бледно-серая, уретра свободно проходима.

ПОЗВОНОЧНИК И СПИННОЙ МОЗГ: при ревизии позвоночного столба повреждений не обнаружено.

Из трупа для судебно-гистологического исследования взяты кусочки внутренних органов на патоморфологические изменения. Для судебно-химического исследования фрагмент мышцы и стенка мочевого пузыря на наличие алкоголя.

Алкоголь, биология.

ДАННЫЕ ДОПОЛНИТЕЛЬНЫХ МЕТОДОВ ИССЛЕДОВАНИЯ.

Представлена служебная записка от 12.09.08г. При судебно-химическом исследовании вещественных доказательств, изъятых при вскрытии трупа, этиловый спирт не обнаружен.

А К Т Судебно-гистологического исследования Судебно-медицинским экспертом, произведено исследование кусочков внутренних органов от трупа. Х, 1968 г.р.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Легкие – неравномерное кровенаполнение сосудов микроциркуляции вплоть до стаза, с локальной агрегацией эритроцитов. Перивазальный и перибронхиальный пневмосклероз. Умеренный межуточный отек.

Миокард – малокровие сосудов микроциркуляции, межуточный отек, умеренный перивазальный склероз.

В мягких мозговых оболочках неравномерное кровенаполнение сосудов и перивазальные кровоизлияния. В головном мозге умеренный периваскулярный и перицеллюлярный отек, неравномерное кровенаполнение сосудов, вплоть до стаза.

Почки – малокровие капилляров, полнокровие вен мозгового слоя.

Вопросы:

* + 1. Какие телсные повреждения имеются на теле Х. после событий, указанных в постановлении, их локализация, механизм образования, давность причинения и степень тяжести на момент причинения?
    2. Какова причина смерти Х .?
    3. Какова причинная связь наступившей смерти и повреждений, имевшихся у Х?
    4. Был ли Х. пристегнут ремнем безопасности в момент ДТП?
    5. Имеется ли в организме Х. алкоголь, если да, то какова его концентрация (степень тяжести в сравнении с живыми лицами)?

Эталоны:

1. На основании судебно-медицинской экспертизы трупа гр. Х., 1968 г.р., с учетом обстоятельств дела и данных дополнительных методов исследования, медицинской документации, прихожу к следующим выводам:

При судебно-медицинской экспертизе трупа обнаружены телесные повреждения в виде: сочетанная травма тела - множественные ссадины в правой половине мезогастрия, ссадина в проекции крыла правой подвздошной кости, сплошной кровоподтек захватывающий обе подвздошные области, массивное кровоизлияние в брюшной стенке - в мезогастрии, подвздошных областях распространяющиеся на верхнюю треть бедер, с размозжением клетчатки над симфизом, разрыв правой доли печени, гемоперитонеум 1,5 л, полные со смещением переломы таза в крестцово-подвздошном сочленении полный поперечный перелом симфиза, инфильтрация кровью всех мягких тканей малого таза с множественными разрывами мочевого пузыря, поперечный перелом левой бедренной кости с инфильтрирующим кровоизлиянием в мышцы в области перелома, многооскольчатый перелом со смещением отломков наружного мыщелка правой большеберцовой кости; 2 горизонтальных разрыва по передней поверхности мошонки с эвентрацией левого яичка, множественные ссадины и кровоподтеки нижних и верхних конечностей, ссадина лобной области, кровоизлияние в корне диафрагмы.

2. Смерть наступила в результате сочетанной травмы с повреждениями органов брюшной полости и малого таза, переломами костей таза и левого бедра, осложнившейся травматически-геморрагическим шоком с внутрибрюшным кровотечение в 1,5 литра. Вывод подтверждается обнаружением описанной травмы при поступлении пострадавшего в стационар и при экспертизе трупа. Совокупность и локализация телесных повреждений, позволяют говорить, что они могли возникнуть при условиях и обстоятельствах, указанных в постановлении.

3. Сочетанная травма квалифицируется, как причинившая вред опасный для жизни человека, обусловила тяжкий вред здоровью и имеет прямую причинную связь со смертью.

4. Повреждений, характерных для пристегнутого ремня безопасности при экспертизе трупа не обнаружено.

5. При судебно-химическом исследовании этиловый спирт не обнаружен.

**6. Перечень практических умений по изучаемой теме**

- установить причину смерти;

- провести судебно-медицинское исследование трупа при различных видах насильственной смерти;

- определить степень тяжести телесных повреждений;

- установить причинно-следственную связь между повреждением и неблагоприятным исходом;

**7. Рекомендации по выполнению НИР**

Примерная тематика по НИР по теме - не предусмотрена.

**8. Рекомендованная литература по теме занятия** (обязательная, дополнительная, электронные ресурсы, включая законодательные и нормативно-правовые документы)

**Занятие № 28**

**1.Индекс ОД.О.01.1.4.30** **Тема: «Транспортная травма. Автомобильная травма, ее виды. Механизмы об­разования и особенности повреждений при основных видах автомобильной травмы».** **2 часть**

**2. Форма организации занятия:** подготовка к практическому занятию.

**3. Перечень вопросов для самоподготовки по теме практического занятия**

1. ВОПРОС УК-1 УК-2 ПК-5 ПК-10 Какая из транспортных травм встречается чаще и умеет большее значение?

ОТВЕТ: По числу жертв во всех цивилизованных странах на первом месте — автомобильные травмы, количество которых постоянно растет. В последние годы в РФ ежедневно в ДТП погибает более 100 человек, и более 600 получают увечья. Ежегодный ущерб при этом составляет 12 триллионов рублей.

2. ВОПРОС УК-1 УК-2 ПК-5 ПК-10  Какие существуют виды автомобильной травмы?

ОТВЕТ: Существуют следующие виды автотравмы в зависимости от механизма действия автомашины.

1. Столкновение или удар автомашины с человеком, что иногда называют наездом.

2. Переезд колесом или колесами.

3. Повреждения при выпадении из движущегося автомобиля.

4. Травма от сдавливания тела между автомашинами или автомобилем и какими-то предметами.

5. Повреждения, возникающие внутри автомашины у водителя и пассажиров.

6. Комбинированные виды травмы. Виды автомобильной травмы и механизм их образования по фазам показаны в таблице. Эти повреждения не возникают одномоментно, а протекают по фазам.

Каждый вид автотравм в соответствии с фазами приводит к образованию разных повреждений. Среди них интерес представляют характерные для этого вида, т. е. такие, по которым имеется основание определить механизм образования повреждений.

3. ВОПРОС УК-1 УК-2 ПК-5 ПК-10 Какие повреждения характерны для наезда и столкновения автомобиля с человеком?

ОТВЕТ: Травма от столкновения автомобиля с человеком, при котором основным является удар передними, боковыми и задними частями машины, приводит к образованию повреждений на теле человека и на этой части автомобиля (первая фаза столкновения). Чаще всего встречается удар передней поверхностью (бампер, передний край капота, крыло, фары), что приводит к образованию штамп-повреждений, повторяющих форму детали, наиболее плотно соприкасающейся при ударе. Например, при ударе фарой появляются округлый кровоподтек на бедре или ягодице, при ударе •выступающими деталями с ограниченной поверхностью (болт) — ссадина, точно отображающая размеры этой детали.

Характерным, часто образующимся повреждением при этом механизме являются бампер-повреждения,которые возникают от удара бампером обычно по бедру или голени в зависимости от высоты бампера. На поверхности кожи в месте контакта нередко появляется поперечный полосчатый кровоподтек или ссадина, под которой отмечается размозжение мышцы с кровоизлиянием, но главным является бампер-перелом трубчатой кости бедра или костей голени. Такой поперечный оскольчатый перелом возникает при большой скорости от механизма сдвига, при малой — от сгибания кости. При рассматривании такого перелома сбоку или его рентгенограммы, выполненной в профиль, после сопоставления отломков выделяется отломок клиновидной формы, основание которого показывает место соударения, а острый конец — направление удара. Бампер-перелом изучается после от-сепаровки костей на трупе, а иногда выпиливании отломков с последующим соединением. Отмечается высота повреждения от подошвы стоп (как и всех штамп-повреждений), что с учетом толщины подошвы обуви позволяет судить о высоте бампера. Таким образом, при бампер-повреждении можно установить механизм столкновения, высоту (от земли) расположения бампера травмировавшего автомобиля и направление его движения в момент удара. При сильном ударе образуются преимущественно прямые переломы костей таза, переломы позвоночника в шейном, реже — в верхнегрудном отделе от резкого разгибания тела. Удар грузовой машиной или автобусом может привести к образованию повреждений на голове, в том числе оскольча-тых прямых переломов черепа с кровоизлиянием вокруг перелома и на стороне противоудара. Удар в грудь ведет к односторонним, обычно прямым, переломам ребер, при непосредственном ударе возникают переломы и других костей.

Наконец, в этой фазе столкновения, особенно при ударе, развивается комплекс непрямых повреждений вследствие сотрясения тела.

Вторая фаза проявляется при действии легкового автомобиля, когда центр тяжести в момент удара приходится ниже центра тяжести тела. Это приводит к забрасыванию человека на капот либо на крыло машины, когда он ударяется головой о лобовое стекло или какие-то детали, получая соответствующие повреждения. Затем наступает третья фаза — отбрасывания тела. Для автомашин вагонного типа и грузовых, которые, ударяя выше центра тяжести, приводят сразу к отбрасыванию тела и падению — это вторая фаза (для легковых — третья). При этом, в зависимости от характера грунта, локализации повреждений и силы удара при падении образуются ссадины, кровоподтеки, ушибленные раны на выступающих частях лица и головы, переломы. В третьей (четвертой для легковых машин) фазе скольжения тела по твердому грунту — обширные, иногда полосчатые осаднения с параллельными царапинами вдоль движения, по которым можно установить направление передвижения тела. На одежде при ударе могут быть загрязнения, повторяющие форму ударной поверхности части автомашины, при скольжении — следы истирания от трения в виде истончения, разрывов ткани с поперечными по отношению к направлению движения складки.

Интерес представляют следы скольжения на подошве, по которым можно судить о положении потерпевшего, направлении удара, а также определить, стоял он в момент удара или шел, когда следы выражены только на одной подошве.

4. ВОПРОС УК-1 УК-2 ПК-5 ПК-10

Какие повреждения характерны для переезда пешехода автомашиной?

ОТВЕТ: Травма от переезда колесами автомобиля чаще встречается в комбинации с ударом или иным механизмом, также возникает по фазам, хотя н менее выраженным. Первая фаза — это удар и трение колесом, затем, при перекатывании через тело и сдавление его, наконец, про-таскивание тела по грунту.

Переезд сопровождается тяжелыми повреждениями, что приводит, в зависимости от тяжести транспорта, направления переезда к деформации головы с многооскольчатым открытым переломом костей. При переезде по передней поверхности туловища — к деформации грудной клетки с образованием множественных переломов ребер, а также переломов грудины. При перекатывании колеса по спине — к переломам лопатки, остистых отростков позвонков. Причем более тяжелые повреждения наблюдаются со стороны въезда колеса, а также разрывы, отрывы и перемещения внутренних органов; печень при сдавлении о позвоночник делится на две части с размозженными краями. Переезд и сдавление таза сопровождается переломом конечностей, разрывом сочленений, промежности, мочевого пузыря, прямой кишки. Переезд через конечности приводит к размозжению мышц, оскольчатым переломам трубчатых костей с образованием крупного отломка со стороны накатывания колеса.

К характерным для переезда относятся: множественные параллельные надрывы и разрывы кожи от растяжения, обширные отслоения кожи, которые образуются от давящего вращения колеса. Отслоения видны при дополнительных «лампасных» разрезах конечностей, когда оторванные размозженные мягкие ткани образуют полость, наполненную кровью.

Специфичными являются следы загрязнения на одежде и теле человека, а также повреждения на коже, оставляемые колесом в виде отпечатка его протектора. Они имеют большое су-дебно-медицинское значение, поэтому требуют осторожности при снятии одежды и перевозке трупа, т. к. рисунок этих загрязнений может не сохраниться. На коже рисунок просматривается в виде позитивных ссадин или загрязнений от сдавления выступающих частей колеса или негативных отпечатков — в виде кровоподтеков, ввиду того, что кровь перемещается в места, соответствующие углублениям протектора. Значение следов протектора в доказательстве переезда, установлении направления движения и локализации переезда, в предположении марки автомашины огромно. Это требует правильной фиксации особенностей следа путем масштабного фотографирования, описания, сохранения одежды, а затем назначения криминалистической автотехнической экспертизы, при которой при помощи фотосмещения или фотоналожения может быть решен вопрос о тождестве предполагаемой машины.

**4. Самоконтроль по тестовым заданиям данной темы**

1.ФАЗА ТРАВМИРОВАНИЯ ПРИ ПОЛНОМ ПЕРЕЕЗДЕ ТЕЛА КОЛЕСАМИ АВТОМОБИЛЯ

ПК-5

1) падение тела на автомобиль

2) накатывание и перекатывание колеса через тело

3) остановка продвижения тела по дороге

4) выпадение тела из кузова на дорогу

5) скольжение по кузову автомобиля

Правильный ответ: 2

2.ПОВРЕЖДЕНИЯ ДВИЖУЩИМИСЯ ЧАСТЯМИ ВС НА ЗЕМЛЕ МОЖЕТ ПРИЧИНИТЬ

ПК-5

1) не работающая турбина

2) лопасти работающего винта

3) задняя кромка крыла

4) хвостовое оперение

5) колеса

Правильный ответ: 2

3.ПОВРЕЖДЕНИЯ, ВОЗНИКАЮЩИЕ ОТ ВСТРЕЧНОГО ПОТОКА ВОЗДУХА, ПРИ РАЗГЕРМЕТИЗАЦИИ КАБИНЫ ВС В ПОЛЕТЕ

ПК-5

1) спинномозговые грыжи

2) острая эмфизема, кровоизлияния и разрывы легких

3) беременность у женщины

4) инфаркт миокарда

5) вывихи нижней челюсти

Правильный ответ: 2

4.ОСНОВНЫМ ВИДОМ ЖЕЛЕЗНОДОРОЖНОЙ ТРАВМЫ НЕ ЯВЛЯЕТСЯ

ПК-5

1) соскальзывание с деталей автосцепного механизма

2) травмирование при контакте с токонесущим проводником

3) волочение колесами рельсового транспорта

4) от столкновения движущегося поезда с человеком

5) выпадение из движущегося поезда

Правильный ответ: 2

5.ОСНОВНЫМ МОРФОЛОГИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ ОТ ПЕРЕЕЗДА КОЛЕСАМИ РЕЛЬСОВОГО ТРАНСПОРТА ЯВЛЯЕТСЯ

ПК-5

1) черепно-мозговая травма

2) перелом ребер

3) тупая травма живота

4) полоса давления, полоса осаднения

5) разрыв селезенки

Правильный ответ: 4

6.ВНЕШНЯЯ ПРИЧИНА ВОЗНИКНОВЕНИЯ СПОРТИВНЫХ ТРАВМ

ПК-5

1) отсутствие тренера

2) благоприятные метеорологические условия

3) большое количество зрителей

4) подготовленность участников спортивных мероприятий

5) низкое качество спортивного инвентаря

Правильный ответ: 5

7.ТЯЖЕСТЬ И ЛОКАЛИЗАЦИЯ ПОВРЕЖДЕНИЙ ПРИ ПАДЕНИИ С ВЫСОТЫ ЗАВИСИТ ОТ

ПК-5

1) наличия сопутствующих заболеваний

2) получения телом предшествующего дополнительного ускорения

3) психического состояния потерпевшего

4) возраста потерпевшего

5) пола потерпевшего

Правильный ответ: 2

8. ПРИ СМЕРТЕЛЬНОЙ ТРАВМЕ ОТ ВОЗДЕЙСТВИЯ ТУПОГО ТВЕРДОГО ПРЕДМЕТА НАИБОЛЕЕ ЧАСТАЯ ПРИЧИНА СМЕРТИ

ПК-5

1) тампонада сердца вследствие инфаркта миокарда

2) черепно-мозговая травма

3) асцит

4) кровотечение, геморрагический шок

5) варикозное расширение вен пищевода

Правильный ответ: 2

9.КРОВОПОДТЕК СЛЕДУЕТ ДИФФЕРЕНЦИЦИРОВАТЬ ОТ

ПК-5

1) пергаментного пятна

2) невуса

3) гемангиомы

4) трупного пятна

5) симуляции кровоподтека

Правильный ответ: 4

10. ПО ССАДИНЕ МОЖНО УСТАНОВИТЬ

ПК-5

1) место воздействия

2) условия возникновения травмы

3) срок беременности

4) форму контактной поверхности травми-

рующего предмета

5) наличие венерических заболеваний

Правильный ответ: 1

**5. Самоконтроль по ситуационным задачам**

Задача №1. **УК-1 УК-2 ПК-5 ПК-10**

ОБСТОЯТЕЛЬСТВА ДЕЛА. В постановлении о назначении судебно-медицинской экспертизы трупа указано: «19.12.2001 г. около 18 часов 15 минут Водитель Ю., управляя а/м ГАЗ-53, двигался по ул. К . В районе дома № 00 он совершил наезд на пешехода гр. И , 1919 г.р. В результате ДТП пешеход И. получила телесные повреждения, от которых 4.01.2002 г. скончалась в ГБСМП».

Представлена история болезни, заполненная на гр. И., 1919 г.р., которая 19.12.01 г. в 17.55 доставлена бригадой скорой помощи во второе нейрохирургическое отделение ГБСМП с нарушением сознания и осмотрена нейрохирургом , хирургом и травматологом. Со слов врача скорой помощи, 19.12.01 г. около 17.00 была сбита грузовым автомобилем на перекрестке ул. Киренского - Ковалевской. Из анамнеза: 3 инсульта с периода 1997 года. При поступлении общее состояние больной крайне тяжелое. Нормостенического телосложения. Кожные покровы обычной окраски, сухие, теплые. Дыхание жесткое, поводится по всем полям, хрипов нет. АД 150/90 мм.рт.ст. Пульс 92/мин. Сердечные тоны приглушены, ритмичные. Живот участвует в акте дыхания, при пальпации мягкий, не вздут, податливый. Симптомов раздражения брюшины нет. Печень по краю реберной дуги. Селезенка не пальпируется. Симптом 12 ребра отрицательный с обеих сторон. Сознание нарушено по типу оглушение 2-3. Простейшие инструкции выполняет, речь невнятная. Зрачки равны, средние, фотореакция сохранена. Лицо симметрично. Мышечный тонус справа снижен. Рефлексы с рук больше справа. Ригидности мышц затылка нет. Умеренный отек тазобедренного сустава справа, при движении болезненность. Симптом «прилипшей пятки» справа. На рентгенограммах черепа, таза, верхней трети правого бедра № 20717: краевой перелом лонной кости справа на уровне лонного сочленения, перелом тела седалищной кости справа; линейный перелом височной кости справа с переходом на основание черепа; травматических повреждений верхней трети правого бедра не выявлено. Диагноз: Сочетанная травма. Закрытая черепно-мозговая травма. Ушиб головного мозга. Перелом костей таза справа. Перелом височной кости справа. Операция – лапароцентез – патологического отделяемого не получено. Послеоперационный диагноз: Закрытая травма живота? Оператор Кантемиров. Осмотрена окулистом – артифалия, ангиоспазм сетчатки обоих глаз. На ЭХО-ЭС от 20.12.01 г. – смещения М-ЭХО не выявлено. Произведена пункция и катетеризация правой подключичной вены. На Ф-бронхоскопии от 4.01.02 г. - аспирационный синдром. Диффузный двусторонний атрофический эндобронхит. Проводилась дегидратационная, антибактериальная, инфузионная, сосудистая терапия. Состояние больной несколько улучшилось. Однако, отмечается субкомпенсация полиорганной недостаточности, рост показателей мочевины, биллирубина, сохраняющаяся мерцательная аритмия, тахисистолическая форма. Несмотря на проводимую интенсивную терапию, 4.01.02 г. в 19.30 у больной наступила остановка дыхания и сердечной деятельности, констатирована смерть.

ПОСМЕРТНЫЙ ДИАГНОЗ. Сочетанная травма тяжелой степени. Закрытая черепно-мозговая травма. Ушиб головного мозга тяжелой степени. Линейный перелом правой височной кости. Перелом правой седалищной кости. Краевой перелом правой лонной кости. Ушибы мягких тканей головы, конечностей, туловища. Осложнения: двусторонняя гипостатическая пневмония; хроническая почечная недостаточность, уремия; геморрагический цистит. Сопутствующий диагноз: ИБС, стенокардия 2 т., пароксизм мерцательной аритмии от 19.12.01 г.; сердечная недостаточность 2 А; гипертоническая болезнь 2 ст. Операция от 19.12.01 г. - лапароцентез.

Алкоголь – анализов нет.

НАРУЖНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ. Труп женщины, доставлен без одежды, среднего телосложения, удовлетворительного питания, длиной тела 162 см. Кожа бледно-серая, холодная на ощупь во всех отделах, в отлогих местах тела сливные, фиолетовые, не исчезающие и не меняющие цвет при надавливании трупные пятна. Трупное окоченение достаточно выражено во всех обычно исследуемых группах мышц. Склеры глаз мутные, тусклые, суховаты, кровоизлияний в соединительные оболочки глаз не отмечается, зрачки равновелики по 0,4 см диаметром. Голова правильной формы, кости черепа и лицевого скелета на ощупь целы. Грудная клетка цилиндрическая, эластичная, упругая, ребра на ощупь целы. Живот на одном уровне с грудной клеткой. Слизистая оболочка губ синюшная, подсохшая. Анальное отверстие сомкнуто, кожа вокруг него слегка обпачкана каловыми массами. Половые органы развиты правильно по женскому типу.

ПОВРЕЖДЕНИЯ. Справа по наружной поверхности верхней трети бедра с переходом на заднюю в 60 см от уровня стоп на участке 25х18 см, вертикально ориентированные, округлые, зеленовато-синюшные кровоподтеки, от 3 до 5 см диаметром. Других повреждений, кроме следов медицинских манипуляций, при наружном исследовании не обнаружено.

При послойных разрезах: ржаво-красное кровоизлияние по наружной поверхности с переходом на заднюю по всей поверхности правого бедра в мышцах, начинаясь в 43 см от уровня стоп до коленного сустава и, распространяется на подвздошную область передней брюшной стенки.

При ревизии костей таза: Справа поперечный перелом подвздошной кости в подвздошно-крестцовом сочленении. Полный поперечный перелом справа верхнего полукольца лонной кости. Сплошные кровоизлияния в мышцы малого таза справа и стенку мочевого пузыря, которая утолщена, с отеком и наложениями фибрина со стороны слизистой.

ВНУТРЕННЕЕ ИССЛЕДОВАНИЕ: Полость черепа. В кожно-мышечном лоскуте головы в центре в проекции пересечения стреловидного и венечного швов ржаво-красное кровоизлияние диаметром 7 см. Кости свода и основания черепа целы. Твердая мозговая оболочка серо-перламутрового цвета, цела, блестящая, гладкая, влажная, просвет ее синусов выполнен жидкой темной кровью с темно-вишневыми свертками. Субдурально: по всем отделам мозга ржаво-красные пластинчатые кровоизлияния. Субарахноидально: кровоизлияния - справа диаметром 4 см в проекции средней височной извилины, на базальной поверхности лобной доли диаметром 4 см, на базальной поверхности правой височной доли диаметром 6 см. В правой височной доле некроз вещества мозга на участке диаметром 8 см, с образованием внутримозговой гематомы, распространяющийся на 3 желудочек через боковую стенку, граничащий с мягкой мозговой оболочкой. В зонах субарахноидальных кровоизлияний справа пятнистые кровоизлияния в вещество мозга на глубину коры. Сосуды Вилизиева круга с тонкими стенками, пустым просветом. Борозды мозга сглажены, извилины уплощены, на миндаликах мозжечка полоса вдавления от краев большого затылочного отверстия шириной 1 см. Головной мозг эластичный, на разрезах с четкой границей серого и белого вещества и мраморным рисунком подкорковых ядер. Поверхности разрезов тускловаты, липнут к лезвию ножа. Желудочки мозга симметричны, обычного объема, эпендима их бледно-серая, блестящая, влажная, в полостях желудочков следы прозрачной соломенного цвета жидкости. Сосудистые сплетения обычного вида, полнокровны.

При ревизии шеи – слабо выраженные мелкопятнистые кровоизлияния только в задней атланто-затылочной мембране. Спинной и продолговатый мозг – обычного вида.

ОРГАНЫ ГОЛОВЫ И ШЕИ. Язык синюшный, влажный, обложен серовато-желтым, не снимающимся налетом. Слизистые оболочки носоглотки синюшные, влажные, блестящие. Небные миндалины округлые, диаметром по 1,5 см, с бугристой поверхностью, без наложений, синюшные. В мягких тканях шеи повреждений и кровоизлияний не обнаружено. Вход и просвет гортани свободен, слизистая оболочка ее бледно-серая. Подъязычная кость и хрящи гортани целы, в мягких тканях ее повреждений не обнаружено. Просвет трахеи и главных бронхов свободен, хрящи трахеи целы. Щитовидная железа обычных размеров, с равновеликими долями, плотно-эластичная, темно-коричневая, на разрезе полнокровна, дольчатого строения. Просвет пищевода свободен, слизистая его бледно-серая – продольно-складчатая.

ГРУДНАЯ ПОЛОСТЬ. В плевральных полостях следы прозрачной жидкости. Легкие выполняют 2\3 полостей, с блестящей, гладкой и влажной плеврой. Под висцеральной плеврой, особенно, в прикорневых отделах легких и по базальным поверхностям, множественные точечные кровоизлияния. Легкие синюшные в передних и темно-синюшные в задних отделах. При ощупывании легкие тестоватой консистенции. На разрезах легкие темно-красные с обычным рисунком. С поверхности разреза из сосудов стекает темная жидкая кровь в повышенном количестве, с разреза легочной ткани – пенистая желто-красная, прозрачная жидкость в повышенном количестве. Просвет воздухо-проводящих путей свободен. Слизистые оболочки воздухо-проводящих путей светло-розовые, набухшие. Бифуркационные лимфоузлы располагаются в виде пакетов диаметром от 1 до 2 см, эластичные, не спаянные между собой и с окружающими тканями, темно-синюшные, на разрезах сочные, с обычным рисунком. В полости перикарда следы прозрачной жидкости, листки его гладкие, влажные, блестящие. Под эпикардом единичные точечные рассеянные темно-красные кровоизлияния. Сердце дрябло-эластичное, 11х9х8 см, с избыточным отложением жира под эпикардом. В полостях сердца немного жидкой темной крови с мелкими единичными темно-вишневыми свертками. Миокард розовато-синюшный, эластичный, неравномерного кровенаполнения. Толщина стенки правого желудочка 0,3 см, левого 1,2 см. Клапаны и пристеночный эндокард тонкий, полупрозрачный, клапаны сформированы правильно, под эндокардом левого желудочка сердца рассеянные мелкопятнистые кровоизлияния в небольшом количестве. Аорта эластична, со следами жидкой крови в просвете и рассеянными липидными пятнами в интиме. Коронарные артерии с тонкими стенками, пустым просветом.

БРЮШНАЯ ПОЛОСТЬ. Органы расположены анатомически правильно. В полости следы прозрачной жидкости соломенного цвета. Листки брюшины гладкие, влажные, блестящие. В просвете желудка и кишечника содержимое соответствует отделам, слизистые оболочки их бледно-серые. Мезентериальные лимфоузлы располагаются раздельно, диаметр их не более 1 см, эластичны. Печень 26х20х18х13 см, эластичная, желто-коричневая с поверхности и на разрезах, полнокровная, со смазанным рисунком долек. В желчном пузыре 15 мл жидкой темно-зеленой желчи, слизистая оболочка его темно-зеленая, бархатистая. Просвет внепеченочных желчевыводящих путей свободно проходим. Поджелудочная железа обычных размеров, плотно-эластичная, бледно-серая, на разрезах - дольчатого строения. Надпочечники листовидной формы, обычных размеров, на разрезах граница слоев отчетливо выражена. Почки равновелики, 11х6х5 см, дрябло-эластичные. Капсула сползает при надрезе, обнажая ровную поверхность. По краю разреза паренхима наползает на капсулу. На разрезах корковый слой - синюшный, с темно-красным крапом и подчеркнутым рисунком, мозговой слой также с подчеркнутым рисунком, граница слоев отчетливо выражена. Слизистые оболочки лоханок и чашечек бледно-синюшные, гладкие, блестящие, просвет последних свободен. Мочеточники проходимы на всем протяжении, с бледно-серой слизистой. Мочевой пузырь пуст, слизистая оболочка его складчатая, бледно-серая, уретра свободно проходима.

Из трупа для судебно-гистологического исследования взяты кусочки внутренних органов на патоморфологические изменения.

Вопросы:

1.Основной диагноз? Осложнения?

2.Степень тяжесть полученных телесных повреждений гр.И.?

3.Локализация телесных повреждений, направление удара?

4.Причина смерти, причинная связь телесных повреждений, полученных в ДТП, и смерти?

5. Состояние алкогольного опьянения?

Эталон ответа:

1. Сочетанная травма тела: а) закрытая черепно-мозговая травма – рассеянные субдуральные кровоизлияния, субарахноидальные и внутримозговые кровоизлияния в правых лобной и височной долях головного мозга; б) закрытая спинальная травма – мелкопятнистые кровоизлияния в задней атланто-затылочной мембране; в) Прелом подвздошной кости справа в подвздошно-крестцовом сочленении, перелом верхнего полукольца лонной кости справа, кровоизлияния в мягкие ткани малого таза и в стенку мочевого пузыря; г) кровоподтеки и кровоизлияния в мягкие ткани правой нижней конечности. Осложнения: отек и набухание головного мозга с дислокацией; отек легких, полнокровие внутренних органов.

2.При судебно-медицинской экспертизе трупа обнаружены телесные повреждения в виде: а) закрытая черепно-мозговая травма – рассеянные субдуральные кровоизлияния, субарахноидальные и внутримозговые кровоизлияния в правых лобной и височной долях головного мозга; б) закрытая спинальная травма – мелкопятнистые кровоизлияния в задней атланто-затылочной мембране; в) Перелом подвздошной кости справа в подвздошно-крестцовом сочленении, перелом верхнего полукольца лонной кости справа, кровоизлияния в мягкие ткани малого таза и в стенку мочевого пузыря; г) кровоподтеки и кровоизлияния в мягкие ткани правой нижней конечности. Повреждения квалифицируются в совокупности, являются опасными для жизни в момент причинения, обусловили тяжкий вред здоровью и имеют прямую причинную связь со смертью.

3.Смерть наступила в результате сочетанной травмы тела, сопровождавшейся закрытой черепно-мозговой травмой с ушибом головного мозга, осложнившейся отеком и набуханием головного мозга с дислокацией. Вывод подтверждается картиной, найденной на вскрытии, и данными медицинской документации.

4.Локализация и механизм образования телесных повреждений позволяет предположить, что они могли быть получены в результате ДТП, при условии, что пострадавшая являлась пешеходом с первичным ударом выступающими частями транспортного средства справа налево по наружной поверхности правого бедра.

5.Данных за алкогольное опьянение пострадавшей при поступлении в стационар в истории болезни не обнаружено.

Задача №2. **УК-1 УК-2 ПК-5 ПК-10**

ОБСТОЯТЕЛЬСТВА ДЕЛА. В постановлении о назначении судебно-медицинской экспертизы указано, что «22.03.2009 г. около 20 ч. 42 мин. водитель О., управляя автомобилем марки «Тойота Премио», двигался по ул.78 Добровольческой Бригады со стороны ул. Весны в сторону ул. Алексеева. Проезжая в районе перекрестка ул. Мира - ул. Ленина в Советском районе г.К…….., гр. О. допустил наезд на пешехода Д. В результате дорожно-транспортного происшествия пешеход Д. получил телесные повреждения, с которыми был доставлен ГБ № 6 г.К….., где скончался 23.03.2009 года. 25.03.2009 года проведено судебно-медицинское исследование трупа Д. Принимая во внимание, исследование трупа проведено до возбуждения уголовного дела, она не может являться доказательством. В связи с чем, необходимо проведение судебно-медицинской экспертизы в рамках уголовного дела для производства которой, необходимы специальные познания в области медицины».

ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКАЯ ЧАСТЬ.

Представлен акт судебно-медицинского исследования. Представлена медицинская карта стационарного больного из ГКБ № 6 на имя Д., 1951 г.р., который 22.03.04г. в 21-40 бригадой "скорой помощи" был доставлен в ХО-2 с жалобами на головные боли, боли в грудной клетке, боли в области правого плечевого сустава. Со слов врача скорой помощи около 20-00 ч. сбит неизвестным автомобилем на перекрестке Мира – Ленина. При поступлении состояние больного ближе к тяжелому. Кожные покровы и видимые слизистые бледно-розовые, чистые. Пальпация правого плечевого сустава болезненна. В легких дыхание проводится слева, справа резко ослаблено, в нижних отделах притупления перкуторного звука. Сердечные тоны ритмичны, приглушены, ЧСС 90\мин. АД 120\70 мм.рт.ст. ЧДД 19\мин. Живот симметричен, не вздут, участвует в акте дыхания, при пальпации мягкий, безболезненный во всех отделах. Симптомов раздражения брюшины нет. Притупления перкуторного звука в отлогих местах живота не выявлено. Сознание нарушено по типу оглушение 2-3. Язык по средней линии. Зрачки средних размеров, равны, фотореакции живые, движения глазных яблок в полном объеме. Сухожильные рефлексы с рук равны, коленные равны, ахилловы равны. Парезов, параличей не выявлено. Ригидность мышц затылка до 2 см Симптом Кернига 160. Патологические стопные знаки не вызываются. Отогемоназоликвореи не выявлено. При рентгенологическом исследовании от 22.03.09: травматических повреждений костей свода черепа и костей таза не обнаружено; на рентгенограмме грудной клетки справа – вывих головки плечевой кости, разрыв …, справа снижение пневматизации за счет, не исключается за счет ушиба; справа множественные переломы со смещением. 22.03 осмотрен хирургом, с диагностической целью произведена операция лапароцентез - патологического отделяемого из брюшной полости не получено. Осмотрен травматологом, произведена операция: вправление правого плеча. 22.03 произведена операция - плевральная пункция справа (из плевральной полости удалено около 100 мл крови). У больного внезапное, резкое ухудшение состояния. Уровень нарушения сознания сопор. Зрачки равны, расширены. Дыхание глубокое, шумное. ЧДД 26-30\мин. АД 60\40 мм.рт.ст. Пульс 120\мин. У больного наблюдается нарастание подкожной гематомы в области установленного плеврального дренажа, по которому отошло около 150 мл крови. После рентгенконтроля грудной клетки по плевральному дренажу проффузно отошло около 2 л крови. 23.03.09г. экстренно произведена операция Торакотомия справа, ушивание разрывов правого легкого, гемостаз, дренирование плевральной полости справа. Произведена переднебоковая торакотомия справа в 5 межреберье. В плевральной полости до 300 мл крови со сгустками – удалены. При ревизии выявлено 4 разрыва правого легкого, кровоточат, ушиты. Контроль на герметизм. В плевральную полость выстоят отломки ребер с повреждением межреберных сосудов, кровоточат. Верхняя доля легкого несколько спаяна с париетальной плеврой. Спайки рассечены. Несмотря на лигирование сосудов, раневая поверхность передней грудной клетки умеренно диффузно кровоточит. Плевральная полость дренирована. Из операционной больной поступил в отделение реанимации. На контрольной рентгенограмме № 5575 от 23.03.09г. справа после вправления вывих устранен, суставные поверхности конгруэнтны; справа диффузное снижение пневмотизации всего гемоторакса, не исключается за счет растекания свободной жидкости; купол диафрагмы и синус не определяются. Заключение: гидроторакс справа, ушиб легкого, переломы ребер со смещением. На рентгенограмме грудной клетки № 5582 от 23.03.09г. гидроторакс справа, ушиб легкого, переломы ребер. 23.03.09 операция реторакотомия, ревизия, гемостаз. Сняты все швы. В плевральной полости до одного литра крови со сгустками, осушено. При ревизии явного источника кровотечения не выявлено. Отмечается диапедезное кровотечение из париетальной плевры, области поврежденных ребер. Последние повторно прошиты. Плевральная полость промыта, осушена. Несмотря на проводимую терапию состояние больного терминальное. Кома атоническая. Зрачки широкие, реакции нет. АД 60\30 – 20\10 мм.рт.ст. Пульс 130-100\мин. На фоне неуправляемой гипотонии произошла остановка сердечной деятельности в 14-07 23.03.09г., констатирована смерть больного. ПОСМЕРТНЫЙ ДИАГНОЗ. Сочетанная травма. Закрытая черепно-мозговая травма. Ушиб головного мозга. Множественные переломы ребер двойные со смещением справа. Разрыв правого легкого, сердца. Гемоторакс. Травматический шок 3-4 степени. Вывих правого плеча. Алкоголь – данных нет.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Данные анализов | | | | |
| Параметры  дата | 22.03 | 23.03 |  |  |
| эритроциты | 4,24 | 2,71 |  |  |
| Цветной п. | 0,93 | 0,88 |  |  |
| гемоглобин | 132 | 80 |  |  |
| тромбоциты | 146 | 96 |  |  |
| гематокрит | 37,1 | 23,0 |  |  |
| лейкоциты | 13,0 | 12,2 |  |  |
| базофилы | 1 |  |  |  |
| эозинофилы | 1 |  |  |  |
| палочкоядерные | 2 |  |  |  |
| сегментоядерные | 80 |  |  |  |
| лимфоциты | 14 |  |  |  |
| моноциты | 2 |  |  |  |
| РОЭ | 5 |  |  |  |
| Амилаза | 119 |  |  |  |
| мочевина | 9,0 | 8,1 |  |  |
| Билирубин общ. | 33,1 | 24,5 |  |  |
| Прямой | 5,0 | 5,0 |  |  |
| непрямой | 28,1 | 19,5 |  |  |
| Белок крови | 70,2 | 23,9 |  |  |
| Калий | 3,5 | 3,4 |  |  |
| Натрий | 145 | 137 |  |  |

НАРУЖНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ. Труп мужчины, доставлен без одежды, среднего телосложения, правильного удовлетворительного питания, длиной тела 170 см. Кожа бледно-серая, холодная на ощупь во всех отделах, в отлогих местах тела сливные, фиолетовые, не исчезающие и не меняющие цвет при надавливании трупные пятна. Выраженная пастозность клетчатки обеих стоп, правого предплечья, правой кисти. По средней линии живота вертикальный ушитый операционный разрез с вставленной пластмассовой трубкой. Трупное окоченение достаточно выражено во всех обычно исследуемых группах мышц. Склеры глаз мутные, тусклые, суховаты, кровоизлияний в соединительные оболочки глаз не отмечается, зрачки равновелики по 0,5 см диаметром. Голова правильной формы, кости черепа и лицевого скелета на ощупь целы. Грудная клетка цилиндрическая. Живот на одном уровне с грудной клеткой. Естественные отверстия тела и полости рта и носоглотки свободны, чистые. Слизистая оболочка губ синюшная, подсохшая. Анальное отверстие сомкнуто, кожа вокруг него слегка обпачкана каловыми массами. Половые органы развиты правильно. Кости конечностей целы. ПОВРЕЖДЕНИЯ. Справа по передней, с переходом на наружную поверхность голени, в 27 см от уровня стоп, на неправильно треугольном участке основанием вниз, с шириной оси 5 см, с длиной ребер по 8,5 см синюшные кровоподтеки в количестве 7 штук размерами от 0,7 до 3,5 см в диаметре. Правая верхняя конечность в гипсовой повязке от плеча до лучезапястного сустава. Багрово-синюшный кровоподтек по всей верхней поверхности правого плеча до основания шеи 19х9 см. По снятию гипсовой повязки на запястье браслет из белого металла. По тыльной поверхности правой кисти синюшное прокрашивание кожи. Аналогичное кровоизлияние по всей наружной поверхности правого предплечья. Аналогичные по характеристикам кровоподтеки: на правом плече диаметром 12 см, на левом – 9,5 см. Справа множественные кровоизлияния по внутренней поверхности в связках голеностопного сустава. В подкожной клетчатке и мышцах по наружной поверхности голени справа от стопы до коленного сустава полосовидное кровоизлияние шириной 8 см. Кровоизлияния с надрывами связок правого коленного сустава с выполнением полости сустава кровью. Слева: синюшное прокрашивание кожи в проекции задней лодыжки на участке 4х2 см, в 55 см от уровня стоп синюшный кровоподтек вертикально ориентированный 13х4,5 см по передневнутренней поверхности левого бедра. Аналогичный по характеристикам кровоподтек в 41 см от уровня стоп диаметром 3 см по внутренней поверхности левого коленного сустава. При послойных разрезах - слева полный поперечный перелом задней лодыжки. Слева, по внутренней поверхности, кровоизлияние в икроножную мышцу диаметром 10 см в 17 см от уровня стоп. Правая половина грудной клетки по ходу 5 межреберья с операционным разрезом длиной 21 см с 19 швами. В 4 межреберье операционный разрез с пластиковой трубкой. В 7 межреберье по средне-подмышечной линии ушитый разрез. По средне-подмышечной линии справа в 6-7 межреберье кровоподтек 5х5 см. При ревизии грудной клетки справа - инфильтрация кровью мягких тканей верхних отделов грудной клетки, шеи и плеча. Справа в проекции лопатки кровоизлияние в мышцы диаметром 5 см. При ревизии - полный поперечный перелом акромиального отростка лопатки. Полный косопоперечный перелом акромиального конца правой ключицы в 1,5 см от суставной поверхности. В обоих паховых сгибах областях ушитые ранки после катетеризации. Справа в области надбровной дуги от середины брови до наружного края синюшный кровоподтек 4х1,5 см.

Каких-либо иных повреждений при исследовании не обнаружено. При проведении судебно-медицинского исследования трупа использовались: кожные разрезы по методу Христофорова. ВНУТРЕННЕЕ ИССЛЕДОВАНИЕ Извлечение органокомплекса произведено по методу Шора с распилом ребер спереди. Череп вскрывался угловым распилом. Доступ к спинному мозгу осуществлялся сзади по методу Медведева. Масса органов.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Масса | № 46 | норма |
| Мозг | 1300 | До 1400 |
| Легкое правое | 750 | 450 |
| левое | 600 | 375 |
| Сердце | 300 | 200-400 |
| Печень | 1250 | 1200-2000 |
| Селезенка | 90 | 80-180 |
| Почки Правая/Левая | 150/150 | 275-310 |

ПОЛОСТЬ ЧЕРЕПА. В коже головы в правой теменной области в 2 см от стреловидного и на 3 см кпереди от вершины лямбдовидного шва кровоизлияние диаметром 4 см с инфильтрацией апоневроза кровью на участке 13х8 см. Кости свода и основания черепа целы. Твердая мозговая оболочка напряжена, серо-перламутрового цвета, блестящая, в синусах ее следы жидкой крови. Субдуральное пространство свободно. По снятию твердой мозговой оболочки справа по наружной поверхности теменной доли с переходом на затылочную долю с центром на середине постцентральной извилины отграничено-диффузные кровоизлияния на участке 11х7 см. Слева, на границе лобной, теменной и височной долей на участке диаметром 2 см пятнистые кровоизлияния в мягких мозговых оболочках без эрозий, окруженное полосой отграничено-диффузных кровоизлияний шириной 2 см. Мягкие мозговые оболочки в остальных отделах тонкие, прозрачные с малокровными сосудами. Борозды мозга несколько сглажены, извилины слегка уплощены. На миндаликах мозжечка кольцевидная полоса вдавления от краев большого затылочного отверстия, шириной 0,3 см, без губовидного выпячивания вещества мозга внутри кольца и без кровоизлияний. Головной мозг дрябло-эластичный, на разрезах с четкой границей серого и белого вещества и мраморным рисунком подкорковых ядер. Поверхности разрезов тускловаты, липнут к лезвию ножа. Желудочки мозга симметричны, обычного объема, эпендима их бледно-серая, блестящая, влажная, в полостях желудочков следы прозрачной соломенного цвета жидкости. Сосудистые сплетения обычного вида, малокровны. ОРГАНЫ ШЕИ, ГРУДНОЙ И БРЮШНОЙ ПОЛОСТЕЙ. Полные поперечные и косопоперечные переломы ребер справа: 1-2 по околопозвоночной линии, 3, 4 – околопозвоночной и задне-подмышечной, 5-6 околопозвоночной, 7-9 по задне-подмышечной линии, 1-8 по около-грудинной линии. Все переломы имеют сгибательный характер со сколами компактной пластинки по внутренним линиям переломов. Полные сгибательный перелом грудины между телом и рукояткой с отвесной плоскостью перелома и сколами компактной пластинки по внутренней линии. В зонах переломов инфильтрирующие кровоизлияния в мышцы. Слева ребра целы. При ревизии париетальной плевры в проекции переломов между 2-3, 4-5 ребрами множественные разрывы плевры. В правой плевральной полости 300 мл темно-вишневой крови со сгустками. При ревизии в прикорневой зоне множественные надрывы висцеральной плевры на границе париетальной и висцеральной плевры с инфильтрации этой зоны кровью. В нижней части дуги аорты по правой боковой стенке горизонтальный линейный разрыв длиной 2,5 см с расхождением краев до 0,5 см в центре и инфильтрацией кровью парааортальной клетчатки. Левая дужка подъязычной кости с полным поперечным разгибательным переломом со сколами компакта по наружной линии. Хрящи гортани целы. В средней трети трахеи на участке длиной 2 см в передних отделах патологическая подвижность хрящей с кровоизлиянием в межхрящевые соединения. В правой доле печени по наружной поверхности 4 вертикальных параллельных подкапсульных разрыва от 8 до 4 см длиной с промежутками в 2 см. Язык синюшный, влажный, обложен серовато-желтым, не снимающимся налетом. Слизистые оболочки носоглотки синюшные, влажные, блестящие. Легкие выполняют 2\3 полостей, с блестящей, гладкой и влажной плеврой. Органы брюшной полости расположены анатомически правильно, в полости следы прокрашенной кровью жидкости. Листки брюшины гладкие, влажные, блестящие. Просвет пищевода свободен, слизистая его бледно-серая, продольно складчатая. Вход и просвет гортани свободен, слизистая оболочка ее бледно-серая. Просвет трахеи и главных бронхов с примесью крови. Щитовидная железа обычных размеров, с равновеликими долями, плотно-эластичная, темно-коричневая, на разрезе малокровна, дольчатого строения с множественными инфильтрирующими кровоизлияниями. Аорта, вне разрыва, эластична, со следами жидкой крови в просвете и рассеянными липидными пятнами в интиме. Легкие синюшные в передних и темно-синюшные в задних отделах, тестоватой консистенции, на разрезах бледно-красные с обычным рисунком, малокровны. Слизистые оболочки воздухо-проводящих путей светло-серые, набухшие. Бифуркационные лимфоузлы диаметром от 1 до 2 см, эластичные, не спаянные между собой и с окружающими тканями, темно-синюшные, на разрезах сочные, с обычным рисунком. В полости перикарда следы прозрачной жидкости, листки его гладкие, влажные, блестящие. Сердце дрябло-эластичное, 11х10х9 см. В полостях сердца немного жидкой темной крови с мелкими единичными темно-вишневыми свертками. Миокард розовато-синюшный, эластичный, с сетчатым разрастанием соединительной ткани, неравномерного кровенаполнения. Толщина стенки правого желудочка 0,3 см, левого 1,5 см. Клапанный и пристеночный эндокард тонкий, прозрачный, клапаны сформированы правильно. Под эндокардом левого желудочка множественные полосчатые кровоизлияния. Коронарные артерии с тонкими стенками, пустым просветом. Желудок пустой, содержимое кишечника отделам соответствует, слизистые оболочки желудочно-кишечного тракта бледно-серые. Мезентериальные лимфоузлы располагаются раздельно, диаметр их не более 1 см, эластичны. Печень 24х18х16х13 см, плотно-эластичная, бледно-коричневая с поверхности и на разрезах, малокровная, со смазанным рисунком долек. Просвет внепеченочных желчевыводящих путей свободно проходим. Поджелудочная железа обычных размеров, плотно-эластичная, бледно-серая, на разрезах – дольчатого строения. Селезенка 6х4х3 см, эластичная, синюшная с морщинистой капсулой, гипоплазией белой пульпы, на разрезах без соскоба. Надпочечники листовидной формы, обычных размеров, на разрезах граница слоев четкая. Почки равновелики, 11х6х5 см, дрябло-эластичные. Капсула сползает при надрезе, обнажая ровную поверхность. По краю разреза паренхима наползает на капсулу. На разрезах корковый слой - синюшный, с темно-красным крапом и подчеркнутым рисунком, мозговой слой также с подчеркнутым рисунком, граница слоев отчетливо выражена с малокровием юкстамедуллярной зоны. Слизистые оболочки лоханок и чашечек бледно-синюшные, гладкие, блестящие, просвет их свободен. Мочеточники проходимы на всем протяжении, с бледно-серой слизистой. Мочевой пузырь пуст, слизистая оболочка его складчатая, бледно-серая, уретра свободно проходима. ПОЗВОНОЧНИК И СПИННОЙ МОЗГ: При ревизии позвоночного столба кровоизлияния в передней прямой связке и инфильтрация ее кровью в шейном отделе, а при пальпации определяется подвижность 4-6 шейных позвонков. При отсепаровке кожи сзади в правом верхнем отделе грудной клетки и инфильтрирующие кровоизлияния, распространяющиеся на мышцы шеи по задней поверхности до основания черепа. Полный поперечный перелом остистых отростков 5-6 шейных позвонков с кровоизлияниями в межостистые связки с 4 шейного по 1 грудной позвонки. При вскрытии позвоночного канала на уровне 3 шейного по 7 грудной позвонки сплошные кровоизлияния в эпидуральную клетчатку. Кровоизлияния в заднюю продольную связку с 3 шейного по 2 грудной позвонки. Компрессионный многооскольчатый перелом тела 6 шейного позвонка клиновидный основанием кпереди, задняя часть тела позвонка высотой не более 1 см. Кровоизлияния в связки 1-2 шейных позвонков отсутствуют. Субдуральные пространства свободны, твердая мозговая оболочка напряжена, бледно-серая, блестящая, мягкие мозговые оболочки тонкие, прозрачные, спинной мозг дряблый, на разрезах обычного рисунка. Из трупа для судебно-гистологического исследования взяты кусочки внутренних органов на патоморфологические изменения. Для судебно-химического исследования кровь и фрагмент почки на наличие алкоголя. Для судебно-биологического исследования кровь.

ДАННЫЕ ДОПОЛНИТЕЛЬНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ. 1) Представлен акт судебно-химического исследования от 30.03.09г. При судебно-химическом исследовании вещественных доказательств, изъятых при вскрытии трупа, не обнаружен этиловый спирт. А К Т Судебно-гистологического исследования, произведено исследование кусочков внутренних органов от трупа Д., 1951 г.р. ЗАКЛЮЧЕНИЕ Кусочек из грубоволокнистой соединительной ткани по краю которого организующаяся гематома со скоплениями лейкоцитов, разрастанием сосудов и фибробластов, с участками свежих кровоизлияний в толще гематомы и наличием жировой клетчатки. Печень – воспалений не выявлено, полнокровие синусоидов. Спинной мозг – массивное выпадение нейронов, сохраненные нейроны с хроматолизом, большое количество гиалиновых шаров. Выражен периваскулярный перицеллюлярный отек. Во втором кусочке эпидуральное скопление лизированных эритроцитов. В веществе мозга изменения аналогичны вышеописанному кусочку. Кусочек мягких тканей состоящих из деформированных нервных стволов, со скоплением клеток АПУД-системы, с наличием поперечно-полосатых мышечных волокон, с рассеянными мелкими очагами мононуклеарных инфильтратов. Головной мозг – периваскулярный перицеллюлярный отек. Субарахноидальные диффузные кровоизлияния, распространяющиеся на кору мозга с гемолизом эритроцитов и умеренной лейкоцитарной инфильтрацией по периферии. Легкие – стаз крови в сосудах, неравномерно выраженный межуточный и внутриальвеолярный отек с наличием внутриальвеолярных кровоизлияний. Воспалительных изменений не выявлено.

Вопросы:

1.Судебно-медицинский диагноз?

2.Осложнение?

3.Какова степень тяжести вреда причиненного здоровью?

4.В каком положении относительно травмирующей силы находился погибший в момент наезда?

5. Находился ли погибший в момент ДТП в состоянии алкогольного или наркотического опьянения?

Эталон:

1.Сочетанная травма тела: а) закрытая торако-абдоминальная травма – кровоподтек по средне-подмышечной линии справа в 6-7 межреберьях, инфильтрация кровью мягких тканей правых верхних отделов грудной клетки, шеи и плеча, кровоизлияние в мышцы в проекции правой лопатки, полный поперечный перелом акромиального отростка правой лопатки, полный косопоперечный перелом акромиального конца правой ключицы в 1,5 см от суставной поверхности, поперечные и косопоперечные переломы ребер справа: 1-2 по околопозвоночной линии, 3, 4 – околопозвоночной и задне-подмышечной, 5-6 околопозвоночной, 7-9 по задне-подмышечной линии, 1-8 по около-грудинной линии, поперечный перелом грудины между телом и рукояткой, инфильтрирующие кровоизлияния в мышцы в зонах переломов; множественные разрывы париетальной плевры в проекции переломов между 2-3, 4-5 ребрами, множественные надрывы висцеральной плевры на границе париетальной и висцеральной плевры с инфильтрации этой зоны кровью в прикорневой зоне правого легкого, разрыв нижней части дуги аорты по правой боковой стенке с инфильтрацией кровью парааортальной клетчатки, правосторонний гемоторакс 300 мл; подкапсульные разрывы по наружной поверхности правой доле печени; б) закрытая черепно-мозговая травма - кровоизлияние в коже головы в правой теменной области справа, субарахноидальные отграничено-диффузные кровоизлияния по наружной поверхности правой теменной доли с переходом на затылочную долю, пятнистые кровоизлияния на границе левых лобной, теменной и височной долей окруженные полосой отграничено-диффузных кровоизлияний; в) закрытая спинальная травма - кровоизлияния в передней прямой связке и инфильтрация ее кровью в шейном отделе, полный поперечный перелом остистых отростков 5-6 шейных позвонков с кровоизлияниями в межостистые связки с 4 шейного по 1 грудной позвонки, многооскольчатый клиновидный основанием кпереди перелом тела 6 шейного позвонка, кровоизлияния в заднюю продольную связку с 3 шейного по 2 грудной позвонки, сплошные кровоизлияния в эпидуральную клетчатку на уровне с 3 шейного по 7 грудной позвонки; г) перелом левой дужки подъязычной кости и хрящей средней трети трахеи с кровоизлиянием в межхрящевые соединения; д) кровоподтеки правой верхней и обеих нижних конечностей, кровоизлияния по внутренней поверхности в связках правого голеностопного сустава, кровоизлияния с надрывами связок правого коленного сустава с выполнением полости сустава кровью, слева полный поперечный перелом задней лодыжки.

2. Осложнения: травматически-геморрагический шок – малокровие с неравномерным кровенаполнением внутренних органов, пятна Минакова под эндокардом левого желудочка сердца, отек и набухание головного мозга.

3. Обнаруженная при настоящей экспертизе сочетанная травма тела причинила вред, опасный для жизни человека и согласно пункту 4.а Правил определения степени тяжести вреда, причиненного здоровью человека (Постановление Правительства РФ от 17 августа 2007 г. N 522) и пункта 6.1. приказа МЗиСР РФ 194н от 24.04.2008.г., квалифицируется, как обусловившая тяжкий вред здоровью. Сочетанная травма тела имеет прямую причинную связь со смертью.

4. Сочетанная травма тела могла возникнуть при условиях возникновения травмы, указанных в постановлении (наезд на пешехода Д. автомобиля марки «Тойота Премио», о чем свидетельствует: а) механизм образования, локализация и совокупность повреждений, образующих комплекс торакоабдоминальной травмы, возникшей от ударного сдавления грудной клетки с действием травмирующей силы справа налево и несколько сверху вниз с действием твердого тупого предмета с преобладающей контактирующей поверхностью. Указанный механизм подтверждается наличием кровоизлияний в мягких тканях грудной клетки и плеча справа, локальным переломом правой ключицы, локально конструкционным грудины, конструкционными переломами ребер, наличием разрыва грудного отдела аорты и разрывов правой доли печени; б) вероятнее всего одновременно произошло воздействие твердого тупого предмета (судя по представленным фотографиям поврежденного автомобиля вероятнее всего переднебоковой угол кузова) с ограниченной контактирующей поверхностью на шею спереди с переломами подъязычной кости, хрящей трахеи и разгибанием шеи с закрытой спинальной травмой; г) наличие кровоподтеков на передней и наружной поверхности правой голени, кровоизлияний по внутренней поверхности в связках правого голеностопного сустава, кровоизлияний с надрывами связок правого коленного сустава с выполнением полости сустава кровью, полного поперечного перелома задней лодыжки левой нижней конечности можно предположить, что первичное ударное воздействие выступающими частями автомобиля произошло на правую голень справа налево и несколько спереди назад, при фиксированной левой стопе (перелом лодыжки в результате резкого смешения стопы кзади относительно голени) и возможной частичной фиксации правой нижней конечность – кровоизлияние в связки правого голеностопа и коленного сустава, указанные повреждения не исключают, в том числе и движение пешехода.

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

Задача № 3. **УК-1 УК-2 ПК-5 ПК-10**

ОБСТОЯТЕЛЬСТВА ДЕЛА. В постановлении о назначении судебно-медицинской экспертизы указано, что «17.04.2009 года, около 23 часов 10 минут, водитель В., управляя автомобилем марки «Мицубиси-Аэртэк», двигался по Енисейскому тракту со стороны г. К……. и в районе д. Б…..э допустил наезд на двух пешеходов Н., Б., пересекавших проезжую часть дороги слева направо по ходу движения автомобиля. Пешеход Н. был доставлен ГБ, где от полученных телесных повреждений скончался, пешеход Б. проходит лечение в ГБ ».

ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКАЯ ЧАСТЬ.

Представлена медицинская карта стационарного больного из ГКБ на имя Н., 1956 г.р., который 18.04.09г. в 00-05 бригадой "скорой помощи" был доставлен во 2 травматологическое отделение с жалобами на боли в правой голени, правой ключице, эпигастральной области. травма автодорожная от 17.04.09г. около 23-30, сбит автомобилем около д. Бадалык, извлечен из под автомобиля. При поступлении состояние больного крайне тяжелое, в сознании, заторможен, неадекватен, в пространстве и времени не ориентирован. Изо рта резкий запах алкоголя. кожные покровы бледные, влажные, прохладные на ощупь. Дыхание через нос свободное. В легких дыхание проводится по всем полям, жесткое, единичные сухие хрипы, ЧДД 20 в минуту. АД 50/30 мм.рт.ст. ЧСС 115 в минуту. Живот мягкий, при пальпации умеренно болезненный в эпигастрии. Симптомов раздражения брюшины нет. диурез, стул отсутствует. В средней трети правой голени отек, деформация, патологическая подвижность, крепитация костных отломков, резкая болезненность при пальпации. В области правой ключицы болезненность при пальпации, положительный симптом «клавиши». Осевая нагрузка на таз болезненна во всех плоскостях. Больной осмотрен реаниматологом, взят в реанимационный зал. При рентгенологическом исследовании № 7311 от 18.04.09 перелом средней трети правой большеберцовой кости со смещением костных фрагментов; травматических изменений костей свода черепа не видно; перелом левой, правой подвздошной костей, перелом левой правой седалищной костей, разрыв лонного сочленения; перелом 7 ребра слева, перелом 5-10 ребер справа, левый гемоторакс. На правую голень наложена гипсовая повязка. Больной осмотрен хирургом 18.04.09г., с диагностической целью произведена операция лапароцентез, отделяемого не получено. 18.04.09 произведена операция Торакоцентез, эвакуировано 300 мл воздуха, установлен дренаж. Больному произведена катетеризация центральной вены, произведена катетеризация мочевого пузыря (выведено около 200 мл геморрагического отделяемого). АД 50/30 мм.рт.ст., пульс 124 в минуту. Отмечается парадоксальное дыхание, отставание левой половины грудной клетки от правой в акте дыхания. Произведена интубация трахеи, ИВЛ. 18.04 осмотр нейрохирурга. Состояние больного крайне тяжелое, сознание нарушено по типу оглушение 2-3. Зрачки узковаты, равны. Фотореакция сохранена. Лицо симметрично. Язык по средней линии. Сухожильные рефлексы с рук равны. Ригидности мышц затылка нет. Осаднение кожных покровов левой ушной раковины. Диагноз: закрытая черепно-мозговая травма, ушиб головного мозга. 18.04 в 1-00 осмотр уролога. По уретральному катетеру моча интенсивно окрашена темной кровью. Живот не вздут, при пальпации мягкий. Почки не пальпируются. Забрюшинной гематомы не определяется. 18.04 осмотр уролога в 2-00 … контуров не видно, имеются переломы костей таза. Диагноз: разрыв мочевого пузыря. Показано оперативное лечение. АД 45/20 мм.рт.ст. Гемоглобин 143. … борьба с травматическим шоком. Несмотря на проводимую терапию, на фоне нарастания полиорганной недостаточности и неуправляемой гипотонии в 2-30 возникла внезапная остановка сердечной деятельности. Проводимые реанимационные мероприятия оказались неэффективными. В 3-00 18.04.09 констатирована смерть больного.

ПОСМЕРТНЫЙ ДИАГНОЗ. множественная сочетанная травма. Перелом лонных и седалищных костей, разрыв симфиза с повреждением мочевого пузыря. Закрытая травма грудной клетки, перелом 5 ребра слева с повреждением легкого, гемоторакс, перелом 7-8 ребер справа, перелом костей правой голени со смещением отломков. Закрытая черепно-мозговая травма, ушиб головного мозга, травматический шок 3 ст. Алкогольное опьянение.

Алкоголь – данных в истории болезни нет.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Данные анализов | | | | |
| Параметры  дата | 18.04 |  |  |  |
| Эритроциты | 4,42 |  |  |  |
| Цветной п. | 0,97 |  |  |  |
| Гемоглобин | 143 |  |  |  |
| Тромбоциты | 177 |  |  |  |
| гематокрит | 39,7 |  |  |  |
| лейкоциты | 13,3 |  |  |  |
| палочкоядерные | 3 |  |  |  |
| сегментоядерные | 69 |  |  |  |
| лимфоциты | 27 |  |  |  |
| моноциты | 1 |  |  |  |
| Амилаза | 15,4 |  |  |  |
| мочевина | 7,9 |  |  |  |
| Билирубин общ. | 9,9 |  |  |  |
| Прямой | 2,5 |  |  |  |
| непрямой | 7,4 |  |  |  |
| Белок крови | 56,6 |  |  |  |
| калий | 5,1 |  |  |  |
| натрий | 137 |  |  |  |

НАРУЖНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ. Труп мужчины, доставлен без одежды, среднего телосложения, правильного удовлетворительного питания, длиной тела 175 см. Кожа бледно-серая, холодная на ощупь во всех отделах, в отлогих местах тела сливные, фиолетовые, не исчезающие и не меняющие цвет при надавливании трупные пятна. Трупное окоченение достаточно выражено во всех обычно исследуемых группах мышц. Склеры глаз мутные, тусклые, суховаты, кровоизлияний в соединительные оболочки глаз не отмечается, зрачки равновелики по 0,4 см диаметром. Голова правильной формы, кости черепа и лицевого скелета на ощупь целы. Грудная клетка цилиндрическая. Живот на одном уровне с грудной клеткой. Естественные отверстия тела и полости рта и носоглотки свободны, чистые. Слизистая оболочка губ синюшная, подсохшая. Анальное отверстие сомкнуто. Половые органы развиты правильно. Кости конечностей целы.

ПОВРЕЖДЕНИЯ. По передней поверхности нижнего отдела брюшной стенки, распространяясь на паховые сгибы, справа до вертлужной впадины, слева до ягодичной области и на боковую стенку живота, горизонтальный багрово-синюшный кровоподтек 25х54 см. Багрово-синюшный кровоподтек мошонки. По передней поверхности брюшной стенки в меза- и эпигастрии на участке 16х15 см неопределенной формы - подсохшие желтоватые ссадины на фоне которых множественные параллельные горизонтальные царапины. Множественные различной формы ссадины от 0,5 до 3 см диаметром по тыльной поверхности правой кисти. По передней поверхности левого лучезапястного сустава ссадина 2х1 см. По наружной поверхности левого коленного сустава ссадина 3х2 см. Синюшный кровоподтек 18х8 см, вертикально ориентированний, по передней поверхности средней трети правой голени.

При послойных разрезах справа в 21 см от уровня стоп многооскольчатый перелом обоих костей голени. По большеберцовой кости с разрывом по передней поверхности, с длиной разрыва 2 см и многофрагментарным переломом с отломками и фрагментами треугольной формы по задней поверхности и боковым ребрам. При сопоставлении фрагментов по задней поверхности кости, все фрагменты с лезвиеобразными концами, с подрытыми краями, со сколами компакта по наружной линии и разрывом по внутренней. Полный косопоперечный перелом малоберцовой кости с плоскостью перелома спереди назад и сверху вниз, перелом в 22 см от уровня стоп с разрывом по передней линии. Множественные кровоизлияния в связки левого голеностопного сустава по передневнутренней поверхности.

Кровоизлияния в связки коленного сустава справа по наружной поверхности.

Слева кровоизлияния в подкожной клетчатке по внутренней поверхности голени на участке диаметром 6 см в 15 см от уровня стоп.

Пропитывание кровью мягких тканей мошонки.

Каких-либо иных повреждений. При проведении воздушной пробы – воздух из плевральных полостей и полостей сердца не получен. При проведении судебно-медицинского исследования трупа использовались: кожные разрезы по методу Христофорова.

ВНУТРЕННЕЕ ИССЛЕДОВАНИЕ

Извлечение органокомплекса произведено по методу Шора, с распилом ребер спереди. Череп вскрывался угловым распилом.

Масса органов.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Масса |  | норма |
| Мозг | 1200 | До 1400 |
| Легкое правое | 400 | 450 |
| левое | 400 | 375 |
| Сердце | 290 | 200-400 |
| Печень | 1200 | 1200-2000 |
| Селезенка | 85 | 80-180 |
| Почки обе. Правая/Левая | 145/145 | 275-310 |

ПОЛОСТЬ ЧЕРЕПА. Справа в теменной области на границе с венечным и стреловидным швами кровоизлияние в коже диаметром 7 см. Кожно-мышечный лоскут головы блестящий, полнокровный, без кровоизлияний и повреждений. Кости свода и основания черепа целы. Твердая мозговая оболочка напряжена, серо-перламутрового цвета, блестящая, в синусах ее следы жидкой крови. Субдуральное пространство свободно. Мягкие мозговые оболочки тонкие, прозрачные с малокровными сосудами. По наружной поверхности правой теменной доли на участке диаметром 5 см отграничено-диффузное кровоизлияние (в глубине борозд). Борозды мозга несколько сглажены, извилины слегка уплощены. Головной мозг эластичный, на разрезах с четкой границей серого и белого вещества и мраморным рисунком подкорковых ядер. Поверхности разрезов тускловаты, липнут к лезвию ножа. Желудочки мозга симметричны, обычного объема, эпендима их бледно-серая, блестящая, влажная, в полостях желудочков следы прозрачной соломенного цвета жидкости. Сосудистые сплетения обычного вида, малокровны.

ОРГАНЫ ШЕИ, ГРУДНОЙ И БРЮШНОЙ ПОЛОСТЕЙ: при ревизии полостей по органам малокровие. Инфильтрация кровью всей околопочечной клетчатки справа. От органов исходит запах, напоминающий алкоголь. Многофрагментарный, с поперечно ориентированной основной линией перелом симфиза с плоскостью поперечного перелома ориентированной спереди назад, поперечно к симфизу, со сколами компакта по наружной линии и сопоставимой задней, справа поперечные переломы лонной и седалищной костей по полукольцам со смещением, правого крестцово-подвздошного сочленения; слева – седалищной кости и лонной кости по полукольцам и крестцово-подвздошного сочленения. Пропитывание кровью клетчатки перед симфизом. Полный поперечный разрыв передней стенки мочевого пузыря длиной 2 см, с инфильтрацией кровью краев разрыва.

Множественные переломы ребер: слева – 3,4,5 по задне-подмышечной линии, 7-8 по средне-подмышечной линии; справа – 7-10 по лопаточной линии. Все переломы сгибательного характера со сколами компактной пластинки по внутренним линиям переломов и разрывом по наружным линиям переломов.

Правое легкое по задней и боковой поверхностям с множественными кровоизлияниями в средней и нижней долях. По передней поверхности правой доли печени 2 параллельных разрыва длиной 5 и 4 см с промежутком в 1 см, ориентированы вертикально.

Язык синюшный, влажный, обложен серовато-желтым, не снимающимся налетом. Слизистые оболочки носоглотки синюшные, влажные, блестящие. В мягких тканях шеи повреждений и кровоизлияний не обнаружено. В плевральных полостях следы прозрачной жидкости, легкие выполняют 2\3 полостей, с блестящей, гладкой и влажной плеврой. Органы брюшной полости расположены анатомически правильно, в полости следы прокрашенной кровью жидкости. Листки брюшины гладкие, влажные, блестящие, в брюшной полости 100 мл жидкой крови. Просвет пищевода свободен, слизистая его бледно-серая, продольно складчатая. Вход и просвет гортани свободен, слизистая оболочка ее бледно-серая. Подъязычная кость и хрящи гортани целы, в мягких тканях ее повреждений не обнаружено. Просвет трахеи и главных бронхов свободен, хрящи трахеи целы. Щитовидная железа обычных размеров, с равновеликими долями, плотно-эластичная, темно-коричневая, на разрезе малокровна, дольчатого строения.

Аорта эластична, со следами жидкой крови в просвете и рассеянными липидными пятнами в интиме. Под висцеральной плеврой, особенно, в прикорневых отделах легких и по базальным поверхностям, множественные точечные кровоизлияния. Легкие бледно-синюшные во всех отделах, тестоватой консистенции, на разрезах бледно-розовые с обычным рисунком, малокровны. Слизистые оболочки воздухо-проводящих путей светло-розовые, набухшие. Бифуркационные лимфоузлы эластичные, не спаянные между собой и с окружающими тканями, темно-синюшные, на разрезах сочные, с обычным рисунком. В полости перикарда следы прозрачной жидкости, листки его гладкие, влажные, блестящие. Под эпикардом единичные точечные рассеянные темно-красные кровоизлияния. Сердце дрябло-эластичное, 11х9х8 см. В полостях сердца немного жидкой темной крови. Миокард розовато-синюшный, эластичный, неравномерного кровенаполнения. Толщина стенки правого желудочка 0,3 см, левого 1,2 см. Под эндокардом левого желудочка полосовидные темно-красные кровоизлияния. Клапанный и пристеночный эндокард тонкий, полупрозрачный, клапаны сформированы правильно. Коронарные артерии с тонкими стенками, пустым просветом. Желудок пустой, содержимое кишечника отделам соответствует, слизистые оболочки желудочно-кишечного тракта бледно-серые. Мезентериальные лимфоузлы располагаются раздельно, диаметр их не более 1 см, эластичны. Печень 24х18х16х13 см, плотно-эластичная, бледно-коричневая с поверхности и на разрезах, малокровная, со смазанным рисунком долек. Просвет внепеченочных желчевыводящих путей свободно проходим. Поджелудочная железа обычных размеров, плотно-эластичная, бледно-серая, на разрезах – дольчатого строения. Селезенка 6х4х3 см, эластичная, синюшная с морщинистой капсулой, на разрезах бледно-синюшная, без соскоба. Надпочечники листовидной формы, обычных размеров, на разрезах граница слоев четкая. Почки равновелики, 10х6х5 см, дрябло-эластичные. Капсула сползает при надрезе, обнажая ровную поверхность. По краю разреза паренхима наползает на капсулу. На разрезах корковый слой – бледно синюшный, с темно-красным крапом и подчеркнутым рисунком, мозговой слой также с подчеркнутым рисунком, граница слоев отчетливо выражена. Слизистые оболочки лоханок и чашечек бледно-синюшные, гладкие, блестящие, просвет их свободен. Мочеточники проходимы на всем протяжении, с бледно-серой слизистой. Мочевой пузырь пуст, слизистая оболочка его складчатая, бледно-серая, кроме участка разрыва, уретра свободно проходима.

Из трупа для судебно-гистологического исследования взяты кусочки внутренних органов на патоморфологические изменения.

Для судебно-биологического исследования кровь на определение антигенной характеристики.

Для судебно-химического исследование стенка желудка, печень с желчным пузырем, почка, селезенка на определение наркотических средств, психотропных веществ.

Для судебно-химического исследования кровь и --- на определение этилового алкоголя.

ДАННЫЕ ДОПОЛНИТЕЛЬНЫХ МЕТОДОВ ИССЛЕДОВАНИЯ

Представлен акт судебно-химического исследования от 28.04.09г. При судебно-химическом исследовании вещественных доказательств, изъятых при вскрытии трупа, обнаружен этиловый спирт в концентрации: в крови 2,2 промилле, в мочевом пузыре 1,2 промилле.

Представлен акт судебно-химического исследования от 05.05.09г. Заключение: при судебно-химическом исследовании трупного материала, изъятого при вскрытии трупа, не обнаружены: морфин – в крови, желчи с желчным пузырем; производные барбитуровой кислоты, морфин, кодеин, димедрол, производные фенотиазина, 1,4-бензодиазепина – в стенке желудка, печени.

А К Т Судебно-гистологического исследования

Судебно-медицинским экспертом, произведено исследование кусочков внутренних органов от трупа Н., 1956 г.р.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Легкие – очаговые паренхиматозные кровоизлияния с некрозом межальвеолярных перегородок в их зоне, с выполнением кровью в их зоне просвета бронхов. Вне кровоизлияний агрегация эритроцитов в сосудах микроциркуляции с неравномерным кровенаполнением сосудов.

Миокард – межуточный отек, малокровие сосудов.

Почки – стаз крови в венах, малокровие клубочков, воспалительные изменения не выявлены. Мелкие очаги некронефроза.

Печень – малокровие синусоидов, гистоархитектоника печеночных балок не нарушена, воспалений не выявлено.

Селезенка – неравномерное кровенаполнение синусов и пульпы, волнистая капсула.

Головной мозг – смазанная гистоархитектоника коры из-за очагового выпадения нейронов наружного зернистого слоя, очаговые субарахноидальные свежие кровоизлияния, перицеллюлярный отек.

Вопросы:

1.Какие телесные повреждения обнаружены на теле Н., каков их характер, локализация, механизм образования,

2.давность причинения?

3.Степень тяжести полученных телесных повреждений?

4.Имел ли место переезд тела Н.?

5.Находился ли Н. в момент дорожно-транспортного происшествия в состоянии опьянения (алкогольного либо иного)?.

Эталон:

1. При судебно-медицинской экспертизе трупа обнаружены телесные повреждения в виде: сочетанная травма тела - а) закрытая травма грудной клетки - множественные переломы ребер, слева – 3,4,5 по задне-подмышечной линии и 7-8 по средне-подмышечной линии; справа – 7-10 по лопаточной линии, множественные паренхиматозные и субплевральные кровоизлияния в средней и нижней долях правого легкого; б) закрытая травма живота – кровоподтеки и ссадины передней брюшной стенки, разрывы по передней поверхности правой доли печени; в) двусторонние переломы костей таза с нарушением целостности тазового кольца, разрыв мочевого пузыря, инфильтрация кровью всей околопочечной клетчатки справа, массивные кровоизлияния в мошонке; г) закрытая черепно-мозговая травма - кровоизлияние в коже справа в теменной области, субарахноидальное отграничено-диффузное кровоизлияние по наружной поверхности правой теменной доли; д) кровоподтек по передней поверхности средней трети правой голени, многооскольчатый перелом обоих костей правой голени, множественные кровоизлияния в связки правого голеностопного сустава, кровоизлияния в связки правого коленного сустава, ссадины тыльной поверхности правой кисти, по передней поверхности левого лучезапястного сустава по наружной поверхности левого коленного сустава.
2. Смерть наступила в 3-00 час. 18.04.09. в результате сочетанной травмы с переломами ребер, ушибом легкого, переломами костей таза с разрывом мочевого пузыря, разрывами печени, переломом костей голени. Травма осложн6илась травматически-геморрагическим шоком. Вывод подтверждается клинико-морфологической картиной – выявление сочетанной травмы при поступлении пострадавшего в стационар и производстве экспертизы трупа и травматического шока 3 ст клинически, признаков шока морфологически.
3. Обнаруженная при настоящей экспертизе, СОЧЕТАННАЯ ТРАВМА ТЕЛА причинила вред, опасный для жизни человека и согласно пункту 4.а Правил определения степени тяжести вреда, причиненного здоровью человека (Постановление Правительства РФ от 17 августа 2007 г. N 522) и пункта 6.1. приказа МЗиСР РФ 194н от 24.04.2008.г., квалифицируется, как обусловившая тяжкий вред здоровью. Сочетанная травма тела имеет прямую причинную связь со смертью.
4. Морфологических признаков переезда колесом автомобиля пострадавшего при экспертизе не выявлено.
5. При судебно-химическом исследовании в крови пострадавшего обнаружен этиловый спирт, концентрация которого соответствует средней степени алкогольного опьянения по аналогии с живыми лицами.

Задача №4. **УК-1 УК-2 ПК-5 ПК-10**

ОБСТОЯТЕЛЬСТВА ДЕЛА. В постановлении о назначении судебно-медицинской экспертизы указано, что «19.07.2009 года около 17 ч. 20 мин. водитель Н., управляя автомобилем марки «Тойота Платц», двигался по ул. Грунтовой со стороны ул. Мира в направлении ул. Ленина в Кировском районе г. К……. Проезжая в районе д. 19 по ул. Грунтовой водитель Н. допустил наезд на препятствие. В результате дорожно-транспортного происшествия пассажир автомобиля С. получил телесные повреждения и был доставлен в ГКБ, где от полученных телесных повреждений скончался. В момент ДТП Сапронов находился на заднем пассажирском сидении справа».

ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКАЯ ЧАСТЬ.

Представлено заключение эксперта от 21.07.09, согласно которому: «Представлена медицинская карта стационарного больного из ГКБ на имя С., 1986 г.р., согласно которой 19.07.09 г. в 18-15 бригадой скорой помощи он был доставлен в НХО-1 с жалобами на головную боль, боль в грудной клетке, животе. Травма автодорожная. В районе ул. Грунтовая, 19 автомобиль врезался в столб. Осмотрен хирургом и нейрохирургом. При поступлении состояние больного крайне тяжелое. Кожные покровы бледные, загрязнены и покрыты кровью. Костно-суставная система без видимой патологии. Больной в выраженном психомоторном возбуждении. Сознание нарушено по типу оглушение-3 – сопор. Зрачки сужены, равны, фотореакции нет. Ригидность мышц затылка намечена. Сухожильные рефлексы равны, снижены. Парезов, параплегии не определяется. Патологические стопные знаки не вызываются. Симптом Кернига 160. Обе половины грудной клетки участвуют в акте дыхания, левая несколько отстает. При пальпации грудной клетки определяются множественные переломы ребер слева, подкожная эмфизема. Аускультативно дыхание проводится по всем полям, умеренно ослаблено слева, больше в нижних отделах. Выслушиваются множественные влажные хрипы по всем полям. Сердечные тоны глухие, ритмичные. Пульс 40/мин. Артериальное давление 50\30 мм.рт.ст. Изо рта и носоглотки геморрагическое отделяемое. Определяется запах, похожий на алкоголь. Из левого слухового прохода умеренное геморрагическое отделяемое. Симптом «двойного пятна» сомнителен. Живот не вздут, участвует в акте дыхания. При пальпации болезненный. Печеночная тупость по краю реберной дуги, сохранена. Селезенка не пальпируется. Притуплений в отлогих местах живота четко не определяется. Симптом «12 ребра» отрицательный. Диурез неизвестен. Диагноз: сочетанная травма. Открытая черепно-мозговая травма? Ушиб головного мозга. Закрытая травма грудной клетки слева с повреждением легкого. Множественные переломы ребер слева. Подкожная эмфизема. Ушиб легких, сердца. Закрытая травма живота? Алкогольное опьянение? Травматический шок 3-4 ст. На ЭКГ – ритм синусовая тахикардия с частотой сердечных сокращений 120/мин. Эл. ось сердца отклонена вправо. Неполная блокада правой ножки п. Гиса. Учитывая тяжесть состояния, больной транспортирован в реанимационное отделение, где произведена катетеризация правой подключичной вены, интубация трахеи, начата ИВЛ. С диагностической целью произведена операция лапароцентез – получена кровь. Диагноз: гемоперитонеум. Операция – торакоцентез слева, дренирование плевральной полости. По дренажу поступает воздух и геморрагическое отделяемое. Диагноз: Закрытая травма грудной клетки слева с повреждением легкого. Гемопневмоторакс, подкожная эмфизема. Множественные переломы ребер слева. Больной из реанимационного зала доставлен в операционную на кровати. При перекладывании на операционный стол – остановка сердечной деятельности в 19.30. Реанимационные мероприятия в течение 40 минут – без эффекта. 19.07.09 г. в 20.10 констатирована смерть больного.

ПОСМЕРТНЫЙ ДИАГНОЗ. Сочетанная травма. Открытая черепно-мозговая травма? Ушиб головного мозга. Закрытая травма грудной клетки слева с повреждением легкого. Множественные переломы ребер слева. Подкожная эмфизема. Ушиб легких, сердца. Закрытая травма живота? Алкогольное опьянение? Травматический шок 3-4 ст.

Алкоголь – данных в истории болезни нет.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Данные анализов | | | | |
| Параметры  дата | 19.07 |  |  |  |
| Калий плазмы | 4,4 |  |  |  |
| Натрий плазмы | 144 |  |  |  |
| Креатинин | 131,1 |  |  |  |
| РФМК | 7,0 |  |  |  |
| Кальций плазмы | 1,8 |  |  |  |
| сахар | 16,2 |  |  |  |
| фибриноген | 2,0 |  |  |  |
| АЧТВ | 52 |  |  |  |
| АСТ | 401,5 |  |  |  |
| АЛТ | 171,9 |  |  |  |
| Амилаза | 6,9 |  |  |  |
| Мочевина | 3,1 |  |  |  |
| Билирубин общ. | 9,9 |  |  |  |
| Прямой | 2,5 |  |  |  |
| непрямой | 7,4 |  |  |  |
| Общий белок | 60,3 |  |  |  |
| Протромбиновое время | 18,5 |  |  |  |
| Протромбиновый индекс | 75,5 |  |  |  |

НАРУЖНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ. Труп мужчины, доставлен без одежды, среднего телосложения, правильного удовлетворительного питания, длиной тела 175 см. Кожа бледно-серая, холодная на ощупь во всех отделах, в отлогих местах тела сливные, фиолетовые, не исчезающие и не меняющие цвет при надавливании трупные пятна. Трупное окоченение достаточно выражено во всех обычно исследуемых группах мышц. Склеры глаз мутные, тусклые, суховаты, кровоизлияний в соединительные оболочки глаз не отмечается, зрачки равновелики по 0,4 см диаметром. Голова правильной формы, кости черепа и лицевого скелета на ощупь целы. Грудная клетка цилиндрическая. Живот на одном уровне с грудной клеткой. Естественные отверстия тела и полости рта и носоглотки свободны, чистые. Слизистая оболочка губ синюшная, подсохшая. Анальное отверстие сомкнуто. Половые органы развиты правильно. Кости конечностей целы. От органов стойкий запах, напоминающий алкоголь.

ПОВРЕЖДЕНИЯ. На правой ноге по наружной поверхности средней трети и верхней трети голени на участке 10х5 см множественные параллельные царапины, вертикально ориентированные, со слущиванием эпидермиса снизу вверх. Аналогичные царапины в нижней трети наружной поверхности правого бедра на участке 8х7 см, вертикально ориентированные. На правом плече с переходом на грудную клетку, расположенные на одной линии с промежутком в 8 см, параллельные ссадины в виде цепочек, ориентированные справа налево и сверху вниз, линии ссадин доходят до 4 межреберья по среднеключичной линии. Справа у основания шеи три округлых, диаметром по 1 см, поверхностных ушибленных раны, покрытых бурой, западающей коркой на участке диаметром 3 см.

Каких-либо иных повреждений, в том числе и при послойных разрезах при исследовании не обнаружено. Повреждений на стопах и кистях рук не выявлено При проведении воздушной пробы – воздух из плевральных полостей выходит под давлением, из полостей сердца не получен. При проведении судебно-медицинского исследования трупа использовались: кожные разрезы по методу Медведева.

ВНУТРЕННЕЕ ИССЛЕДОВАНИЕ

Извлечение органокомплекса произведено по методу Шора, с распилом ребер спереди. Череп вскрывался угловым распилом.

Масса органов.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Масса |  | норма |
| Мозг | 1610 | До 1400 |
| Легкое правое | 900 | 450 |
| левое | 810 | 375 |
| Сердце | 250 | 200-400 |
| Печень | 1210 | 1200-2000 |
| Селезенка | 100 | 80-180 |
| Почки обе. Правая/Левая | 150/150 | 275-310 |

ПОЛОСТЬ ЧЕРЕПА. ЧЕРЕП. Кожно-мышечный лоскут головы без повреждений. Твердая мозговая оболочка напряжена, серо-перламутрового цвета, блестящая, в синусах ее темная жидкая кровь в большом количестве. Повреждений костей черепа не обнаружено. Борозды мозга сглажены, извилины уплощены, на миндаликах мозжечка кольцевидная с диффузными субарахноидальными кровоизлияниями полоса вдавления шириной 0,5 см от краев большого затылочного отверстия, внутри кольца геморрагический некроз полушарий мозжечка и продолговатого мозга. Головной мозг дряблый, на разрезах с четкой границей серого и белого вещества и мраморным рисунком подкорковых ядер. Поверхности разрезов тускловаты, липнут к лезвию ножа. Желудочки мозга симметричны, обычного объема, эпендима их бледно-серая, блестящая, влажная, в полостях желудочков следы прозрачной соломенного цвета жидкости. Сосудистые сплетения обычного вида, полнокровны.

Позвоночный столб вскрыт по методу Медведева, в модификации Парилова. Кровоизлияния в связки задней атланто-затылочной мембраны. Патологическая подвижность позвоночника. Кровоизлияния в паравертебральные мышцы и межостистые связки от основания черепа до 4-го шейного позвонка и от 6-го шейного по 2-й грудной. Остистые отростки целы. При ревизии позвоночного столба после перепиливания дужек на уровне 6-го шейного – 2-го грудного позвонков – по передней и боковым поверхностям сдавливающая эпидуральная гематома темно-вишневого цвета. Тела позвонков и дужки целы.

ОРГАНЫ ШЕИ, ГРУДНОЙ И БРЮШНОЙ ПОЛОСТЕЙ: При ревизии грудной клетки: слева - полные косо-поперечные сгибательные (сколы компактной пластинки по внутренним линиям переломов) переломы, с плоскостью переломов сверху вниз и сзади наперед, 1-4 ребер по передне-подмышечной линии; справа – аналогичные переломы 2-4 ребер по лопаточной линии; слева – аналогичные по характеристикам сгибательные переломы 1-3 ребер по окологрудинной линии. В проекции сломанных ребер – множественные разрывы париетальной плевры, а справа – множественные ранения легкого глубиной не более 1 см. В правой плевральной полости 1,5 л жидкой крови. Пропитывание кровью клетчатки средостения и прикорневой зоны легких. Множественные кровоизлияния в оба легких с отпечатками ребер. Легкие выполняют плевральные полости полностью, с блестящей, гладкой и влажной плеврой. В брюшной полости 500 мл жидкой крови. Органы брюшной полости расположены анатомически правильно. Листки брюшины гладкие, влажные, блестящие. По нижней поверхности левой доли печени, ориентированный спереди назад длиной 5 см глубиной 3 см, линейный разрыв. Язык синюшный, влажный, обложен серовато-желтым, не снимающимся налетом. Слизистые оболочки носоглотки синюшные, влажные, блестящие. Просвет пищевода свободен, слизистая его бледно-серая, продольно складчатая. Вход и просвет гортани свободен, слизистая оболочка ее набухшая, роговая, с наложениями фибрина. Подъязычная кость и хрящи гортани целы, в мягких тканях ее повреждений не обнаружено. Просвет трахеи и главных бронхов с наложениями фибрина, смешанного с гноем на слизистой серо-красного цвета, хрящи трахеи целы. Щитовидная железа обычных размеров, с равновеликими долями, плотно-эластичная, темно-коричневая, на разрезе малокровна, дольчатого строения. Аорта эластична, со следами жидкой крови в просвете и рассеянными липидными пятнами в интиме. Легкие пестрые из-за вышеописанных субплевральных и паренхиматозных кровоизлияний на бледно-розовом фоне, неравномерно уплотнены, аналогично пестрые, малокровны. С поверхности разрезов стекает большое количество пенистой розовой жидкости. Слизистые оболочки воздухо-проводящих путей бледно-серые. Бифуркационные лимфоузлы диаметром от 1 до 2 см, эластичные, темно-синюшные, на разрезах сочные, с обычным рисунком. В полости перикарда следы прозрачной жидкости, листки его гладкие, влажные, блестящие. Сердце эластичное, 10х10х9 см. В полостях сердца следы жидкой темной крови. Миокард розовато-синюшный, эластичный, неравномерного кровенаполнения. Толщина стенки правого желудочка 0,3 см, левого 1,2 см. Клапанный и пристеночный эндокард тонкий, прозрачный, клапаны сформированы правильно. Под эндокардом левого желудочка полосчатые темно-красные кровоизлияния Коронарные артерии с тонкими стенками, пустым просветом. Желудок пустой, содержимое кишечника отделам соответствует, слизистые оболочки желудочно-кишечного тракта бледно-серые. Мезентериальные лимфоузлы располагаются раздельно, диаметр их не более 1 см, эластичны. Печень 24х18х16х13 см, эластичная, коричневая с поверхности и на разрезах, малокровная, со смазанным рисунком долек. Просвет внепеченочных желчевыводящих путей свободно проходим. Поджелудочная железа обычных размеров, плотно-эластичная, бледно-серая, на разрезах – дольчатого строения. Селезенка 6х4х3 см, эластичная, синюшная, на разрезах темно-красная без соскоба. Надпочечники листовидной формы, обычных размеров, на разрезах граница слоев четкая. Почки равновелики, 11х6х5 см, эластичные. Капсула сползает при надрезе, обнажая ровную поверхность. По краю разреза паренхима слегка наползает на капсулу. На разрезах корковый слой - синюшный, с темно-красным крапом и подчеркнутым рисунком, мозговой слой также с подчеркнутым рисунком, граница слоев отчетливо выражена. Слизистые оболочки лоханок и чашечек бледно-синюшные, гладкие, блестящие, просвет их свободен. Мочеточники проходимы на всем протяжении, с бледно-серой слизистой. Мочевой пузырь пуст, слизистая оболочка его складчатая, бледно-серая, уретра свободно проходима.

ДАННЫЕ ДОПОЛНИТЕЛЬНЫХ МЕТОДОВ ИССЛЕДОВАНИЯ.

Представлена служебная записка к акту судебно-химического исследования от 29.07.09 г. Обнаружен этиловый спирт: в крови – 2,0 промилле, в стенке мочевого пузыря – 1,1 промилле.

Представлена справка от 24.07.09 г. из судебно-биологического отделения. Установлена групповая характеристика крови – В2.

Представлен акт судебно-химического исследования от 5.08.09 г. В стенке мочевого пузыря, желчи, крови не обнаружено морфина. В стенке мочевого пузыря, желчи не обнаружено производных барбитуровой кислоты и 1,4 бенздиазепинов.

А К Т Судебно-гистологического, произведено исследование кусочков внутренних органов от трупа С ., 1986 г.р.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ.

Спинной мозг: диффузное эпидуральное кровоизлияние без перифокальной реакции, в части полей зрения - распространяющиеся на твердую мозговую оболочку. В веществе мозга тотальное выпадение нейронов.

Легкие: диффузные кровоизлияния с наличием гемосидерофагов. Межуточный и внутриальвеолярный отек.

Вопросы:

1.Какова причина смерти С. 1986 г.р.?

2.Давность полученных телесных повреждений?

3.Степень тяжести?

4.Не находился ли С. в момент причинения телесных повреждений в состоянии алкогольного или иного опьянения. Если имело место опьянение, то какой степени?

5.В каком положении находился С. по отношению к травмирующей силе? На каком месте в салоне автомобиля он находился?

Эталон:

1.При судебно-медицинской экспертизе трупа обнаружены телесные повреждения в виде сочетанной травмы тела: а) закрытая спинальная травма – разрывы межостистых связок шейного отдела позвоночника, кровоизлияния в заднюю атланто-затылочную мембрану, интрадуральные кровоизлияния и эпидуральная гематома со сдавлением спинного мозга на уровне 6-го шейного – 2-го грудного позвонков, тотальное выпадение нейронов спинного мозга на уровне сдавления; б) закрытая травма грудной клетки – множественные переломы ребер, слева 1-4 ребер по передне-подмышечной линии, 1-3 ребер по окологрудинной линии; справа – 2-4 ребер по лопаточной линии, множественные ранения правого легкого концами сломанных ребер, правосторонний гемоторакс 1,5 литра, множественные ушибы обеих легких с отпечатками ребер, двусторонние разрывы париетальной плевры на уровне переломов, множественные кровоизлияния в средостении; г) закрытая травма живота - линейный разрыв по нижней поверхности левой доли печени, гемоперитонеум 500 мл; д) ссадины на правом плече, правой половине грудной клетки и у основания шеи справа; е) царапины по наружной поверхности правой нижней конечности.

2.Смерть наступила 19.07.09 г. в 20.10 в результате сочетанной травмы тела с травмой позвоночного столба и спинного мозга, закрытой травмой грудной клетки с переломами ребер, ушибами и ранениями легких, закрытой травмой живота с разрывом левой доли печени. звакрытая травма грудной клетки и живота сопровождалась гемотораксом и гемоперитонеумом с объемом кровопотери в 2000 мл. Травма осложнилась травматически-геморрагическим шоком. Вывод подтверждается выявленной при экспертизе клинико-морфологической картиной.

3.Обнаруженная при настоящей экспертизе, сочетанная травма тела причинила вред, опасный для жизни человека и согласно пункту 4.а Правил определения степени тяжести вреда, причиненного здоровью человека (Постановление Правительства РФ от 17 августа 2007 г. N 522) и пункта 6.1. приказа МЗиСР РФ 194н от 24.04.2008.г., квалифицируется, как обусловившая тяжкий вред здоровью. Сочетанная травма тела имеет прямую причинную связь со смертью.

4.При проведении судебно-химического исследования обнаружен этиловый спирт: в крови – 2,0 промилле, в стенке мочевого пузыря – 1,1 промилле, что свидетельствует о средней степени алкогольного опьянения по аналогии с живыми лицами.

5.Характер и локализация повреждений грудной клетки и печени (сгибательный характер всех переломов, локализация переломов, разрыв левой доли печени) позволяют предположить, что закрытая травма грудной клетки и травма живота возникли одномоментно и являются травмой ударного сдавления. Наличие косонаправленных, параллельных, ориентированных справа налево и сверху вниз ссадин на правом плече и правой половине грудной клетки, а так же ссадин у основания шеи справа, с учетом обстоятельств возникновения травмы, позволяют предположить, что указанные выше травмы возникли в результате полуциркулярного сдавления туловища ремнем безопасности, при условии нахождения пострадавшего на заднем сидении автомобиля справа.

Задача №5.

ОБСТОЯТЕЛЬСТВА ДЕЛА. В постановлении о назначении судебно-медицинской экспертизы указано, что «02.09.2008 г. примерно в 06 часов в районе 236 км автодороги «Байкал» Е……. района К….. края произошло ДТП с участием автомобиля «Мицубиси Фусо» под управлением водителя Х. и автомобиля КАМАЗ под управлением водителя К. В результате ДТП Х . от полученных телесных повреждений скончался».

ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКАЯ ЧАСТЬ.

Представлен акт о смерти. Пациент Х., 40 лет доставлен в реанимационное отделение ГКБ по направлению из Е……. ЦРБ "скорой помощью". При поступлении в 9-10 больной находится в состоянии клинической смерти. при осмотре: имеются множественные ссадины грудной клетки, брюшной стенки, таза, конечностей. Пульсация на периферических артериях не определяется. Дыхание – ИВЛ. Начаты реанимационные мероприятия – без эффекта в течение 40 минут. В 9-50 02.09.08г. констатирована смерть больного.

НАРУЖНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ. Труп мужчины, доставлен без одежды, среднего телосложения, правильного удовлетворительного питания, длиной тела 170 см. Кожа бледно-серая, холодная на ощупь во всех отделах, в отлогих местах тела сливные, фиолетовые, не исчезающие и не меняющие цвет при надавливании трупные пятна. Трупное окоченение достаточно выражено во всех обычно исследуемых группах мышц. Склеры глаз мутные, тусклые, суховаты, кровоизлияний в соединительные оболочки глаз не отмечается, зрачки равновелики по 0,4 см диаметром. Голова правильной формы, кости черепа и лицевого скелета на ощупь целы. Грудная клетка цилиндрическая, эластичная, упругая, ребра на ощупь целы. Живот на одном уровне с грудной клеткой. Естественные отверстия тела и полости рта и носоглотки свободны, чистые. Слизистая оболочка губ синюшная, подсохшая. Анальное отверстие сомкнуто. Половые органы развиты правильно.

ПОВРЕЖДЕНИЯ. При наружном исследовании отмечается деформация с укорочением на 5 см левой нижней конечности. Повреждения: справа в лобной области на 3 см выше наружного края брови округлая ссадина диаметром 0,3 см. Множественные ссадины диаметром от 1 до 0,3 см со слущиванием эпидермиса снизу вверх по тыльной поверхности обоих кистей. Множественные округлые и полосовидные ссадины на участке 18х5 см по наружной и задней поверхности верхней трети правого предплечья с переходом на область локтевого сустава от 0,5 см диаметром до 3х1 см. Справа по передне-наружной поверхности бедра в 55 см от уровня стоп вертикально ориентированная щелевидная рана 8х2 см с закругленными концами неровными осадненными краями шириной осаднения до 2 см глубиной до мышц с тканевыми перемычками в глубине. В ране мелкие фрагменты стекла и песка. По передней поверхности правой голени в 22 см от уровня стоп вертикально расположенная цепочка из 7 ссадин на участке длиной 12 см, ссадины постепенно уменьшаются снизу вверх, нижняя ссадина диаметром 1,5 см, верхняя 0,3 см. Слущивание эпидермиса снизу вверх и справа налево. По передней и внутренней поверхности левой голени в 16 см от уровня стоп на участке 18х18 см множественные, смыкающиеся между собой неопределенной формы ссадины размерами от 5х3 см до 2х1 см, слущивание эпидермиса снизу вверх и справа налево. По передней поверхности правого бедра в 65 см от уровня стоп вертикальная полосовидная ссадина 12х2 см со слущиванием эпидермиса снизу вверх. На мошонке на фоне багрово-синюшного кровоподтека 2 горизонтальных разрыва по передней поверхности 2х и 5 см длиной, обе раны щелевидны с острыми концами, ровными краями, через большую рану снаружи выбухает левое яичко. В правой половине мезогастрии в 1 м от уровня стоп на участке 7х7 см множественные полосовидные ссадины размерами от 2х1 см до 1х0,3 см, расположенные параллельно со слущиванием эпидермиса справа налево и снизу вверх. В проекции крыла правой подвздошной кости дугообразная выпуклостью вниз полосовидная ссадина 5х0,6 см. Сплошной синюшный кровоподтек на участке 22х12 см, захватывающий обе подвздошные полости.

При послойных разрезах кровоизлияния в клетчатке – передняя поверхность в правой голени диаметром 8 см, в 18 см от уровня стоп; передняя внутренняя поверхность левой голени участок 18х18 см в 18 см от уровня стоп; передняя поверхность правого коленного сустава диаметром 6 см. Справа отмечается многооскольчатый перелом со смещением отломков наружного мыщелка большеберцовой кости. Справа по передней поверхности кровоизлияния в глубокие мышцы бедра на участке диаметром 8 см в 70 см от уровня стоп. Инфильтрация кровью с обеих сторон передней брюшной стенке и в мезогастрии и подвздошных областях и размозжения клетчатки над симфизом. Кровоизлияния из подвздошных областей распространяется на верхнюю треть бедер. Слева поперечный перелом бедренной кости в 55 см от уровня стоп со смещением участков сломанной кости, нижняя плоскость переломов ориентированная справа налево, и снизу вверх, верхняя плоскость перелома справа налево и сверху вниз, между плоскостями мелкие отломки треугольной формы основанием внутри. По наружной поверхности линия перелома четко сопоставима с отвесным краем, внутренним линиям перелома по центру плоскости ступенькам, острым углом кзади вверх и по внутренним линиям выкрашивание компакта и выше описанным костных отломков. В области перелома инфильтрирующее кровоизлияние в мышцы. В стопах с обеих сторон и в костях голени слева повреждений не выявлено.

Каких-либо иных повреждений не обнаружено. При проведении воздушной пробы – воздух из плевральных полостей и полостей сердца не получен. При проведении судебно-медицинского исследования трупа использовались: кожные разрезы по методу Христофорова.

ВНУТРЕННЕЕ ИССЛЕДОВАНИЕ

Извлечение органокомплекса произведено по методу Шора, с распилом ребер спереди. Череп вскрывался угловым распилом.

Масса органов.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Масса |  | норма |
| Мозг | 1300 | До 1400 |
| Легкое правое | 650 | 450 |
| левое | 590 | 375 |
| Сердце | 280 | 200-400 |
| Печень | 1200 | 1200-2000 |
| Селезенка | 90 | 80-180 |
| Почки обе |  | 275-310 |
| Правая/Левая | 140/150 |  |

ПОЛОСТЬ ЧЕРЕПА. Головной мозг исследовался методом Вирхова. Кожно-мышечный лоскут головы блестящий, малокровный, без кровоизлияний и повреждений. Кости свода и основания черепа целы. Твердая мозговая оболочка напряжена, серо-перламутрового цвета, блестящая, в синусах ее темная жидкая кровь в большом количестве. Субдуральное пространство свободно. Мягкие мозговые оболочки тонкие, прозрачные с малокровными сосудами, походу которых рассеянные точечные субарахноидальные кровоизлияния в глубине борозд. Борозды мозга несколько сглажены, извилины слегка уплощены. Головной мозг дрябло-эластичный, на разрезах с четкой границей серого и белого вещества и мраморным рисунком подкорковых ядер. Поверхности разрезов тускловаты, липнут к лезвию ножа. Желудочки мозга симметричны, обычного объема, эпендима их бледно-серая, блестящая, влажная, в полостях желудочков следы прозрачной соломенного цвета жидкости. Сосудистые сплетения обычного вида, малокровны.

ОРГАНЫ ШЕИ, ГРУДНОЙ И БРЮШНОЙ ПОЛОСТЕЙ: Листки плевры гладкие, влажные. Легкие полностью выполняют плевральные полости. В мягких тканях шеи повреждений нет. В просвете гортани, трахее в главных и всех прослеживаемых глазом бронхах пищевые массы с растительной клетчаткой. Субплеврально в легких множественные точечные кровоизлияния. Легкие вне кровоизлияний синюшные в передних и темно-синюшные в задних отделах, тестоватой консистенции, на разрезах темно-красные с обычным рисунком, малокровны. Слизистые оболочки воздухо-проводящих путей светло-розовые, набухшие. В корне диафрагмы отмечается кровоизлияние 2 см.

При ревизии брюшной полости, в последней 1,5 л темной жидкой крови, органы расположены правильно, по передней поверхности печени, по центру правой доли вертикальный разрыв длиной 8 см, глубиной до 2 см с неровными краями, край печени острый. Печень 23х18х16х10 см, плотно-эластичная, коричневая с поверхности и на разрезах, малокровная, со смазанным рисунком долек. Просвет внепеченочных желчевыводящих путей свободно проходим. Инфильтрация кровью всех мягких тканей малого таза с множественными разрывами мочевого пузыря с инфильтрацией кровью. При ревизии полный поперечный перелом симфиза с линией перелома ориентированный спереди назад, со сколами компакта по передней поверхности с выкрашиванием мелких костных отломков и ровной сопоставимой линией перелома по внутренней поверхности с отвесным мелкозернистым краем. После удаления органов малого таза и последующей ревизией таза отмечается полные со смещением переломы таза в крестцово-подвздошном сочленении, с ровной сопоставимой по внутренней поверхности линией перелома.

Язык синюшный, влажный, обложен серовато-желтым, не снимающимся налетом. Слизистые оболочки носоглотки синюшные, влажные, блестящие. В мягких тканях шеи повреждений и кровоизлияний не обнаружено.

Просвет пищевода свободен, слизистая его бледно-серая, продольно складчатая.

Подъязычная кость и хрящи гортани целы, в мягких тканях ее повреждений не обнаружено.

Хрящи трахеи целы.

Щитовидная железа обычных размеров, с равновеликими долями, плотно-эластичная, темно-коричневая, на разрезе малокровна, дольчатого строения.

Аорта эластична, со следами жидкой крови в просвете и рассеянными липидными пятнами в интиме.

В полости перикарда следы прозрачной жидкости, листки его гладкие, влажные, блестящие. Сердце эластичное, 10,5х9,5х8 см. В полостях сердца немного жидкой темной крови. Миокард розовато-синюшный, эластичный, неравномерного кровенаполнения. Толщина стенки правого желудочка 0,3 см, левого 1,2 см. Клапанный и пристеночный эндокард тонкий, прозрачный, под эндокардом левого желудочка полосчатые кровоизлияния, клапаны сформированы правильно. Коронарные артерии с тонкими стенками, пустым просветом.

В желудке – 800 мл полупереваренной пищи серо-коричневого цвета, содержимое кишечника отделам соответствует, слизистые оболочки желудочно-кишечного тракта бледно-серые. Мезентериальные лимфоузлы располагаются раздельно, диаметр их не более 1 см, эластичны. Поджелудочная железа обычных размеров, плотно-эластичная, бледно-серая, на разрезах – дольчатого строения. Селезенка 8х6х3 см, эластичная, синюшная с гипоплазией белой пульпы, на разрезах без соскоба. Надпочечники листовидной формы, обычных размеров, на разрезах граница слоев четкая. Почки равновелики, по 9х5х4 см, дрябло-эластичные. Капсула сползает при надрезе, обнажая ровную поверхность. По краю разреза паренхима наползает на капсулу. На разрезах корковый слой - синюшный, с темно-красным крапом и подчеркнутым рисунком, мозговой слой также с подчеркнутым рисунком, граница слоев отчетливо выражена с малокровием юкстамедуллярной зоны. Слизистые оболочки лоханок и чашечек бледно-синюшные, гладкие, блестящие, просвет их свободен. Мочеточники проходимы на всем протяжении, с бледно-серой слизистой. Мочевой пузырь пуст, слизистая оболочка его складчатая, бледно-серая, уретра свободно проходима.

ПОЗВОНОЧНИК И СПИННОЙ МОЗГ: при ревизии позвоночного столба повреждений не обнаружено.

Из трупа для судебно-гистологического исследования взяты кусочки внутренних органов на патоморфологические изменения. Для судебно-химического исследования фрагмент мышцы и стенка мочевого пузыря на наличие алкоголя.

Алкоголь, биология.

ДАННЫЕ ДОПОЛНИТЕЛЬНЫХ МЕТОДОВ ИССЛЕДОВАНИЯ.

Представлена служебная записка от 12.09.08г. При судебно-химическом исследовании вещественных доказательств, изъятых при вскрытии трупа, этиловый спирт не обнаружен.

А К Т Судебно-гистологического исследования Судебно-медицинским экспертом, произведено исследование кусочков внутренних органов от трупа. Х, 1968 г.р.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Легкие – неравномерное кровенаполнение сосудов микроциркуляции вплоть до стаза, с локальной агрегацией эритроцитов. Перивазальный и перибронхиальный пневмосклероз. Умеренный межуточный отек.

Миокард – малокровие сосудов микроциркуляции, межуточный отек, умеренный перивазальный склероз.

В мягких мозговых оболочках неравномерное кровенаполнение сосудов и перивазальные кровоизлияния. В головном мозге умеренный периваскулярный и перицеллюлярный отек, неравномерное кровенаполнение сосудов, вплоть до стаза.

Почки – малокровие капилляров, полнокровие вен мозгового слоя.

Вопросы:

1.Какие телсные повреждения имеются на теле Х. после событий, указанных в постановлении, их локализация, механизм образования, давность причинения и степень тяжести на момент причинения?

2.Какова причина смерти Х .?

3.Какова причинная связь наступившей смерти и повреждений, имевшихся у Х?

4.Был ли Х. пристегнут ремнем безопасности в момент ДТП?

5.Имеется ли в организме Х. алкоголь, если да, то какова его концентрация (степень тяжести в сравнении с живыми лицами)?

Эталоны:

1. На основании судебно-медицинской экспертизы трупа гр. Х., 1968 г.р., с учетом обстоятельств дела и данных дополнительных методов исследования, медицинской документации, прихожу к следующим выводам:

При судебно-медицинской экспертизе трупа обнаружены телесные повреждения в виде: сочетанная травма тела - множественные ссадины в правой половине мезогастрия, ссадина в проекции крыла правой подвздошной кости, сплошной кровоподтек захватывающий обе подвздошные области, массивное кровоизлияние в брюшной стенке - в мезогастрии, подвздошных областях распространяющиеся на верхнюю треть бедер, с размозжением клетчатки над симфизом, разрыв правой доли печени, гемоперитонеум 1,5 л, полные со смещением переломы таза в крестцово-подвздошном сочленении полный поперечный перелом симфиза, инфильтрация кровью всех мягких тканей малого таза с множественными разрывами мочевого пузыря, поперечный перелом левой бедренной кости с инфильтрирующим кровоизлиянием в мышцы в области перелома, многооскольчатый перелом со смещением отломков наружного мыщелка правой большеберцовой кости; 2 горизонтальных разрыва по передней поверхности мошонки с эвентрацией левого яичка, множественные ссадины и кровоподтеки нижних и верхних конечностей, ссадина лобной области, кровоизлияние в корне диафрагмы.

2. Смерть наступила в результате сочетанной травмы с повреждениями органов брюшной полости и малого таза, переломами костей таза и левого бедра, осложнившейся травматически-геморрагическим шоком с внутрибрюшным кровотечение в 1,5 литра. Вывод подтверждается обнаружением описанной травмы при поступлении пострадавшего в стационар и при экспертизе трупа. Совокупность и локализация телесных повреждений, позволяют говорить, что они могли возникнуть при условиях и обстоятельствах, указанных в постановлении.

3. Сочетанная травма квалифицируется, как причинившая вред опасный для жизни человека, обусловила тяжкий вред здоровью и имеет прямую причинную связь со смертью.

4. Повреждений, характерных для пристегнутого ремня безопасности при экспертизе трупа не обнаружено.

5. При судебно-химическом исследовании этиловый спирт не обнаружен.

**6. Перечень практических умений по изучаемой теме:**

- установить причину смерти;

- провести судебно-медицинское исследование трупа при различных видах насильственной смерти;

- определить степень тяжести телесных повреждений;

- установить причинно-следственную связь между повреждением и неблагоприятным исходом;

**7. Рекомендации по выполнению НИР**

Примерная тематика по НИР по теме - не предусмотрена.

**8. Рекомендованная литература по теме занятия (**обязательная, дополнительная, электронные ресурсы, включая законодательные и нормативно-правовые документы)

**Занятие № 29**

**1.Индекс ОД.О.01.1.4.31** **Тема: «Другие виды транспортных травм. Мотоциклетная травма. Тракторная травма. Железнодо­рожная травма, ее виды, характер повреждений. Травма­тизм на водном транспорте. Авиационная травма и, ее виды. Особенности судебно-ме­дицинской экспертизы и ее значение для выяснения причин авиационных происшествий».** 1 часть

**2. Форма организации занятия:** подготовка к практическому занятию.

**3. Перечень вопросов для самоподготовки по теме практического занятия:**

1. ВОПРОС Каковы особенности повреждений от действия железнодорожного транспорта?

ОТВЕТ: Железнодорожная травма — совокупность повреждений, возникающих в результатежелезнодорожных происшествий, занимает второе место после автомобильной. Ее отличают большая тяжесть, обширность повреждений, загрязнения смазочными материалами. Потому это более сложный объект для исследования, так как помимо несчастных случаев железнодорожный транспорт используется для убийств, а иногда для самоубийств. Механизмы железнодорожной травмы такие же, как и при автомобильной.

2. ВОПРОС Можно ли установить по повреждениям механизм железнодорожной травмы?

ОТВЕТ: Железнодорожные травмы по механизму сходны с наземными, в частности автомобильными, однако повреждения имеют свои особенности. Характерными являются только повреждения от переезда.Столкновение в виде обтекаемой поверхности современных локомотивов не приводит к штамп-повреждениям. Характерны лишь повреждения, нанесенные сбрасывателем, при котором возникают открытые поперечные, оскольчатые переломы голеней, иногда переломы бедер и таза. Почти всегда удар сопровождается хорошо выраженными признаками сотрясения тела. Отбрасывание тела при ударе и скольжение по грунту приводит к дополнительным повреждениям.

Переезд при действии железнодорожного транспорта оставляет наиболее характерные повреждения, и прежде всего расчленение тела или его частей под действием сильного сдавле-ния и размозжения. Поэтому возникает дефект клиновидной формы с расширением со стороны колеса, со стороны рельса вовсе может не быть разделения тканей. По краям разделения образуются полосы осаднения и давления, которые со стороны колеса крупнозубчатые, достигают 12—15 см. Со стороны рельса они относительно ровные и в два раза меньше. Тело сдавливается с силой, равной 15—20 тоннам, сопровождается трением колеса и приводит к выдавливанию подкожно-жировой клетчатки. Образуется тонкая кожа с красноватой корочкой. Вдоль стороны отделения образуются также полосы обтирания. В начале полос можно иногда обнаружить «Т»-об-разную ссадину — первичный щипок колесом, показывающую начало переезда колеса.

При переезде бывают случаи длительного про-таскивания тела, что приводит к полосам волочения с образованием рваных ран и скоплением, особенно в конце полосы множества балластной грязи и смазочного материала, повреждению и загрязнению одежды, к обнажению и шлифовке костей. Выявление деталей повреждения позволяет устанавливать направление движения транспорта, положение тела по отношению к полотну.

Падение с движущегося транспорта, сдавление вагонами, травма внутри вагонов не имеют специфики и характерны для действия тупого предмета, нередко большой тяжести. Падение с высоты и сдавление тела сочетаются с общими признаками действия железнодорожного транспорта.

При железнодорожной травме в связи с разделением тела на множество частей и их повреждением возникают вопросы, связанные с идентификацией личности, при крупномасштабных катастрофах с установлением числа погибших и принадлежности частей трупа конкретному человеку. Так как этот транспорт иногда используется для самоубийства или симуляции самоубийства в целях сокрытия преступления, а также в целях убийства человека, важность представляет установление повреждений, не связанных с действием железнодорожного транспорта, а характерных для борьбы и самообороны, и решение вопроса о прижизнен ности повреждений.

3. ВОПРОС УК-1 УК-2 ПК-5 ПК-10

Как формулировать вопросы при назначении судебно-медицинской экспертизы в случаях железнодорожной травмы?

ОТВЕТ: При назначении экспертизы с подозрением на рельсовую травму помимо указанных выше целесообразно поставить следующие вопросы:

1. Все ли из имеющихся повреждений нанесены железнодорожным транспортом?

2. Имеются ли повреждения другого происхождения, их характер и травмирующее орудие, не явились ли они результатом борьбы и самообороны?

3. Какими частями железнодорожного транспорта могли быть нанесены повреждения?

4. Определить положение потерпевшего по отношению к полотну железной дороги.

5. Не могла ли железнодорожная травма быть получена в связи с самоубийством?

4. ВОПРОС УК-1 УК-2 ПК-5 ПК-10

Каково значение исследования одежды при экспертизе транспортной травмы?

ОТВЕТ: При автомобильной травме на одежде пострадавших могут обнаруживаться повреждения, вдавления и следы-наложения. При наезде и любом сдавлении образуются разрывы, иногда на большом протяжении вследствие захвата и протягивания или растяжения. При статическом ударе — вдавления, загрязнения, повторяющие особенности ударной поверхности орудия. Характер этих повреждений и следов в большой степени зависят от механизма действия автотранспорта и особенностей материала одежды. Встречаются и повреждения, возникшие от острого орудия (стеклом или другой частью транспорта) и тогда они представляют собой не разлохмаченные неровные края, а ровные. Другая часть повреждений и следов образуется от дорожного покрытия. Это следы истирания на одежде и скольжения на обуви от трения, возникающего вследствие передвижения тела по грунту и загрязнения частицами грунта, позволяющие устанавливать направление движения дела. Характерными и значимыми на одежде являются следы, оставляемые протектором колеса при переезде. Особенности этих следов и методы их исследования разбирались при решении вопросов о механизме автотравмы.

При железнодорожной травме повреждения одежды, независимо от характера материала, обычно массивны, затрагивают все слои одежды и имеют загрязнения черного или темно-серого цвета от смазочного материала, шпал и т.д. В связи с большой силой удара, помимо сходных повреждений, образующихся при наезде автотранспортом, остаются отпечатки плотных слоев одежды, прилегающей к коже, а также находящихся в карманах предметов, которые деформируются. Иногда образуются отрывы подошвы обуви или следы скольжения на ней.

Характерным признаком переезда являются полосы давления в виде жёлоба, покрытые налетом железа, выявляемого химической реакцией. Причем обращенная к колесу полоса давления более широкая. На полосе давления, особенно в той части одежды, которая попала между гребнем колеса и рельсом, образуются разрывы, вплоть до ее разделения. При переезде происходит раздробление пуговиц, пряжек и других плотных частей одежды. Волочение тела может привести не только к истиранию одежды, но и к шлифовке мягких тканей и костей. Важно при исследовании одежды в случаях железнодорожной травмы выявить повреждения, имеющие иное происхождение, которые нанесены острым, огнестрельным оружием или тупым, т.е. характерны для борьбы. Повреждения одежды при транспортной травме существенно дополняют повреждения на теле, а в некоторых случаях являются решающими при ответе на тот или иной вопрос.

**4. Самоконтроль по тестовым заданиям данной темы** ДЛЯ УСТАНОВЛЕНИЯ ПРИЖИЗНЕННОГО (ПОСМЕРТНОГО) ОБРАЗОВАНИЯ РАН ПОВРЕЖДЕННЫЕ ТКАНИ НЕОБХОДИМО НАПРАВИТЬ ДЛЯ ИССЛЕДОВАНИЯ

ПК-5

1) химического

2) физико-технического

3) спектрального

4) гистологического

5) биологического

Правильный ответ: 4

1. КРОВОИЗЛИЯНИЯ ПОД ЭНДОКАРДОМ (ПЯТНА МИНАКОВА) СЛУЖАТ ДИАГНОСТИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ

ПК-5

1) обильной кровопотери

2) острой кровопотери

3) жировой эмболии

4) шока

5) воздушной эмболии

Правильный ответ: 4

1. СУДЕБНО-ГИСТОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ПОЗВОЛЯЕТ УСТАНОВИТЬ

ПК-5

1) прижизненность и давность

образования повреждения

2) возраст потерпевшего

3) рост потерпевшего

4) вид травмирующего предмета

5) характеристику травмирующего предмета

Правильный ответ: 1

1. ДЛЯ УСТАНОВЛЕНИЯ НА КОЖЕ СЛЕДОВ МЕТАЛЛА НЕОБХОДИМО ПРОВЕСТИ ИССЛЕДОВАНИЕ

ПК-5

1) в ультрафиолетовых лучах

2) в инфракрасных лучах

3) контактно-диффузионное

4) трассологическое

5) фотографическое

Правильный ответ: 3

1. ДИАГНОСТИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ СМЕРТИ ОТ ОСТРОЙ КРОВОПОТЕРИ СЛУЖИТ

ПК-5

1) малокровие внутренних органов

2) гемоперитонеум

3) пятна Тардье под висцеральной плеврой

4) пятна Тардье под эпикардом

5) кровоизлияния под эндокардом (пятна

Минакова).

Правильный ответ: 5

1. ФОРМА ВНУТРИКОЖНОГО КРОВОИЗЛИЯНИЯ НА СПИНЕ ПРИ ВОЗДЕЙСТВИИ ТВЕРДОГО ТУПОГО ПРЕДМЕТА С ЦИЛИНДРИЧЕСКОЙ УДЛИНЕННОЙ ПОВЕРХНОСТЬЮ

ПК-5

1) круглая

2) овальная

3) прямоугольная

4) квадратная

5) продольная

Правильный ответ: 2

1. «ТЕРРАСОВИДНЫЙ» ПЕРЕЛОМ ФОРМИРУЮТ

ПК-5

1) предметы с преобладающей травмирующей поверхностью, воздействующие под прямым углом

2) предметы с ограниченной травмирующей поверхностью, воздействующие под прямым углом

3) предметы сферической формы

4) предметы с ограниченной травмирующей поверхностью, воздействующие под острым углом

5) предметы с ограниченной травмирующей поверхностью, воздействующие под прямым углом

Правильный ответ: 2

1. К ПРИЗНАКУ ОБЩЕГО СОТРЯСЕНИЯ ТЕЛА ОТНОСЯТ

ПК-5

1) следы скольжения на подошвенной поверхности обуви

2) пятна Тардье

3) пятна Минакова

4) следы волочения на кожных покровах

5) кровоизлияния в связочный аппарат

внутренних органов

Правильный ответ: 5

1. ПОЛОСУ ОСАДНЕНИЯ (ОБТИРАНИЯ) ФОРМИРУЮТ

ПК-5

1) головка рельса

2) реборда

3) бандаж колеса

4) боковые поверхности колесного диска

5) бандаж колесного диска

Правильный ответ: 5

1. ФРАГМЕНТИРОВАНИЕ ТЕЛА ПРИ РЕЛЬСОВОЙ ТРАВМЕ ПРОИСХОДИТ

ПК-5

1) во внутренней зоне бандажа колеса

2) в зоне воздействия реборды колеса

3) по наружному краю головки рельса

4) в зоне воздействия боковых поверхностей колесного диска

5) в наружной зоне бандажа колеса

Правильный ответ: 2

**5. Самоконтроль по ситуационным задачам**

Задача № 1. **УК-1 УК-2 ПК-5 ПК-10**

ОБСТОЯТЕЛЬСТВА ДЕЛА. В постановлении о назначении судебно-медицинской экспертизы указано, что «27.08.2008 года около 14 ч. 00 мин. водитель В. управляя личным технически исправным автомобилем марки "Тойота Карина", двигался по ул. Мира со стороны Спортивного проезда в направлении Административного проезда в Ленинском районе г. К…….. В районе д. 00 ул. Мира при выполнении маневра поворота налево в Центральный проезд водитель В. допустил столкновение с мопедом «Сузуки» под управлением В., который двигался по ул. Мира во встречном направлении прямо. В результате дорожно-транспортного происшествия водитель мопеда В. получил телесные повреждения и был доставлен в ГБ № 0, где 08.09.2008 г. от полученных телесных повреждений скончался».

ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКАЯ ЧАСТЬ.

Представлена медицинская карта стационарного больного из ГКБ № 0 на имя В., 1968 г.р., который 27.08.08г. в 15-15 бригадой "скорой помощи" был доставлен в НХО-1 с нарушением сознания. Со слов врача "скорой помощи" 27.08 около 14-00 пострадал при столкновении с автомобилем, находился за рулем мотоцикла. На месте травмы с нарушением сознания. При поступлении состояние крайне тяжелое. Кожные покровы обычной окраски. Костно-суставная система без видимой патологии. дыхание проводится по всеми полям с периодизацией через интубационную трубку. частота сердечных сокращений 88/мин. Артериальное давление 130/90 мм.рт.ст. Живот при пальпации умеренно напряжен. Сознание – сопор. Зрачки равны, на свет реакция вялая. Лицо симметрично, парезов нет. сухожильные рефлексы равны, низкие. Явных очаговых Менингиальных знаков нет. патологические стопные знаки сомнительны с обеих сторон. На конечностях ссадины и ушибы. В теменной области слева рана, повязка умеренно кровоточит отделяемым. Из носа и рта следы кровотечения. В области верхнего века слева гематома. Произведена первичная хирургическая обработка раны теменной области справа. дном раны является неповрежденная надкостница. Больной осмотрен хирургом, с диагностической целью произведена операция Лапароцентез. Отделяемого из брюшной полости не поступило. При рентгенологическом исследовании № 17230 от 27.08.08 травматических повреждений костей таза, шейного отдела позвоночника не выявлено; на рентгенограмме грудной клетки травматических повреждений со стороны ребер, гемопневмоторакса не выявлено, средостение смещено влево за счет укладки больного, трубка ИВЛ в трахее; на краниограмме определяется линейный перелом в левой височно-теменной области. Больной госпитализирован в отделение реанимации. Произведена пункция подключичной вены слева. Проведена компьютерная томография головного мозга № 12629 от 28.08.08г.: в носовых синусах (основной пазухе и клетках решетчатого лабиринта, гайморовы пазухи не осматривались) определяется имбибиция сгустками крови; грубой дислокации срединных структур нет; желудочковая система диффузно сужена во всех отделах; субарахноидальные борозды резко обеднены во всех отделах; дифференцировка на серое и белое вещество умеренно снижена (отек, …), субарахноидальные кровоизлияния в правой и левой гемисферах; над левой латеральной ямкой определяется обширная зона контузионного поражения ткани мозга с имбибицией мозгового вещества кровью 45х24 мм (субкортикально), аналогичное поражение в лобной доле 38х21 мм, плащевидное скопление геморрагического компонента по конвексу в височной доле справа до 2-3 мм в глубину. 29.08 состояние тяжелое, сознание нарушено по типу кома 1, ИВЛ через интубационную трубку. 31.08 состояние больного крайне тяжелое, кома 1-2, Артериальное давление 100/60 мм.рт.ст. Пульс 96/мин. в дальнейших записях состояние больного крайне тяжелое, кома 1, ИВЛ. 04.09 состояние больного без динамики. Артериальное давление 123/70 мм.рт.ст. 04.09.08 проведена компьютерная томография № 12697: дифференцировка на серое и белое вещество головного мозга снижена; сохраняется отек головного мозга; субарахноидальные борозды и все видимые ликворные пространства сужены и имбибированы кровью (включая мозжечковый намет, межполушарную щель; геморрагический компонент прослеживается и в базальных цистернах и, вероятно, в затылочных рогах); контузионные очаги с имбибицией мозгового вещества кровью имеют размеры: в височно-теменной области слева 47х28 мм, в лобной доле справа 62х35 мм; 4 желудочек не визуализируется; грубой дислокации срединных структур нет. 5.09 состояние больного крайне тяжелое, резко ухудшилось по сравнению с 04.09.08г. с углублением нарушения сознания и трудно корригируемой гипотонией. 6.09 состояние больного без динамики, кома 2, ИВЛ. 08.09 состояние больного терминальное, атония, арефлексия, зрачки равны, расширены. Артериальное давление 55/30 мм.рт.ст. Пульс 138/мин. несмотря на проводимое лечение в 14-00 08.09.08г. произошла остановка кровообращения, реанимационные мероприятия не проводились, констатирована смерть больного.

ПОСМЕРТНЫЙ ДИАГНОЗ. Закрытая черепно-мозговая травма. Ушиб головного мозга тяжелой степени. Контузионные очаги в лобной доле справа и височно-теменной области слева с прорывом крови в желудочки мозга. массивное субарахноидальное кровоизлияние. Перелом теменной и височной костей слева. ушибленная рана теменной области справа. ушибы мягких тканей, ссадины тела.

Алкоголь – в крови и моче не обнаружен.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Данные анализов | | | | |
| Параметры  дата | 27.08 | 30.08 | 4.09 | 8.09 |
| Эритроциты | 4,7 |  | 3,8 | 3,96 |
| Цветной п. | 1,0 | 0,92 | 0,95 | 0,91 |
| Гемоглобин | 159 | 151 | 119 | 120 |
| Тромбоциты | 215 | 122 | 264 | 173 |
| гематокрит |  | 40,9 | 33 | 37,3 |
| лейкоциты | 16,1 | 17,0 | 6,7 | 5,7 |
| базофилы | 1 |  | 1 |  |
| эозинофилы |  |  | 3 |  |
| миелоциты |  |  | 1 |  |
| Юные |  |  |  |  |
| палочкоядерные | 6 | 2 | 7 |  |
| сегментоядерные | 58 | 58 | 74 |  |
| Индекс ядерного сдвига |  |  |  |  |
| лимфоциты | 30 | 20 | 8 |  |
| моноциты | 5 | 20 | 6 |  |
| Дегенеративные изменения нейтрофилов |  |  | + |  |
| Анизоцитоз |  |  | + |  |
| Полихромазия |  |  | + |  |
| РОЭ |  |  | 52 | 51 |
|  |  |  |  | 7.09 |
| Амилаза | 133 | 77 |  |  |
| мочевина | 8,3 | 9,6 | 8,0 | 12,8 |
| Билирубин общ. |  | 22,1 | 13,9 | 38,7 |
| Прямой |  | 5,1 | 8,4 | 25,9 |
| непрямой |  | 17,0 | 5,5 | 12,8 |
| Белок крови | 50,9 | 62,4 | 46,8 | 52,6 |
| Калий | 2,8 | 3,6 | 3,8 | 6,6 |
| Натрий | 134 | 143 | 135 | 155 |
| Сахар | 6,3 | 5,5 | 8,0 |  |
|  |  |  |  | 7.09 |
| Уд. вес мочи | 1000 | 1017 | 1015 | 1002 |
| Белок мочи | 80 | 225 | 125 | 250 |
| Лейкоциты мочи | ед | 2-4 | 2-4 | 2-4 |
| Эритроциты мочи | 7-15 | знач | 20-40 | 1-3 |

НАРУЖНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ. Труп мужчины, доставлен без одежды, правильного атлетического телосложения, правильного удовлетворительного питания, длиной тела 183 см. Кожа бледно-серая, холодная на ощупь во всех отделах, в отлогих местах тела сливные, фиолетовые, не исчезающие и не меняющие цвет при надавливании трупные пятна. Трупное окоченение достаточно выражено во всех обычно исследуемых группах мышц. Склеры глаз мутные, тусклые, суховаты, кровоизлияний в соединительные оболочки глаз не отмечается, зрачки равновелики по 0,5 см диаметром. Голова правильной формы, кости черепа и лицевого скелета на ощупь целы. Грудная клетка цилиндрическая, эластичная, упругая, ребра на ощупь целы. Живот на одном уровне с грудной клеткой. Естественные отверстия тела и полости рта и носоглотки свободны, чистые. Слизистая оболочка губ синюшная, подсохшая. Анальное отверстие сомкнуто. Половые органы развиты правильно. Кости конечностей целы.

ПОВРЕЖДЕНИЯ. Справа в средней трети наружной поверхности голени в 30 см от уровня стоп на участке 9х3 см множественные ссадины - округлые диаметром по 0,5 см и 3 полосовидных дугообразных выпуклостью кзади параллельных 3 см, 8 см, и 3 см длиной считая спереди, разделенные промежутками в 0,3 см, условное начало ссадин сверху, ширина ссадин 0,2 см.

По передней поверхности левой голени в 30 см от уровня стоп овальная ссадина 2х1 см. Ссадины однотипны, покрыты бурой выбухающей, отслаивающей по слоям коркой.

При проведении воздушной пробы – воздух из плевральных полостей и полостей сердца не получен. При проведении судебно-медицинского исследования трупа использовались: кожные разрезы по методу Христофорова.

ВНУТРЕННЕЕ ИССЛЕДОВАНИЕ

Извлечение органокомплекса произведено по методу Шора, с распилом ребер спереди. Череп вскрывался угловым распилом.

Масса органов.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Масса |  | норма |
| Мозг | 1600 | До 1400 |
| Легкое правое | 790 | 450 |
| левое | 810 | 375 |
| Сердце | 300 | 200-400 |
| Печень | 1500 | 1200-2000 |
| Селезенка | 90 | 80-180 |
| Почки обе | 310 | 275-310 |
| Правая/Левая | 160/150 |  |

ПОЛОСТЬ ЧЕРЕПА. Слева в проекции верхнего края основании ушной раковины, распространяясь на височную и теменную области кровоизлияние в коже диаметром 5 см. Инфильтрация височных мышц кровью слева. Справа в области заднего края теменного бугра в 2 см от средней линии кровоизлияние диаметром 2 см. В своде черепа слева перелом. Линия перелома начинается в центре левого теменного бугра в 6,5 см от средней линии и в 8 см от середины левой части лямбдовидного шва, имеет направление сверху вниз и сзади наперед, пересекает теменную кость, распространяясь на лобную кость, пересекая ее и переходит на крышу орбиты в 0,5 см от левого края гребня. Длина этой части линии 9 см, далее линия перелома плавно поворачивает вправо идя параллельно гребню орбиты на протяжении 3,7 см. Дойдя до дырчатой пластинки решетчатой кости линя перелома раздваивается, одна линия уходит на дырчатую пластинку, образуя там линейный перелом по левой ее части, заканчиваясь у начала петушиного гребня. Вторая линия от основной по прямым углом поворачивает кзади и вправо, распространяясь в таком направлении 1,5 см и далее дугообразно поворачивает вправо затухая по внутреннему краю правого отверстия зрительного нерва. При ревизии линии перелома сколы компакта по наружной костной пластинки по боковой поверхности лобной и теменной костей на протяжении 6 см, по внутренним поверхностям линия перелома ровная четко сопоставимая. Субдурально справа по наружной поверхности мозга с переходом на среднюю и переднюю черепные ямки пластинчатые наложения темно-вишневых рыхло спаянных с твердой мозговой оболочкой, объемом не более 30 мл. Прокрашивание твердой мозговой оболочки со стороны мозговой поверхности кровью по обеим наружным поверхностям мозга, а так же в передних и средних черепных ямках. Головной мозг полностью резервные пространства. Расползается под пальцами.

Субарахноидально, распространяясь на вещество мозга, со сплошной окраской, кровоизлияние справа по наружной поверхности мозга с центром на границе височной и теменной долей диаметром 4 см с размозжением вещества мозга на глубину до 2-х см.

Слева кровоизлияние по полюсной и базальной поверхностям височной доли на участке диаметром 8 см с размозжением вещества мозга на глубину до 2-х см, слева аналогичное кровоизлияние по полюсной поверхности лобной доли диаметром 3 см, с размозжением вещества мозга на глубину 1 см.

На разрезах кора мозга не определяется, мозг разваливается под пальцами.

ОРГАНЫ ШЕИ, ГРУДНОЙ И БРЮШНОЙ ПОЛОСТЕЙ: язык синюшный, влажный, не обложен. Слизистые оболочки носоглотки синюшные, влажные, блестящие. В мягких тканях шеи повреждений и кровоизлияний не обнаружено.

Органы брюшной полости расположены анатомически правильно, в полости следы прозрачной жидкости соломенного цвета. Листки брюшины гладкие, влажные, блестящие.

Просвет пищевода свободен, слизистая его бледно-серая, продольно складчатая.

Вход и просвет гортани свободен, слизистая оболочка ее бледно-серая. Подъязычная кость и хрящи гортани целы, в мягких тканях ее повреждений не обнаружено.

Просвет трахеи и главных бронхов свободен, хрящи трахеи целы.

Щитовидная железа обычных размеров, с равновеликими долями, плотно-эластичная, темно-коричневая, на разрезе полнокровна, дольчатого строения.

Аорта эластична, со следами жидкой крови в просвете и гладкой бледно-желтой интимой.

Слева легкое спавшееся, прижато к позвоночнику, плотно-мясистое, на разрезах легкое темно-красное со смазанным рисунком. Листки плевры справа гладкие, влажные, блестящие, слева листки плевры покрыты фибринозным налетом, толщиной до 0,1см. Справа легкое выполняет 2/3полости, тестоватое, красно-синюшное, на разрезах темно-красное с четким рисунком в 8 и 9 сегментах плотное, серовато-красное. Слизистые оболочки воздухо-проводящих путей светло-розовые, набухшие. Просвет воздухо-проводящих путей свободен. Бифуркационные лимфоузлы диаметром от 1 до 2 см, эластичные, не спаянные между собой и с окружающими тканями, темно-синюшные, на разрезах сочные, с обычным рисунком. В полости перикарда следы прозрачной жидкости, листки его гладкие, влажные, блестящие. Сердце дрябло-эластичное, 12х11х9 см. В полостях сердца немного жидкой темной крови с мелкими единичными темно-вишневыми свертками. Миокард розовато-синюшный, эластичный, с сетчатым разрастанием соединительной ткани, неравномерного кровенаполнения. Толщина стенки правого желудочка 0,3 см, левого 1,2 см. Клапанный и пристеночный эндокард тонкий, прозрачный, клапаны сформированы правильно. Равномерный ва­риант кровоснабжения. Справа от про­дольной борозды сердца располагаются крупные ветви правой венечной артерии, а слева — крупные ветви огибающей ветви левой венечной артерии. Коронарные артерии с тонкими стенками, пустым просветом.

Желудок пустой, содержимое кишечника отделам соответствует, слизистые оболочки желудочно-кишечного тракта бледно-серые. Мезентериальные лимфоузлы располагаются раздельно, диаметр их не более 1 см, эластичны. Печень 26х18х16х13 см, плотно-эластичная, коричневая с поверхности и на разрезах, полнокровная, со четким рисунком долек. Просвет внепеченочных желчевыводящих путей свободно проходим. Поджелудочная железа обычных размеров, плотно-эластичная, бледно-серая, на разрезах – дольчатого строения. Селезенка 8х4х3 см, эластичная, синюшная с гипоплазией белой пульпы, на разрезах без соскоба. Надпочечники листовидной формы, обычных размеров, на разрезах граница слоев четкая. Почки равновелики, 12х6х5 см, дрябло-эластичные. Капсула сползает при надрезе, обнажая ровную поверхность. По краю разреза паренхима наползает на капсулу. На разрезах корковый слой - синюшный, с темно-красным крапом и подчеркнутым рисунком, мозговой слой также с подчеркнутым рисунком, граница слоев отчетливо выражена. Слизистые оболочки лоханок и чашечек бледно-синюшные, гладкие, блестящие, просвет их свободен. Мочеточники проходимы на всем протяжении, с бледно-серой слизистой. Мочевой пузырь пуст, слизистая оболочка его складчатая, бледно-серая, уретра свободно проходима.

ПОЗВОНОЧНИК И СПИННОЙ МОЗГ: при ревизии позвоночного столба повреждений не обнаружено.

Из трупа для судебно-гистологического исследования взяты кусочки внутренних органов на патоморфологические изменения.

В качестве вещественного доказательства взята кровь на марле.

Вопросы:

1. Какова причина смерти Салмина Александра Валерьевича 09.06.1968 г.р.?
2. Степень тяжести полученных телесных повреждений?
3. Какова их локализация, механизм образования?
4. Стоят ли полученные телесные повреждения в прямой причинной связи с травмой,  
   полученной при дорожно-транспортном происшествии и со смертью?
5. Не находился ли Салмин А.В. в момент ДТП в состоянии алкогольного или иного опьянения?

Эталон:

1. При судебно-медицинской экспертизе трупа обнаружены телесные повреждения в виде: а) открытая черепно-мозговая травма: кровоизлияния в коже - слева в проекции верхнего края основании ушной раковины, распространяясь на височную область с инфильтрацией височных мышц кровью, справа в области заднего края теменного бугра; перелом костей свода и основания черепа, субдуральная гематома справа объемом 30 мл, субарахноидальные и внутримозговые кровоизлияния справа по наружной поверхности мозга с центром на границе височной и теменной долей, слева по полюсной и базальной поверхностям височной доли и по полюсной поверхности лобной доли; б) ссадины на нижних конечностях.
2. Черепно-мозговая травма квалифицируется, как причинившая вред опасный для жизни человека, обусловила тяжкий вред здоровью и имеет прямую причинную связи со смертью. Ссадины на нижних конечностях вреда здоровью не причинили.
3. Локализация повреждений кожи головы, костей черепа и головного мозга позволяет говорить, что черепно-мозговая травма имеет инерционный механизм. Вывод подтверждается соответствием кровоизлияния в коже головы в левой теменно-височной области и деформации сжатия наружной костной пластинки по линии перелома в лобной и теменной костях, наличием кровоизлияний в веществе мозга вне зоны ударного воздействия, а в зоне противоудара - справа по наружной поверхности мозга с центром на границе височной и теменной долей, слева по полюсной и базальной поверхностям височной доли и по полюсной поверхности лобной доли. Учитывая вышеизложенное черепно-мозговая травма возникла в результате однократного ударного воздействия твердого тупого предмета без четких идентифицирующих признаков с массой больше массы головы (либо от удара о таковой) на левую теменно-височную область с действием травмирующей силы сверху вниз, спереди назад и слева направо. Указанная травма могла возникнуть, в том числе и при обстоятельствах, указанных в направлении.Ссадины на нижних конечностях возникли от действия твердых тупых предметов.
4. Учитывая морфологическую картину в травмированном головном мозге, давность травмы может соответствовать обстоятельствам, указанным в направлении.
5. При поступлении пострадавшего в стационар в крови не обнаружен этиловый спирт. Данных за иное опьянение в истории болезни не обнаружено.

Задача №2. **УК-1 УК-2 ПК-5 ПК-10**

ОБСТОЯТЕЛЬСТВА ДЕЛА. В постановлении о назначении судебно-медицинской экспертизы указано, что «13.09.2008 года около 23 ч. 19 мин. водитель В. управляя автомобилем марки «Тойота Авенсис», двигался по ул. Мира в Ленинском районе г. К……, в районе поворота на «Теплую речку» допустил наезд на пешеходов А. и Т. После чего водитель Л., который двигался в попутном В. направлении так же допустил наезд на пешеходов А. и Т. В результате дорожно-транспортного происшествия пешеход Т. от полученных телесных повреждений скончался, пешеходу А. причинены телесные повреждения».

Представлена медицинская карта стационарного больного из ГКБ № 0 на имя Т., 1962 г.р., который 14.09.08г. а 0-20 бригадой скорой помощи был доставлен в НХО-2 с нарушением сознания. Со слов врача бригады скорой помощи 13.09 около 23-20 сбит автомобилем «Тойота» по ул. Мира. Кома на месте, пульс 100\мин., АД 40\0 мм.рт.ст. Дыхание ИВЛ через интубационную трубку. Живот на пальпацию не реагирует. При поступлении сознание кома 2. Зрачки расширены, равны, рефлексы угнетены, взор фиксирован прямо. Язык в полости рта. Глоточный рефлекс угнетен. Асимметрия лица за счет ушибов мягких тканей. Явных парезов не определяется. Рефлексы с рук и ног равны, низкие. Менингиальных знаков не выявлено. Двусторонний симптом Бабинского. Из обоих носовых ходов геморрагическое отделяемое. Множество поверхностных ран лобной области, лица, деформация костей обеих голеней. При рентгенологическом исследовании № 18172 от 14.09.08г. на краниограммах в 2-х проекциях справа линейные переломы теменной и височной костей с переходом на основание черепа в среднюю черепную ямку; на спонидограммах шейного отдела позвоночного столба в … шейный лордоз выпрямлен, подозрение на снижение высоты тела 6 шейного позвонка; внутрисуставной краевой перелом верхней трети левой большеберцовой кости с диастозом костного фрагмента; перелом лонной и седалищной костей слева со смещением. Больной транспортирован в отделение реанимации. Больной осмотрен хирургом, с диагностической целью проведена операция Лапароцентез. Патологического отделяемого из брюшной полости не получено. Больной осмотрен травматологом. 14.09 общее состояние больного крайней тяжести, терминальное. Кома запредельная, атония, арефлексия. Артериальное давление 38/20 мм.рт.ст. Дыхание проводится со всех сторон. Живот на пальпацию не реагирует. Несмотря на проводимое лечение, состояние больного с отрицательной динамикой. 14.09.08г. в 9-10 остановка сердечной деятельности, констатирована смерть.

ПОСМЕРТНЫЙ ДИАГНОЗ. Сочетанная травма. Открытая черепно-мозговая травма. Ушиб головного мозга тяжелой степени. Перелом костей свода и основания черепа. Закрытая травма шейного отдела позвоночника, перелом костей таза, левой голени. Ушибы, ссадины мягких тканей. отек, дислокация головного мозга. острая сердечно-сосудистая и дыхательная недостаточность.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Данные анализов | | | | |
| Параметры  дата | 14.09 | 14.09 |  |  |
| эритроциты | 3,7 | 2,6 |  |  |
| Цветной п. | 1,0 | 0,98 |  |  |
| гемоглобин | 122 | 85 |  |  |
| тромбоциты | агрег | 119 |  |  |
| гематокрит |  | 25,4 |  |  |
| лейкоциты | 19,5 | 3,2 |  |  |
| палочкоядерные | 26 |  |  |  |
| сегментоядерные | 45 |  |  |  |
| лимфоциты | 22 |  |  |  |
| моноциты | 7 |  |  |  |
| РОЭ |  | 8 |  |  |
| Амилаза |  | 130 |  |  |
| мочевина |  | 5,9 |  |  |
| Билирубин общ. |  | 12,4 |  |  |
| Прямой |  | 2,5 |  |  |
| непрямой |  | 9,9 |  |  |
| Белок крови |  | 53,9 |  |  |
| Калий |  | 2,5 |  |  |
| Натрий |  | 137 |  |  |

НАРУЖНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ. Труп мужчины, доставлен без одежды, среднего телосложения, правильного удовлетворительного питания, длиной тела 175 см. Кожа бледно-серая, холодная на ощупь во всех отделах, в отлогих местах тела сливные, фиолетовые, не исчезающие и не меняющие цвет при надавливании трупные пятна. Трупное окоченение достаточно выражено во всех обычно исследуемых группах мышц. Склеры глаз мутные, тусклые, суховаты, кровоизлияний в соединительные оболочки глаз не отмечается, зрачки равновелики по 0,4 см диаметром. Голова правильной формы, кости черепа и лицевого скелета на ощупь целы. Грудная клетка цилиндрическая, эластичная, упругая, ребра на ощупь целы. Живот на одном уровне с грудной клеткой. Естественные отверстия тела и полости рта и носоглотки свободны, чистые. Слизистая оболочка губ синюшная, подсохшая. Анальное отверстие сомкнуто. Половые органы развиты правильно.

ПОВРЕЖДЕНИЯ. По передней поверхности левой голени в 15 см от уровня стоп 3 расположенных вертикальной цепочки однотипных овальных ссадины 3,5х1,5 см разделенных промежутками неповрежденной кожи в 1 см.

Справа по наружной поверхности бедра на границе верхней и средней трети в 80 см от уровня стоп округлая ссадина диаметром 2 см. Выше на 4 см на участке 5х3,5 см множественные параллельные горизонтальные царапины в виде цепочек сходящие на «нет» в направлении спереди назад.

В проекции крыла правой подвздошной кости в 1 метре от уровня стоп полосовидная дугообразная выпуклостью вверх ссадина 7х0,5 см.

2-е округлых ссадины диаметром по 2 см на фоне багрового кровоподтека диаметром 7 см по задней поверхности правого локтевого сустава.

В проекции крыла подвздошной кости слева в 1 метре от уровня стоп прямоугольная ссадина 2х2.5 см.

В лобной области от бровей до волосистой части головы на участке, ориентированном горизонтально, 14х20 см округлые множественные, смыкающиеся между собой ссадины от 3 до 1 см диаметром, на фоне которых параллельные множественные ориентированные слева направо и снизу вверх поверхностные линейные раны с острыми концами и ровными отвесными краями. Глубина ран на толщу эпидермиса, раны от 1,5 см до 8 см длиной. Раны расположены, как на неповрежденной коже, так и на поверхности ссадин.

В проекции наружного края левой надбровной дуги ушитая одним швом округлая ушибленная рана диаметром 0,5 см. Рана расположена в нижнем углу выше описанного участка.

Ссадина на кончике, левом крыле носа и переносице на участке 5х3.5 см. По верхней части ссадины на переносице ушитая дугообразная выпуклостью влево рана 1х1 см с подрытым правым и скошенным левым краями, глубина раны 0,3 см.

В центре затылочной области на переходом на теменную в проекции вершины лямбдовидного шва дугообразная выпуклостью вверх рана с осадненными краями и тканевыми перемычками в глубине, глубиной до кости, горизонтально ориентированная, длиной 7 см, со скошенным верхним подрытым (скальпированным) на глубину до 1 см нижним краями.

Все ссадины однотипны по характеристикам, покрыты бурой сухой коркой с запавшим дном.

При послойных разрезах слева - кровоизлияние в коже и мягких тканях голени в 16 см от уровня стоп по передне-внутренней поверхности на участке 6х7 см. По наружной поверхности голени слева в 15 см от уровня стоп кровоизлияние на участке 13х12 см.

При ревизии - многооскольчатый перелом наружного мыщелка левой большеберцовой кости.

Справа по внутренней с переходом на заднюю поверхностям голени в 20 см от уровня стоп кровоизлияние шириной 8 см охватывающее указанные поверхности голени полуциркулярно.

Справа по внутренней поверхности коленного сустава в 40 см от уровня стоп кровоизлияние диаметром 16 см с множественными кровоизлияниями в связки по этой поверхности сустава и выполнением полости сустава кровью. Кровью выполнена полость и левого коленного сустава, при ревизии – внутрисуставной поперечный перелом наружного мыщелка левой большеберцовой кости со смещением костного фрагмента

При ревизии стоп слева выполнение кровью голеностопного сустава с кровоизлияниями в месте прикрепления Ахиллова сухожилия.

Справа многооскольчатый поперечный перелом задней лодыжки с кровоизлияниями в Ахилловом сухожилии в месте его прикрепления.

Слева кровоизлияния в мягкие ткани на участке диаметром 10 см в 85 см от уровня стоп в области полуколец таза. Здесь же косопоперечный перелом с выкрашиванием трех треугольных костных отломков, основанием кпереди, длиной по 1,5 см между симфизом и седалищной костью по верхнему полукольцу. При сопоставлении отломков определяется основная плоскость перелома, которая ориентирована спереди назад слева направо и снизу вверх. По задней поверхности линия перелома одиночная, четко сопоставимая. По нижней и передней поверхностям - множественные выкрашивания мелких костных отломков в краях перелома. Перед передней стенкой мочевого пузыря студневидный отек с пропитыванием кровью клетчатки между стенкой пузыря и симфизом.

Справа и слева следы подключичной катетеризации

При проведении воздушной пробы – воздух из плевральных полостей и полостей сердца не получен. При проведении судебно-медицинского исследования трупа использовались: кожные разрезы по методу Христофорова.

ВНУТРЕННЕЕ ИССЛЕДОВАНИЕ

Извлечение органокомплекса произведено по методу Шора, с распилом ребер спереди. Череп вскрывался угловым распилом.

Масса органов.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Масса |  | норма |
| Мозг | 1600 | До 1400 |
| Легкое правое | 700 | 450 |
| левое | 700 | 375 |
| Сердце | 350 | 200-400 |
| Печень | 1500 | 1200-2000 |
| Селезенка | 70 | 80-180 |
| Почки обе |  | 275-310 |
| Правая/Левая | 150/150 |  |

ПОЛОСТЬ ЧЕРЕПА. В кожно-мышечном лоскуте головы в лобной области справа кровоизлияние диаметром 3,5 см в области лобного бугра. Слева в лобно-теменной области, гранича со средней линией прямоугольное, ориентированное горизонтально, расположенное в проекции венечного шва, кровоизлияние 11х6 см.

Кровоизлияние диаметром 10 см справа в височной области и диаметром 10 см слева в теменно-затылочной области, по левой ветви лямбдовидного шва. Все кровоизлияния темно-красные с четкими контурами Твердая мозговая оболочка напряжена. При ревизии черепа справа перелом основания.

Линия перелома условно начинается в крыше правой орбиты, в проекции наружного края надбровной дуги на протяжении 3-х см распространяется влево в 0,5 см от лобной кости. Далее не доходя до решетчатой кости 0,5 см под тупым углом поворачивает кзади и через 1,5 см распространяется на решетчатую кость пересекая ее в направлении спереди назад и справа налево. Пересекает крышу основной пазухи, переднюю стенку турецкого седла, затухая в центре левого края турецкого седла. Полость основной пазухи выполнена кровью.

В затылочной кости обнаружен линейный перелом, условное начало которого на вершине лямбдовидного шва в направлении сверху вниз и слева направо через 6 см в 2 см от средней линии и в 3 см выше борозды поперечного синуса линия поворачивает под острым углом влево, затухая через 1 см. По внутренней надкостной пластинке линия перелома сопоставима, по наружной - сколы компакта на протяжении 2х см от вершины лямбдовидного шва.

Прямой размер головы 21 см, большой поперечный 18 см, толщина лобной кости 0,7 см. височной 0,3 см. теменной 0,8 см в зонах распила. Субдурально - жидкая кровь по всем отделам.

Субарахноидально справа по всей наружной поверхности полушария темно-красные кровоизлияния в глубине борозд, распространяющиеся на извилины по наружной поверхности теменной доли на участке 9х15 см.

По полюсной и базальной поверхностям обеих лобных и височных долей на участках - 12х10 см слева и 11х10 см справа без четких контуров множественные мелкоочаговые не более 0,3 см диаметром субарахноидальные кровоизлияния, на разрезах распространяющиеся на глубину коры, окруженные полосой в 2 см (с каждой стороны) кровоизлияниями по бороздам, справа смыкающимися с выше описанными.

По полюсным поверхностям лобных долей множественные диметром по 0,2 см эрозии на отграниченных участках по 1 см диаметру.

На разрезах множественные точечные кровоизлияния в ножках мозга. Резервные пространства мозга отсутствуют. Борозды мозга сглажены, извилины уплощены, на миндаликах мозжечка кольцевидная с диффузными субарахноидальными кровоизлияниями полоса вдавления от краев большого затылочного отверстия. Головной мозг дряблый, на разрезах с четкой границей серого и белого вещества и мраморным рисунком подкорковых ядер. Поверхности разрезов тускловаты, липнут к лезвию ножа. Желудочки мозга симметричны, обычного объема, эпендима их бледно-серая, блестящая, влажная, в полостях желудочков следы прозрачной соломенного цвета жидкости. Сосудистые сплетения обычного вида, малокровны.

ОРГАНЫ ШЕИ, ГРУДНОЙ И БРЮШНОЙ ПОЛОСТЕЙ: язык синюшный, влажный, не обложен. Слизистые оболочки носоглотки синюшные, влажные, блестящие. В мягких тканях шеи повреждений и кровоизлияний не обнаружено. В плевральных полостях следы прозрачной жидкости, легкие выполняют 2\3 полостей, с блестящей, гладкой и влажной плеврой. Органы брюшной полости расположены анатомически правильно, в полости следы прозрачной жидкости соломенного цвета. Листки брюшины гладкие, влажные, блестящие. Просвет пищевода свободен, слизистая его бледно-серая, продольно складчатая. Вход и просвет гортани свободен, слизистая оболочка ее бледно-серая. Подъязычная кость и хрящи гортани целы, в мягких тканях ее повреждений не обнаружено.

Просвет трахеи и главных бронхов свободен, хрящи трахеи целы.

Щитовидная железа обычных размеров, с равновеликими долями, плотно-эластичная, темно-коричневая, на разрезе малокровна, дольчатого строения.

Аорта эластична, со следами жидкой крови в просвете и рассеянными липидными пятнами и множественными атеросклеротическими бляшками в разных стадиях развития в интиме.

Легкие синюшные в передних и темно-синюшные в задних отделах, тестоватой консистенции, на разрезах темно-красные с обычным рисунком, малокровны. Слизистые оболочки воздухо-проводящих путей светло-розовые, набухшие. Бифуркационные лимфоузлы располагаются в виде пакетов диаметром от 1 до 2 см, эластичные, не спаянные между собой и с окружающими тканями, темно-синюшные, на разрезах сочные, с обычным рисунком. В полости перикарда следы прозрачной жидкости, листки его гладкие, влажные, блестящие. Сердце дрябло-эластичное, 14х12х10 см, с избыточным отложением жира под эпикардом. В полостях сердца немного жидкой темной крови с мелкими единичными темно-вишневыми свертками. Миокард розовато-синюшный, эластичный, с сетчатым разрастанием соединительной ткани, неравномерного кровенаполнения. Толщина стенки правого желудочка 0,3 см, левого 1,3 см. Клапанный и пристеночный эндокард тонкий, прозрачный, клапаны сформированы правильно. Коронарные артерии с неравномерно утолщенными стенками за счет полулунных и кольцевидных атеросклеротических бляшек с кальцинозом, с облитерацией просвета не более чем на 1/3.

Желудок пустой, содержимое кишечника отделам соответствует, слизистые оболочки желудочно-кишечного тракта бледно-серые. Мезентериальные лимфоузлы располагаются раздельно, диаметр их не более 1 см, эластичны. Печень 24х18х14х10 см, плотно-эластичная, коричневая с поверхности и на разрезах, малокровная, со смазанным рисунком долек. Просвет внепеченочных желчевыводящих путей свободно проходим. Поджелудочная железа обычных размеров, плотно-эластичная, бледно-серая, на разрезах – дольчатого строения. Селезенка 6х3х2 см, эластичная, синюшная, на разрезах без соскоба. Надпочечники листовидной формы, обычных размеров, на разрезах граница слоев четкая. Почки равновелики, 9,5х5х4 см, дрябло-эластичные. Капсула сползает при надрезе, обнажая ровную поверхность. По краю разреза паренхима наползает на капсулу. На разрезах корковый слой - синюшный, с темно-красным крапом и подчеркнутым рисунком, мозговой слой также с подчеркнутым рисунком, граница слоев отчетливо выражена. Слизистые оболочки лоханок и чашечек бледно-синюшные, гладкие, блестящие, просвет их свободен. Мочеточники проходимы на всем протяжении, с бледно-серой слизистой. Мочевой пузырь пуст, слизистая оболочка его складчатая, бледно-серая, уретра свободно проходима.

ПОЗВОНОЧНИК И СПИННОЙ МОЗГ: при ревизии позвоночного столба костных и внутримозговых повреждений не обнаружено. Отмечаются полосовидные кровоизлияния, ориентированные вертикально, в заднюю атланто-затылочную мембрану. Эпи- и субдуральные пространства свободны, твердая мозговая оболочка напряжена, бледно-серая, блестящая, мягкие мозговые оболочки тонкие, прозрачные, спинной мозг дряблый, на разрезах обычного рисунка..

Из трупа для судебно-гистологического исследования взяты кусочки внутренних органов на патоморфологические изменения. Для судебно-химического исследования кровь и фрагмент почки.

В качестве вещественного доказательства взята кровь на марле.

ДАННЫЕ ДОПОЛНИТЕЛЬНЫХМ МЕТОДОВ ИССЛЕДОВАНИЯ.

Представлена служебная записка к акту судебно-химического исследования от 23.09.08г. Заключение: при судебно-химическом исследовании вещественных доказательств, изъятых при вскрытии трупа, обнаружен этиловый спирт в концентрации: 2,4 промилле в крови и 2,0 промилле в почке.

Вопросы:

1. Причина смерти?
2. Давность наступления смерти?
3. Сколько раз оказывалось травмирующее действие на тело?

4. Не находился ли Т. в момент причинения телесных повреждений в  
состоянии алкогольного или иного опьянения? Если имело место алкогольное опьянение, то какой степени?

5. В каком положении находился Т. по отношению к травмирующей силе?

Эталон:

1. При судебно-медицинской экспертизе трупа обнаружены телесные повреждения в виде: сочетанная травма тела - а) открытая черепно-мозговая травма - ссадины и ушибленные раны головы, кровоизлияния в коже головы в области правого лобного бугра, в левой лобно-теменной области гранича со средней линией, в правой височной области, в левой теменно-затылочной; перелом основания черепа справа, перелом чешуи затылочной кости, субарахноидальные и внутримозговые кровоизлияния справа по наружной поверхности полушария, по полюсной и базальной поверхностям обеих лобных и височных долей, множественные точечные кровоизлияния в ножках мозга; б) Слева кровоизлияния в мягкие ткани слева области полуколец таза, многооскольчатый перелом лонной и седалищной костей слева; кровоизлияния в клетчатку между стенкой мочевого пузыря и симфизом; в) ссадины и кровоизлияния в мягкие ткани обеих нижних конечностей, гематомы полостей обеих голеностопных суставов, кровоизлияния в Ахиллово сухожилие с обеих сторон, кровоизлияния в связки правого коленного сустава с внутрисуставной гематомой, перелом наружного мыщелка левой большеберцовой кости с внутрисуставной гематомой, справа многооскольчатый поперечный перелом задней лодыжки; г) поверхностные множественные резанные раны лобной области.

Сочетанная травма тела квалифицируется, как причинившая вред, опасный для жизни человека, обусловила тяжкий вред здоровью и имеет прямую причинную связь со смертью.

2. Смерть наступила 14.09.08г. в 9-10 в результате сочетанной травмы тела с переломами свода, основания черепа и ушибом головного мозга, осложнившейся отеком и набуханием головного мозга с вклинением ствола в большое затылочное отверстие. Вывод подтверждается клинико-морфологической картиной сочетанной травмы (при поступлении кома 2, зрачки расширены, рефлексы угнетенным, множество поверхностных ран лобной области, лица, деформация костей обеих голеней, перелом костей таза, обнаружение повреждений при экспертизе трупа – указаны в пункте 1), данными прижизненного рентгенологического исследования и гистологического исследования.

3. Открытая черепно-мозговая травма возникла от нескольких воздействий и имеет признаки, как инерционного, так и импресионного механизма возникновения, о чем свидетельствуют наличие отграничено диффузного кровоизлияния в правой теменной доле головного мозга (импрессия) и пятнистых кровоизлияний по полюсной и базальной поверхностям обеих лобных и височных долей (инерция). Наличие кровоизлияний в ножках мозга свидетельствует о его вращении в полости черепа (инерция).

Имело место не менее 5-ти воздействий на голову:

- условно № 1. На левую лобно-теменную область имело место воздействие твердого тупого предмета с ограниченной контактирующей поверхностью, предположительно с формой близкой к прямоугольной, размерами площади контакта не более 11х6 см с действием травмирующей силы сверху вниз, спереди назад и слева направо, вывод подтверждается наличием кровоизлияния в коже головы в области контакта указанных размеров.

- условно № 2. На область правого лобного бугра имело место воздействие твердого тупого предмета без четких идентифицирующих признаков с действием травмирующей силы сверху вниз, спереди назад и справа налево, воздействие привело к деформации костей черепа в линейным переломом основания, что подтверждается обнаружением кровоизлияния в коже области воздействия и линейного перелома крыши орбиты, крыши основной пазухи, решетчатой и крыловидной костей по ходу перелома.

- условно № 3. На правую височную область имело место воздействие твердого тупого предмета без четких идентифицирующих признаков с действием травмирующей силы справа налево, с прогибанием костей черепа и ушибом теменной доли головного мозга. Вывод подтверждается обнаружением кровоизлияния в коже области воздействия и кровоизлияния в правой теменной доле по типу ограниченно диффузного.

- условно № 4. На левую теменно-затылочную область имело место воздействие твердого тупого предмета без четких идентифицирующих признаков с действием травмирующей силы слева направо и сзади наперед, что подтверждается наличием кровоизлияния в области воздействия.

- условно № 5. На проекцию вершины лямбдовидного шва имело место воздействие твердого тупого предмета без четких идентифицирующих признаков с действием травмирующей силы сзади наперед и снизу вверх, с прогибанием костей черепа в этой области. Вывод подтверждается характером краев ушибленной раны в зоне воздействия (дугообразная выпуклостью вверх рана, горизонтально ориентированная со скошенным верхним и подрытым нижним краями), наличием линейного перелома затылочной кости с деформацией сжатия наружной костной пластинки в области воздействия.

Возможно, что воздействия на голову, указанные под условными номерами № 2 и №5 возникли одновременно в результате сдавления головы между тупыми предметами навстречу друг другу.

Помимо вышеописанных повреждений обнаружены поверхностные множественные резанные раны лобной области, данные раны находятся на фоне ссадин, возникли либо одновременно, либо в короткий промежуток времени со ссадинами и возникли от действия твердого тупого предмета с острой гранью.

Перелом костей таза является локальным и возник в результате воздействие твердого тупого предмета без четких идентифицирующих признаков с действием травмирующей силы спереди назад и слева направо на верхнее полукольцо, что привело к разгибательной деформации лонной и седалищной костей и их многооскольчатым переломом. Вывод подтверждается наличием деформации сжатия в краях перелома по наружной костной пластинке и разрывом по задней.

Кровоизлияния в Ахиллово сухожилие с обеих сторон, выполнение кровью полостей голеностопных суставов перелом задней лодыжки справа, повреждения обеих коленных суставов, позволяют предположить, что в момент травмы стопы были фиксированы и, правая стопа смещалась по отношению к голени сзади наперед.

Совокупность, механизм образования и локализация телесных повреждений позволяют предположить, что они могли возникнуть при обстоятельствах дела, указанных в постановлении.

4. Для ответа на вопросы - «В каком положении находился Т. по отношению к травмирующей силе?», «Имел ли место переезд тела?», необходимо изучение материалов дела, в том числе схемы места происшествия и описание повреждений на автомобилях.

5. При судебно-химическом исследовании в крови обнаружен этиловый спирт, концентрация которого может соответствовать средней степени алкогольного опьянения по аналогии с живыми лицами.

Задача № 3. **УК-1 УК-2 ПК-5 ПК-10**

ОБСТОЯТЕЛЬСТВА ДЕЛА. В постановлении о назначении судебно-медицинской экспертизы указано, что «04.12.2007 г. В 02 час. водитель А., управляя а/м «Хонда Партнер», двигалась по ул. Мира, со стороны ул. Ленина, в сторону ул. Сурикова г. К…... В 300 м. от д. 1 по ул. Диксона, допустила наезд на препятствие, в результате чего, пассажир Н., 1970 г.р. получил телесные повреждения, от которых 13.12.2007 г. в 13 час. 45 мин. скончался в отделении реанимации ГБ №0».

Представлено объяснение А., 1976 г.р. от 14.12.07г. «04.12.2007г. в ночное время я находилась вместе со своим знакомым Н., он управлял личным а/м Хонда. … Там А. употреблял спиртные напитки, … Н. сел на переднее пассажирское сиденье рядом со мной. Был ли он пристегнут ремнем безопасности, я не помню, скорее всего нет, я также не была пристегнута. Когда мы выехали на ул. Игарская, я двигалась со скоростью около 40 км/ч ближе к правой крайней полосе движения. Когда мы спускались в районе изгиба по ул. Игарская, в районе д. 1 по ул. Диксона, Нилов неожиданно вспомнил, что оставил свои документы в гостях, откуда мы недавно уехали. В этот момент он резко дернул руль в свою сторону. А/м резко повело в левую сторону, я потеряла управление, после чего а/м стало крутить по дороге, в результате а/м правым боком ударился об бетонное ограждение. Сработали подушки безопасности, возможно в этот момент я потеряла сознание … Машина при этом стояла возле столба уличного освещения, передняя ее часть была разбита об этот столб. …».

Представлен акт судебно-медицинского исследования от 16.01.08г. Представлена медицинская карта стационарного больного из ГКБ № 6 на имя Н., 1970 г.р., который 4.12.07 в 3-00 бригадой скорой помощи был доставлен в НХО-1 с нарушением сознания. При поступлении состояние больного крайне тяжелое. Кожные покровы бледные, прохладные на ощупь. Дыхание спонтанное, выслушиваются крупнопузырчатые хрипы. ЧДД 20 в минуту. Пульс 70 в минуту. АД 140/100 мм.рт.ст. Живот умеренно напряжен, участвует в акте дыхания. Печень по краю реберной дуги. Селезенка не пальпируется. Сознание нарушено по типу кома 2. Зрачки равны, средней величины, Фотореакции нет. Сухожильные рефлексы коленные не вызываются. Мышечный тонус понижен. Ригидность мышц затылка до 2 п.п. симптом Кернига 160°. Патологические стопные знаки не вызываются. В области подбородка имеется рвано-ушибленная рана длиной до 2,5 см, умеренно кровоточит. Данных за отоназоликворрею нет. При рентгенологическом исследовании № 25577 от 04.12.07г. травматических изменений шейного отдела позвоночника, таза, левой стопы, свода черепа не выявлено. больной осмотрен хирургом. Операции: 1) 04.12.07г. Лапароцентез. Патологического отделяемого не получено. Осмотрен стоматологом, произведена операция ПХО раны подбородка. Больной осмотрен реаниматологом и транспортирован в отделение реанимации. При ЭХО-ЭС от 4.12.07г. отмечается смещение м-эхо справа налево в средне-задних отделах на 5-6 мм, дополнительные сигналы в передних отделах и в средне-задних, больше справа, м-эхо выводится с трудом. 7.12 общее состояние крайней тяжести, сознание кома 2-3. зрачки равны, без реакции на свет. Атония, арефлексия. Дыхание АИВЛ. ЧСС 65-72 в минуту. АД 160/100 мм.рт.ст. Живот мягкий, не вздут, реакции на пальпацию нет. 9.12.07 состояние больного крайне тяжелое, терминальное, кома 3, ИВЛ, атония, арефлексия. При ЭХО-ЭС от 10.12.07 смещение м-эхо справа налево в средне-задних отделах на 1 мм, дополнительные сигналы в передних отделах, где м-эхо вывести не удалось, слева в средне-задних, справа в задних и немного справа в средних. 11.12 состояние больного крайне тяжелое. Сознание нарушено по типу кома 3, атония, арефлексия. 13.12 состояние больного терминальное, кома 3, атония, арефлексия, зрачки широкие, равны. Периферический кровоток снижен. АД 70/40 мм.рт.ст. Пульс 80 в минуту. 13.12.07 в 13-45 на фоне длительного терминального состояния наступила остановка сердечной деятельности. Реанимационные мероприятия не проводились. Констатирована смерть больного. ПОСМЕРТНЫЙ ДИАГНОЗ. Сочетанная травма. Краниоспинальная травма. Ушиб головного мозга тяжелой степени, … ушиб ствола головного мозга, перелом основания черепа. Тупая травма живота и грудной клетки. Осложнения. Отек и дислокация ствола головного мозга. Операции: 1) 04.12.07г. Лапароцентез. 2) 04.12.07г. ПХО раны подбородка. Алкоголь – в крови 2,03 промилле, в моче 2,54 промилле.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Данные анализов | | | | |
| Параметры  дата | 4.12 | 7.12 | 10.12 | 12.12 |
| эритроциты | 4,43 | 5,4 | 5,07 | 4,32 |
| Цветной п. | 0,95 | 0,97 | 0,97 | 0,93 |
| гемоглобин | 141 | 174 | 165 | 136 |
| тромбоциты | 208 | 195 | 134 | 7,8 |
| Гематокрит | 39,6 | 50,2 | 45,4 | 40 |
| лейкоциты | 11,6 | 13,8 | 11,5 | 5,1 |
| эозинофилы |  |  | 1 |  |
| миелоциты | 1 |  |  |  |
| палочкоядерные | 12 |  | 17 |  |
| сегментоядерные | 82 |  | 66 |  |
| лимфоциты | 3 |  | 11 |  |
| моноциты | 2 |  | 5 |  |
| Дегенеративные изменения нейтрофилов | + |  | + |  |
| Анизоцитоз | + |  |  |  |
| Полихромазия | + |  |  |  |
| РОЭ | 6 |  | 45 |  |
| Амилаза | 97 | 103 |  |  |
| мочевина | 5,1 | 11,4 | 5,7 | 5,6 |
| Билирубин общ. | 12,4 | 9,9 | 7,5 | 7,5 |
| Прямой | 4,9 | 2,5 | 2,5 | 2,5 |
| непрямой | 7,5 | 7,4 | 5,0 | 5,0 |
| Белок крови | 55,2 | 72,3 | 69,6 | 51,3 |
| Калий | 3,5 | 3,6 | 4,8 | 3,4 |
| Натрий | 148 | 152 | 148 | 170 |
| Сахар | 6,0 | 7,5 | 5,4 | 7,0 |
| Уд. вес мочи | 1005 | 1010 | 1012 | м/м |
| Белок мочи |  |  | 133 | 560 |
| Лейкоциты мочи | 1-2 | 1-2 | 3-7 | 4-6 |
| Эритроциты мочи |  | 0-1 | 5-8 | 1-3 |
| Сахар мочи | 2,7 |  |  |  |

НАРУЖНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ. Труп мужчины, доставлен без одежды, среднего телосложения, правильного удовлетворительного питания, длиной тела 180 см. Кожа бледно-серая, холодная на ощупь во всех отделах, в отлогих местах тела сливные, фиолетовые, не исчезающие и не меняющие цвет при надавливании трупные пятна. Трупное окоченение достаточно выражено во всех обычно исследуемых группах мышц. Склеры глаз мутные, тусклые, суховаты, кровоизлияний в соединительные оболочки глаз не отмечается, зрачки равновелики по 0,4 см диаметром. Голова правильной формы, кости черепа и лицевого скелета на ощупь целы. Грудная клетка цилиндрическая, эластичная, упругая, ребра на ощупь целы. Живот на одном уровне с грудной клеткой. Естественные отверстия тела и полости рта и носоглотки свободны, чистые. Слизистая оболочка губ синюшная, подсохшая. Анальное отверстие сомкнуто, кожа вокруг него чистая. Половые органы развиты правильно. Кости конечностей целы. ПОВРЕЖДЕНИЯ. Зеленовато-синюшный кровоподтек по всей тыльной поверхности левой стопы. Аналогичный кровоподтек по подошвенной поверхности правой стопы диаметром 5 см. По наружной поверхности нижней трети левой голени вертикальный кровоподтек 12х5 см. Каких-либо других повреждений, кроме следов медицинских манипуляций, при исследовании не обнаружено. При проведении воздушной пробы – воздух из плевральных полостей и полостей сердца не получен. При проведении судебно-медицинского исследования трупа использовались: кожные разрезы по методу Шора. ВНУТРЕННЕЕ ИССЛЕДОВАНИЕ Извлечение органокомплекса произведено по методу Шора, с распилом ребер спереди. Череп вскрывался угловым распилом. Доступ к спинному мозгу осуществлялся сзади по методу Медведева. Масса органов.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Масса | № 354 | норма |
| Мозг | 1500 | До 1400 |
| Легкое правое | 900 | 450 |
| левое | 850 | 375 |
| Сердце | 310 | 200-400 |
| Печень | 1700 | 1200-2000 |
| Селезенка | 90 | 80-180 |
| Почки обе | 290 | 275-310 |
| Правая/Левая | 150/140 |  |

ПОЛОСТЬ ЧЕРЕПА. Головной мозг исследовался методом Вирхова. Справа в височной области прокрашивание кровью мышц. Кости свода и основания черепа целы, линий перелома не выявлено. Твердая мозговая оболочка напряжена, серо-перламутрового цвета, блестящая, в синусах ее темная жидкая кровь в большом количестве. Справа, по наружной поверхности лобной, теменной и височной долей - темно-вишневая гематома объемом 100 мл, состоящая из блестящих, эластичных свертков крови. Справа по наружной поверхности заднего отдела лобной с переходом на теменную долю, на участке диаметром 12 см диффузные темно-красные кровоизлияния, наиболее интенсивные в глубине борозд. На вершине центральной борозды справа - разрыв мягких мозговых оболочек длиной 2 см с торчащим сосудом. Мягкие мозговые оболочки в остальных отделах тонкие, прозрачные с полнокровными сосудами, походу которых рассеянные точечные субарахноидальные кровоизлияния в глубине борозд. Борозды мозга сглажены, извилины уплощены, на миндаликах мозжечка кольцевидная с диффузными субарахноидальными кровоизлияниями полоса вдавления от краев большого затылочного отверстия. Головной мозг дряблый, выполняет все резервные пространства, на разрезах с четкой границей серого и белого вещества и мраморным рисунком подкорковых ядер. Поверхности разрезов тускловаты, липнут к лезвию ножа. Желудочки мозга симметричны, обычного объема, эпендима их бледно-серая, блестящая, влажная, в полостях желудочков следы прозрачной соломенного цвета жидкости. Сосудистые сплетения обычного вида, полнокровны. Стволовые отделы мозга и полушария мозжечка расползаются под пальцами. ОРГАНЫ ШЕИ, ГРУДНОЙ И БРЮШНОЙ ПОЛОСТЕЙ: язык синюшный, влажный, обложен серовато-желтым, не снимающимся налетом. Слизистые оболочки носоглотки синюшные, влажные, блестящие. В мягких тканях шеи повреждений и кровоизлияний не обнаружено. В плевральных полостях следы прозрачной жидкости, легкие выполняют 3/4 полостей, с блестящей, гладкой и влажной плеврой. Органы брюшной полости расположены анатомически правильно, в полости следы прозрачной жидкости соломенного цвета. Листки брюшины гладкие, влажные, блестящие. Просвет пищевода свободен, слизистая его бледно-серая, продольно складчатая. Вход и просвет гортани свободен, слизистая оболочка ее бледно-серая. Подъязычная кость и хрящи гортани целы, в мягких тканях ее повреждений не обнаружено. Просвет трахеи и главных бронхов свободен, хрящи трахеи целы. Щитовидная железа обычных размеров, с равновеликими долями, плотно-эластичная, темно-коричневая, на разрезе полнокровна, дольчатого строения. Аорта эластична, со следами жидкой крови в просвете и рассеянными липидными пятнами в интиме. Легкие синюшные в передних и темно-синюшные в задних отделах, неравномерно уплотнены, на разрезах пестрые, выбухающие темно-красно-серые очаги чередуются с западающими красными. Над поверхностями разрезов выступают бронхи в виде «гусиных перьев». Слизистые оболочки воздухо-проводящих путей светло-розовые, набухшие. Бифуркационные лимфоузлы располагаются в виде пакетов диаметром от 1 до 2 см, эластичные, не спаянные между собой и с окружающими тканями, темно-синюшные, на разрезах сочные, с обычным рисунком. В полости перикарда следы прозрачной жидкости, листки его гладкие, влажные, блестящие. Сердце дрябло-эластичное, 11х10х9 см, с избыточным отложением жира под эпикардом. В полостях сердца немного жидкой темной крови с мелкими единичными темно-вишневыми свертками. Миокард розовато-синюшный, эластичный, неравномерного кровенаполнения. Толщина стенки правого желудочка 0,3 см, левого 1,2 см. Клапанный и пристеночный эндокард тонкий, прозрачный, клапаны сформированы правильно. Коронарные артерии с тонкими стенками, пустым просветом. Желудок пустой, содержимое кишечника отделам соответствует, слизистые оболочки желудочно-кишечного тракта бледно-серые. Мезентериальные лимфоузлы располагаются раздельно, диаметр их не более 1 см, эластичны. Печень 24х18х16х13 см, плотно-эластичная, коричневая с поверхности и на разрезах, полнокровная, со смазанным рисунком долек. Просвет внепеченочных желчевыводящих путей свободно проходим. Поджелудочная железа обычных размеров, плотно-эластичная, бледно-серая, на разрезах – дольчатого строения. Селезенка 8х7х3 см, эластичная, синюшная, на разрезах без соскоба. Надпочечники листовидной формы, обычных размеров, на разрезах граница слоев четкая. Почки равновелики, 11х6х5 см, дрябло-эластичные. Капсула сползает при надрезе, обнажая ровную поверхность. По краю разреза паренхима наползает на капсулу. На разрезах корковый слой - синюшный, с темно-красным крапом и подчеркнутым рисунком, мозговой слой также с подчеркнутым рисунком, граница слоев отчетливо выражена с полнокровием юкстагломерулярной зоны. Слизистые оболочки лоханок и чашечек бледно-синюшные, гладкие, блестящие, просвет их свободен. Мочеточники проходимы на всем протяжении, с бледно-серой слизистой. Мочевой пузырь пуст, слизистая оболочка его складчатая, бледно-серая, уретра свободно проходима. ПОЗВОНОЧНИК И СПИННОЙ МОЗГ: при ревизии позвоночного столба множественные кровоизлияния в связки 1-2 шейных позвонков. Эпидуральные пространства свободны, субдурально - ликвор прокрашен кровью, твердая мозговая оболочка напряжена, бледно-серая, блестящая, мягкие мозговые оболочки тонкие, прозрачные, спинной мозг дряблый, на разрезах обычного рисунка. Из трупа для судебно-гистологического исследования взяты кусочки внутренних органов на патоморфологические изменения. В качестве вещественного доказательства кровь на марле.

А К Т Судебно-гистологического исследования

Судебно-медицинским экспертом, произведено исследование кусочков внутренних органов от трупа Н., 1970 г.р. ЗАКЛЮЧЕНИЕ Головной мозг – очаги ушиба в виде субарахноидальных, распространяющихся на кору головного мозга кровоизлияний с частичным гемолизом эритроцитов и лейкоцитарной инфильтрацией по периферии. В стволовых отделах мозга стаз крови в сосудах и некроз белого вещества. В легких – внутриальвеолярный отек, гнойная бронхопневмония.

Вопросы:

1. Судебно-медицинский диагноз?
2. Осложнение?
3. Время наступления смерти?
4. Локализация повреждений?
5. Был ли в состоянии алкогольного опьянения?

Эталон:

1. Закрытая черепно-мозговая травма – субдуральная гематома справа, по наружной поверхности лобной, теменной и височной долей объемом 100 мл, диффузные темно-красные кровоизлияния справа по наружной поверхности заднего отдела лобной с переходом на теменную долю, разрыв мягких мозговых оболочек вершине центральной борозды справа.
2. Осложнения: отек и набухание головного мозга с дислокацией и некрозом стволовых отделов; двусторонняя гнойная бронхопневмония, отек легких; венозное полнокровие внутренних органов.
3. Смерть наступила 13.12.07 в 13-45 в результате закрытой черепно-мозговой травмы с ушибом головного мозга, с разрывом мягкой мозговой оболочки в зоне ушиба и формированием субдуральной гематомы в зоне разрыва со сдавлением головного мозга и его вклинением в большое затылочное отверстие (см. диагноз и пункт 1).
4. Локализация повреждений головы – кровоизлияния в мягкие ткани головы справа, субарахноидальное кровоизлияние справа по наружной поверхности лобной и теменной долей, разрыв мягкой мозговой оболочки и сосуда в области правой центральной борозды, говорит, что травма является импрессионной и возникла от воздействия твердого тупого предмета на правую теменную область, с прогибанием в зоне воздействия свода черепа и ушибом головного мозга. Механизм черепно-мозговой травмы может соответствовать обстоятельствам дела, указанным в постановлении, в том числе травма могла возникнуть и при ударе правой стороной головы о выступающие части салона автомобиля.
5. При поступлении пострадавшего в стационар в крови обнаружен этиловый спирт, концентрация которого может соответствовать средней степени алкогольного опьянения по аналогии с живыми лицами.

Задача №4. **УК-1 УК-2 ПК-5 ПК-10**

ОБСТОЯТЕЛЬСТВА ДЕЛА. В постановлении о назначении судебно-медицинской экспертизы указано, что «26 декабря 2007 года водитель Б., управляя автомобилем, двигаясь по автодороге на мост напротив дома № 000 ул. Мира допустил наезд на пешехода В., в результате происшествия пешеход скончался в ГБ № 0 27.12.2007 года. По материалу ДТП было проведена судебно-медицинская экспертиза, в котором не указано о механизме ДТП».

ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКАЯ ЧАСТЬ.

Представлено заключение эксперта от 31.01.08г. Представлена медицинская карта стационарного больного из ГКБ № 0 на имя В., 1980 г.р., который 26.12.07 в 4-45 бригадой "скорой помощи" был доставлен в НХО-1 с нарушением сознания. Известно, что в 3-30 сбит автомобилем Шевроле на въезде на мост 777. При поступлении состояние тяжелое. Запах алкоголя изо рта есть. Кожные покровы бледные, сухие. Дыхание ИВЛ. Сердечные тоны глухие, ритмичные, частота сердечных сокращений 110/мин. Артериальное давление 70/40 мм.рт.ст. Живот не вздут, симметричен. Сознание глубокая кома. Парезов конечностей нет. Сухожильные рефлексы равны, низкие. Ригидности мышц затылка нет. Симптом Кернига 160°. При ЭХО-ЭС множество дополнительных сигналов, смещения м-эхо не выявлено. 2 ушибленные раны бровной области слева 1х4 см и 1х3 см, кровоточат. Из носовых ходов геморрагическое отделяемое, симптом «двойного пятна» сомнителен. При рентгенологическом исследовании от 26.12.07 явных травматических изменений костей свода черепа, таза не выявлено; определяется перелом оскольчатый верхней трети, средней трети левой голени; ИВЛ в трахее, справа в прикорневой зоне небольшое … пневмотизации, возможно за счет гиповентиляции, ушиба легкого; видимая костная суставная система без видимой патологии. Операции: 1) 26.12.07 первичная хирургическая обработка ран. Больной осмотрен хирургом. 2) 26.12.07 Лапароцентез. Получена темно-красная кровь. 3) 26.12.07 Лапаротомия, ревизия органов брюшной полости, ушивание разрыва брыжейки тонкой кишки, разрыва печени, дренирование брюшной полости. Произведена верхнесрединная лапаротомия. В брюшной полости до 200 мл крови со сгустками, осушена. При ревизии в области корня брыжейки тонкой кишки обнаружен разрыв 1,5х1 см незначительно кровоточащий., ушит. В области ворот печени имеются разрывы 1х0,5 см и 0,5х0,5 см, ушиты. По забрюшинному пространству множественные гематомы, напряженные, не кровоточат. Другой патологии не выявлено. В области ворот печени установлен дренаж через правое подреберье. После операции больной переведен в отделение реанимации. Несмотря на проводимое лечение, состояние больного с отрицательной динамикой. 27.12.07 в 5-30 наступила остановка сердечной деятельности, реанимационные мероприятия не проводились, констатирована смерть больного. ПОСМЕРТНЫЙ ДИАГНОЗ. Сочетанная травма тяжелой степени. Открытая черепно-мозговая травма. ушиб головного мозга тяжелой степени со сдавлением, перелом костей свода и основания черепа. краниоспинальная травма. тупая травма живота, разрыв печени, брыжейки тонкой кишки, тупая травма грудной клетки, ушиб легкого. Перелом левой голени. Состояние после операции. Осложнения. Травматический шок 3-4. Отек и дислокация ствола головного мозга. Операции: 1) 26.12.07 первичная хирургическая обработка ран. 2) 26.12.07 Лапароцентез. 3) 26.12.07 Лапаротомия, ревизия органов брюшной полости, ушивание разрыва брыжейки тонкой кишки, разрыва печени, дренирование брюшной полости. Алкоголь – данных нет.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Данные анализов | | | | |
| Параметры  дата | 26.12 | 26.12 | 27.12 |  |
| Эритроциты | 3,7 | 1,87 |  |  |
| Цветной п. | 1,05 | 0,9 |  |  |
| Гемоглобин | 131 | 54 |  |  |
| Тромбоциты | 201 | 114 |  |  |
| гематокрит |  | 16,6 |  |  |
| лейкоциты | 11,8 | 5,0 |  |  |
| базофилы | 1 |  |  |  |
| палочкоядерные | 11 | 20 |  |  |
| сегментоядерные | 74 | 67 |  |  |
| лимфоциты | 12 | 10 |  |  |
| моноциты | 2 | 3 |  |  |
| Дегенеративные изменения нейтрофилов |  | + |  |  |
| Анизоцитоз |  | + |  |  |
| РОЭ | 3 | 8 |  |  |
| Амилаза | 524 |  |  |  |
| мочевина | 9,1 | 7,3 |  |  |
| Билирубин общ. | 7,5 | 9,9 |  |  |
| Прямой | 2,5 | 2,5 |  |  |
| непрямой | 5,0 | 7,4 |  |  |
| Белок крови | 58,1 | 48,3 |  |  |
| Калий | 2,9 | 4,6 |  |  |
| Натрий | 135 | 160 |  |  |
| Сахар | 16,6 | 7,2 |  |  |
| Уд. вес мочи | 1016 |  | 1003 |  |
| Белок мочи | 3300 |  | 110 |  |
| Лейкоциты мочи | 01-2 |  | Ед |  |
| Эритроциты мочи | Бол.кол |  | 9-14-10 |  |
| Сахар мочи |  |  | 7,6 |  |

НАРУЖНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ. Труп мужчины, доставлен без одежды, среднего телосложения, удовлетворительного питания, длиной тела 180 см. Кожа бледно-серая, холодная на ощупь во всех отделах, в отлогих местах тела сливные, фиолетовые, не исчезающие и не меняющие цвет при надавливании трупные пятна. Трупное окоченение достаточно выражено во всех обычно исследуемых группах мышц. Склеры глаз мутные, тусклые, суховаты, кровоизлияний в соединительные оболочки глаз не отмечается, зрачки равновелики по 0,5 см диаметром. Голова правильной формы. Грудная клетка цилиндрическая, эластичная, упругая, ребра на ощупь целы. Живот на одном уровне с грудной клеткой. Естественные отверстия тела и полости рта и носоглотки свободны, чистые. Слизистая оболочка губ синюшная, подсохшая. Анальное отверстие сомкнуто. Половые органы развиты правильно. ПОВРЕЖДЕНИЯ. Многооскольчатый перелом костей спинки носа. Слева в лобной области с переходом на верхнее веко ссадина 6х8 см. На фоне ссадины 2 вертикально ориентированные ушитые раны, одна от внутреннего края левого глаза длиной 5 см, другая по центру влево левой брови вверх длиной 2 см. На переносице, крыльях и кончике носа ссадина 4х3 см. Багрово-синюшные кровоподтеки вокруг глаз. Слева в проекции большого вертела в 88 от см от уровня стоп ссадина диаметром 6 см. Выше ее на 8 см овальная горизонтальная ссадина 3,5х1,5 см. Патологическая подвижность левой голени. По внутренней поверхности левого голеностопа с переходом на голень в 11 от см от уровня стоп вертикальная ссадина 5х0,8 см. По передней поверхности левой голени в 30 см от см от уровня стоп вертикально ориентированная поверхностная рана 6,5х1,8 см со слущиванием кожи справа налево. Розовый кровоподтек диаметром 5 см по передней поверхности левого колена. Справа по передневнутренней поверхности голени в 31 см от см от уровня стоп вертикальная ссадина 6х0,7 см со слущиванием эпидермиса справа налево. В 41 см от см от уровня стоп по передненаружной поверхности правой голени ссадина в виде английской буквы «V» острым углом кзади вверх со сторонами длиной - правой 2,5 см, левой 1,2 см и шириной лучей 0,3 см. В 51 см от см от уровня стоп по передненаружной поверхности правого коленного сустава ссадина диаметром 2 см. Выше ее на 1 см линейная ссадина горизонтально ориентированная длиной 1,5 см и на ее лини на 1 см кпереди – ссадина длиной 2,5 см. По внутренней поверхности правого голеностопа 2 округлых зеленовато-желтых кровоподтека 2 и 1,5 см в диаметре. Множественные ссадины по тыльной поверхности левого указательного пальца. Все ссадины однотипны – покрыты сухой бурой коркой, на одном уровне с поверхностью кожи. При послойных разрезах справа – кровоизлияния в подкожную клетчатку по передней поверхности голени в 28 см от уровня стоп, распространяющееся на коленный сустав на участке 25х6 см с множественными кровоизлияниями в связки коленного сустава с выполнением его полости кровью. По передней поверхности бедра в 60 см от см от уровня стоп кровоизлияние в клетчатку и мышцы на участке 32х10 см. Слева - инфильтрация кровью мягких тканей всей передней, наружной и внутренней поверхностей голени, начиная от голеностопа. Многофрагментарный перелом большеберцовой кости, состоящий из 4х костных отломков. Нижний перелом в 20 см от уровня стоп с образованием треугольного фрагмента с основанием по ребру кости со сколами компакта по ребру наружной поверхности и разрывом по задней поверхности. Второй перелом в 31 см от см от уровня стоп, косопоперечный, плоскость перелома ориентирована спереди назад и сверху вниз со сколом компакта по передним линиям. Малоберцовая кость справа с многооскольчатым переломом верхнего эпифиза. Множественные кровоизлияния в связки левого коленного сустава выполнением крови коленного сустава. На животе постоперационный серединный лапаторотомный разрез длиной 20 см. В обоих подвздошный областях постоперационные разрезы. При проведении воздушной пробы – воздух из плевральных полостей и полостей сердца не получен. При проведении судебно-медицинского исследования трупа использовались: кожные разрезы по методу Шора и Христофорова. ВНУТРЕННЕЕ ИССЛЕДОВАНИЕ. Извлечение органокомплекса произведено по методу Шора, с распилом ребер спереди. Череп вскрывался угловым распилом. Доступ к спинному мозгу осуществлялся сзади по методу Медведева. Масса органов.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Масса |  | норма |
| Мозг | 1650 | До 1400 |
| Легкое правое | 790 | 450 |
| левое | 760 | 375 |
| Сердце | 290 | 200-400 |
| Печень | 1600 | 1200-2000 |
| Селезенка | 90 | 80-180 |
| Почки обе | 300 | 275-310 |
| Правая/Левая | 150/150 |  |

ПОЛОСТЬ ЧЕРЕПА. В лобной области на участке 10х10 см по передней поверхности сплошное кровоизлияние в кожу с отслоением мягких тканей, многооскольчатый перелом решетчатой кости с распространением лини перелома на крышу основной пазухи. Субдурально по всем отделам мозга прокрашивание кровью твердой мозговой оболочки и множественные субарахноидальные кровоизлияния не более 0,5 см диаметром в глубине борозд. Множественные точечные кровоизлияния в веществе ножек мозга. Борозды мозга сглажены, извилины уплощены, на миндаликах мозжечка кольцевидная с диффузными субарахноидальными кровоизлияниями полоса вдавления шириной 0,5 см от краев большого затылочного. Головной мозг дряблый, выполняет все резервные пространства, на разрезах с четкой границей серого и белого вещества и мраморным рисунком подкорковых ядер. Поверхности разрезов тускловаты, липнут к лезвию ножа. Желудочки мозга симметричны, обычного объема, эпендима их бледно-серая, блестящая, влажная, в полостях желудочков следы прозрачной соломенного цвета жидкости. Сосудистые сплетения обычного вида, полнокровны. ОРГАНЫ ШЕИ, ГРУДНОЙ И БРЮШНОЙ ПОЛОСТЕЙ: При ревизии грудной клетки - сгибательный перелом правого 10 ребра по костно-хрящевому сочленению. Справа в прикорневой зоне легкого кровоизлияние темно-вишневого цвета 8 см диаметром, вокруг долевых бронхов. При ревизии органов брюшной полости инфильтрация кровью забрюшинной клетчатки и клетчатки малого таза на участке 25х22 см. Множественные кровоизлияния в диафрагму с обеих сторон. По нижней поверхности правой доли печени, справа от желчного пузыря, ушитый участок размозжения ткани печени диаметром 8 см. Инфильтрация кровью брыжейки всей тонкой кишки. Сплошные кровоизлияния в головке поджелудочной железы. В области корня брыжейки тонкой кишки хирургический шов длиной 1 см. Инфильтрирующие кровоизлияния в жировой клетчатке вокруг правого надпочечника, распространяющиеся на надпочечник. Язык синюшный, влажный, обложен серовато-желтым, не снимающимся налетом. Слизистые оболочки носоглотки синюшные, влажные, блестящие. В мягких тканях шеи повреждений и кровоизлияний не обнаружено. В плевральных полостях следы прозрачной жидкости, легкие выполняют 2/3 полостей, с блестящей, гладкой и влажной плеврой. Органы брюшной полости расположены анатомически правильно, в полости следы покрашенной кровью прозрачной жидкости цвета. Листки брюшины гладкие, влажные, блестящие. Просвет пищевода свободен, слизистая его бледно-серая, продольно складчатая. Вход и просвет гортани свободен, слизистая оболочка ее бледно-серая. Подъязычная кость и хрящи гортани целы, в мягких тканях ее повреждений не обнаружено. Просвет трахеи и главных бронхов свободен, хрящи трахеи целы. Щитовидная железа обычных размеров, с равновеликими долями, плотно-эластичная, темно-коричневая, на разрезе полнокровна, дольчатого строения. Аорта эластична, со следами жидкой крови в просвете, гладкой, бледно-желтой интимой. Под висцеральной плеврой, особенно, в прикорневых отделах легких и по базальным поверхностям, множественные точечные кровоизлияния. Легкие темно-синюшные, равномерно уплотнены, на разрезах темно-красные с обычным рисунком, полнокровны. Слизистые оболочки воздухо-проводящих путей светло-розовые, набухшие. Бифуркационные лимфоузлы диаметром от 1 до 2 см, эластичные, не спаянные между собой и с окружающими тканями, темно-синюшные, на разрезах сочные, с обычным рисунком. В полости перикарда следы прозрачной жидкости, листки его гладкие, влажные, блестящие. Сердце эластичное, 11х10х9 см. В полостях сердца следы жидкой крови. Миокард розовато-синюшный, эластичный, неравномерного кровенаполнения. Толщина стенки правого желудочка 0,3 см, левого 1,2 см. Клапанный и пристеночный эндокард тонкий, прозрачный, клапаны сформированы правильно. Коронарные артерии с тонкими стенками, пустым просветом. В желудке - 2 литра полупереваренных пищевых масс, содержимое кишечника отделам соответствует, слизистые оболочки желудочно-кишечного тракта бледно-серые. Мезентериальные лимфоузлы располагаются раздельно, диаметр их не более 1 см, эластичны. Печень 24х17х14х10 см, эластичная, коричневая с поверхности и на разрезах, полнокровная, с четким рисунком долек. Просвет внепеченочных желчевыводящих путей свободно проходим. Поджелудочная железа обычных размеров, плотно-эластичная, бледно-серая, на разрезах – дольчатого строения. Селезенка 8х4х3 см, эластичная, синюшная с морщинистой капсулой, на разрезах без соскоба, темно-красная. Надпочечник слева листовидной формы, обычных размеров, на разрезах граница слоев четкая. Почки равновелики, 11х6х5 см, эластичные. Капсула снимается легко, обнажая ровную поверхность. На разрезах корковый слой - синюшный, с темно-красным крапом и подчеркнутым рисунком, мозговой слой также с подчеркнутым рисунком, граница слоев отчетливо выражена. Слизистые оболочки лоханок и чашечек бледно-синюшные, гладкие, блестящие, просвет их свободен. Мочеточники проходимы на всем протяжении, с бледно-серой слизистой. Мочевой пузырь со 150 мл прозрачной мочи, слизистая оболочка его складчатая, бледно-серая, уретра свободно проходима. ПОЗВОНОЧНИК И СПИННОЙ МОЗГ: при ревизии позвоночного столба повреждений не обнаружено. Эпи- и субдуральные пространства свободны, твердая мозговая оболочка напряжена, бледно-серая, блестящая, мягкие мозговые оболочки тонкие, прозрачные, спинной мозг дряблый, на разрезах обычного рисунка. Из трупа для судебно-гистологического исследования взяты кусочки внутренних органов на патоморфологические изменения. Для судебно-химического исследования кровь и моча на наличие алкоголя. В качестве вещественного доказательства взята кровь на марле.

ДАННЫЕ ДОПОЛНИТЕЛЬНЫХ МЕТОДОВ ИССЛЕДОВАНИЯ. Представлен акт судебно-химического исследования от 29.12.07г. При судебно-химическом исследовании вещественных доказательств, изъятых при вскрытии трупа, этиловый спирт не обнаружен.

А К Т Судебно-гистологического исследования. Судебно-медицинским экспертом, произведено исследование кусочков внутренних органов от трупа В., 1980 г.р. ЗАКЛЮЧЕНИЕ. Легкие: в одном из кусочков дистелектаз, массивное паренхиматозное кровоизлияние с гемолизом эритроцитов, без перифокальной реакции. Выраженный внутриальвеолярный отек в неповрежденных отделах со стазом крови в сосудах микроциркуляции. В печени, правом надпочечнике и вокруг расположенной клетчатке – диффузные кровоизлияния с гемолизом эритроцитов, в надпочечнике – очаговые некрозы. Почки – малокровие капилляров клубочков, стаз крови в венах, очаговый некронефроз. Головной мозг – неравномерное кровенаполнение сосудов, очаговые субарахноидальные кровоизлияния, выраженный периваскулярный и перицеллюлярный отек, очаговая внеклеточная гипергидратация.

Вопросы:

1. Судебно-медицинский диагноз?
2. Осложнение?
3. Время наступления смерти?
4. Могла ли данная травма образоваться при указанных обстоятельствах?
5. Состояние опьянения?

Эталоны:

1. Сочетанная травма тела: а) открытая черепно-мозговая травма - множественные ссадины и ушибленные раны лица, кровоизлияние в кожу с отслоением мягких тканей в лобной области, многооскольчатый перелом костей спинки носа, многооскольчатый перелом решетчатой кости с распространением лини перелома на крышу основной пазухи, мелкие множественные рассеянные субарахноидальные кровоизлияния в глубине борозд, множественные точечные кровоизлияния в веществе ножек мозга; в) закрытая травма грудной клетки и живота - сгибательный перелом правого 10 ребра по костно-хрящевому сочленению, кровоизлияния в диафрагму, ушиб правого легкого, очаговые разрывы правой доли печени, кровоизлияния в правый надпочечник, разрыв корня брыжейки тонкой кишки, кровоизлияния в брыжейку тонкой кишки, кровоизлияния в головку поджелудочной железы; г) закрытый перелом костей левой голени, множественные ссадины нижних конечностей, кровоизлияния в связки обеих коленных суставов с двусторонними внутрисуставными гематомами.

2. Осложнения: травматический шок – точечные кровоизлияния под плевру и эпикард, мягкие мозговые оболочки, неравномерное кровенаполнение сосудов микроциркуляции внутренних органов, следы жидкой крови в полостях сердца и крупных сосудов, отек легких, отек и набухание головного мозга с дислокацией.

1. Смерть наступила 27.12.07 в 5-30 в результате сочетанной травмы с повреждениями костей черепа и головного мозга, органов брюшной полости, нижних конечностей и осложнившейся травматическим шоком. Вывод подтверждается обнаружением вышеописанных повреждений при экспертизе трупа (см. пункт 1) и наличием клинико-морфологической картины травматического шока.
2. Сочетанная травма, с учетом механизма повреждений и представленных материалов дела, могла образоваться, в том числе, при указанных обстоятельствах.
3. Данных за алкогольное опьянение, или иное опьянение пострадавшего при поступлении в стационар, в истории болезни не обнаружено.

Задача №5. **УК-1 УК-2 ПК-5 ПК-10**

ОБСТОЯТЕЛЬСТВА ДЕЛА. В направлении на судебно-медицинское исследование трупа не указаны.

Представлена медицинская карта стационарного больного из ГКБ № 6 на имя А., 1979 г.р., который 05.12.08г. в 7-40 бригадой "скорой помощи" был доставлен в ХО-2 в тяжелом состоянии. Со слов врача "скорой помощи" 5.12.08 в 7-10 упал с 5-го этажа своей квартиры. При поступлении состояние больного крайней степени тяжести. Сознание оглушение 3, контакту недоступен. Кожные покровы бледные. Симптом «12 ребра» отрицательный с обеих сторон. В проекции правого локтевого сустава имеется рана 4х2 см с неровными краями, умеренно кровоточит. Грудная клетка правильной формы, правая половина несколько отстает в акте дыхания. Справа по задне-подмышечной линии в проекции 5 ребра имеется рваная рана 3х2 см с неровными краями, умеренно кровоточит. В проекции 7-10 ребер множественные ссадины. В проекции 5-8 ребер справа по задне-подмышечной линии определяется хруст, крепитация. в легких дыхание проводится по всем полям, справа ослаблено в нижних отделах. Пульс 120 в минуту. АД 60/0 мм.рт.ст. Запах алкоголя изо рта не определяется. Язык суховат, обложен белым налетом. Живот не вздут, симметричен, участвует в акте дыхания ограничено. При пальпации напряжен, болезненный во всех отделах. Симптомы раздражения брюшины сомнительны. Печеночная тупость сохранена. Селезенка не пальпируется. В отлогих местах живота определяется притупление перкуторного звука. Перистальтика выслушивается активная. С диагностической целью больному показана операция Лапароцентез. Получена кровь. Больному произведена операция: Лапаротомия, ревизия органов брюшной полости, ушивание разрыва печени, нефрэктомия справа, резекция участка тонкой кишки с наложением энтероэнтероанастомоза бок в бок, дренирование брюшной полости. Произведена верхнесрединная лапаротомия. В брюшной полости около 2,5 л крови со сгустками. Брюшная полость осушена. На диафрагмальной поверхности печени в проекции 7 сегмента имеется разрыв 1х0,5 см глубиной до 0,5 см, умеренно кровоточит. В проекции 7, 8 сегментов имеются множественные разрывы капсулы до 3 см, диффузно кровоточат. Вышеописанный разрыв ушит, гемостаз. На диафрагмальную поверхность печени на разрывы капсулы наложена салфетка, смоченная … В проекции правой почки имеется гематома, напряжения мало, распространяется до крыла подвздошной кости. в операционную приглашен уролог. При ревизии определяется линейный разрыв до 2 см в среднем сегменте с повреждением почечной вены, обильно кровоточит. Решено провести нефрэктомию. Выделен мочеточник, пересечен, перевязан кетгутом. Произведена нефрэктомия. Осмотрена селезенка – повреждений не найдено. В проекции нижнего полюса селезенки имеется забрюшинная гематома 10х5 см, не напряженная. Осмотрена левая почка – повреждений не найдено. Осмотрена тонкая кишка – на расстоянии 20 см от илеоцикального угла имеется отрыв тонкой кишки от ее брыжейки на расстоянии 5 см, на расстоянии 20 см от вышеописанного разрыва брыжейки имеется аналогичный отрыв кишки от ее брыжейки продолжительностью 7 см. Произведена резекция поврежденного участка тонкой кишки с наложением энтероэнтероанастомоза бок в бок. В области илеоцикального угла имеется разрыв брыжейки тонкой кишки до 1 см, умеренно кровоточит, ушит. Осмотрены желудок, поджелудочная железа – повреждений нет. Осмотрена толстая кишка в области печеночного угла, имеется линейный разрыв длиной 5 см серозной оболочки, ушит. Осмотрена печень – определяется диффузное кровотечение из разрывов капсулы, кровь не сворачивается. Разрывы прошиты, кровотечение не останавливается, кровит из вколов. Решено затомпонировать место разрывов полотенцем, смоченным … и вывести его через отдельный контраппертурный разрез в правом подреберье, что и было сделано. Повторное кровотечение из разрывов печение около 2,5 л. Контроль на гемостаз и инородные тела. Брюшная полость дренирована перчаточными дренажами. Лапоротомная рана ушита. Во время проведения операции у больного держалась стойкая гипотония. Во время ушивания брюшной полости наступила остановка сердечной деятельности, реанимационные мероприятия в течение 30 минут без эффекта. 05.12.08 в 11-55 констатирована смерть больного.

ПОСМЕРТНЫЙ ДИАГНОЗ. Падение с высоты. Сочетанная травма. закрытая травма грудной клетки: перелом 5-8 ребер справа. Ушиб легкого? Рваная рана, множественные ссадины грудной клетки справа. Закрытая травма живота: разрыв печени, множественные разрывы брыжейки тонкой кишки с нарушением питания. Разрыв правой почки. закрытая черепно-мозговая травма, ушиб головного мозга. рваная рана области правого локтевого сустава. Геморрагический шок 4. ДВС-синдром.

Операции: 05.12.08г. Лапароцентез. 05.12.08г. Лапаротомия, ревизия органов брюшной полости, ушивание разрыва печени, нефрэктомия справа, резекция участка тонкой кишки с наложением энтероэнтероанастомоза бок в бок, дренирование брюшной полости.

Алкоголь – данных нет.

|  |  |
| --- | --- |
| Данные анализов | |
| Параметры  дата | 5.12 |
| Амилаза | 410 |
| мочевина | 6,5 |
| Билирубин общ. | 7,5 |
| Прямой | 2,5 |
| непрямой | 5,0 |
| Белок крови | 42,2 |
| Калий | 2,8 |
| Натрий | 153 |

НАРУЖНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ. Труп мужчины, доставлен без одежды, среднего телосложения, правильного питания, длиной тела 170 см. Кожа бледно-серая, холодная на ощупь во всех отделах, в отлогих местах тела сливные, фиолетовые, не исчезающие и не меняющие цвет при надавливании трупные пятна. Трупное окоченение достаточно выражено во всех обычно исследуемых группах мышц. Склеры глаз мутные, тусклые, суховаты, кровоизлияний в соединительные оболочки глаз не отмечается, зрачки равновелики по 0,4 см диаметром. Голова правильной формы, кости черепа и лицевого скелета на ощупь целы. Грудная клетка цилиндрическая. Живот на одном уровне с грудной клеткой. Естественные отверстия тела и полости рта и носоглотки свободны, чистые. Слизистая оболочка губ синюшная, подсохшая. Анальное отверстие сомкнуто. Половые органы развиты правильно. Кости конечностей целы.

ПОВРЕЖДЕНИЯ. Справа, по боковой поверхности грудной клетки, начинаясь от реберной дуги, на участке неправильно прямоугольной формы 22х18 см множественные вертикально ориентированные смыкающиеся между собой полосовидные параллельные ссадины длиной от 15 до 2 см, шириной от 0,1 до 0,5 см.

На фоне ссадин грудной клетки множественные, аналогично ориентированные, полосовидные дефекты кожи (поверхностные раны) длиной до 5 см, шириной от 0,3 до 2 см.

Аналогичного вида ссадины ориентированные горизонтально на участке 6х7 см по задней поверхности верхней трети правого плеча.

По задней поверхности в верхней трети правого предплечья полосовидные, вертикально ориентированные, ссадины на участке 4х4 см. По заднему краю данного участка вертикально ориентированная ушитая рана длиной 2 см, при рассечении швов глубиной на толщу кожи, с перемычками в глубине, щелевидная.

Справа по наружной поверхности ягодичной области и бедра, до нижней трети бедра, на участке 30х8 см – бледно-синего цвета кровоподтек с размытыми контурами и с наибольшей интенсивностью в ягодичной области.

На животе срединный ушитый 15 швами лапаротомный разрез.

В правом и левом подреберьях постоперационные разрезы.

Каких-либо иных повреждений при исследовании не обнаружено. При проведении воздушной пробы – воздух из левой плевральной полости и полостей сердца не получен, в правой плевральной полости воздух под давлением. При проведении судебно-медицинского исследования трупа использовались: кожные разрезы по методу Шора.

ВНУТРЕННЕЕ ИССЛЕДОВАНИЕ

Извлечение органокомплекса произведено по методу Шора, с распилом ребер спереди. Череп вскрывался угловым распилом.

Масса органов.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Масса |  | норма |
| Мозг | 1200 | До 1400 |
| Легкое правое | 300 | 450 |
| левое | 300 | 375 |
| Сердце | 290 | 200-400 |
| Печень | 1200 | 1200-2000 |
| Селезенка | 70 | 80-180 |
| Почки обе | - | 275-310 |
| Левая | 140 |  |

ПОЛОСТЬ ЧЕРЕПА. Кожно-мышечный лоскут головы блестящий, малокровный, без кровоизлияний и повреждений. Кости свода и основания черепа целы. Твердая мозговая оболочка напряжена, серо-перламутрового цвета, блестящая, в синусах ее темная жидкая кровь в большом количестве. Субдуральное пространство свободно. Мягкие мозговые оболочки тонкие, прозрачные с малокровными сосудами, походу которых рассеянные точечные субарахноидальные кровоизлияния в глубине борозд. Борозды мозга несколько сглажены, извилины слегка уплощены. На миндаликах мозжечка кольцевидная полоса вдавления от краев большого затылочного отверстия, шириной 0,3 см, без губовидного выпячивания вещества мозга внутри кольца и без кровоизлияний. Головной мозг дрябло-эластичный, на разрезах с четкой границей серого и белого вещества и мраморным рисунком подкорковых ядер. Поверхности разрезов тускловаты, липнут к лезвию ножа. Желудочки мозга симметричны, обычного объема, эпендима их бледно-серая, блестящая, влажная, в полостях желудочков следы прозрачной соломенного цвета жидкости. Сосудистые сплетения обычного вида, малокровны.

ОРГАНЫ ШЕИ, ГРУДНОЙ И БРЮШНОЙ ПОЛОСТЕЙ: При ревизии грудной клетки справа сгибательный полный поперечный перелом с 3 ребра по задней подмышечной линии со сколами компактной пластинки по внутренней линии перелома, по наружной - край перелома отвесный, ровный. Остальные ребра справа и слева целы.

При ревизии остальных костей скелета - полный поперечный разрыв симфиза, с инфильтрацией кровью мягких тканей малого таза и инфильтрирующими кровоизлияниями в связки крестцово-подвздошного сочленения с обеих сторон.

Со стороны плевральной полости в проекции 1-5 ребер кровоизлияние под париетальную плевру.

При ревизии плевральных полостей справа 200 мл темной жидкой крови, линейный разрыв длиной 5 см, глубиной 3 см на соединении нижней и средней долей правого легкого. Инфильтрация кровью легочной паренхимы в прикорневой зоне правого легкого. Оба легких спавшиеся прижатые к позвоночнику, безвоздушные, малокровные. Справа главный и долевые бронхи выполнены прокрашенной кровью слизью.

Листки брюшины гладкие, влажные, блестящие. При ревизии органов брюшной полости правая почка отсутствует, ее ножка перевязана швами, которые состоятельны. В клетчатке вокруг левой почки множественные, смыкающиеся между собой темно-красные кровоизлияния. В правой доле печени, по боковой поверхности, множественные ушитые, параллельные, дугообразные, выпуклостью вправо, вертикальные разрывы паренхимы и капсулы длиной до 10 см, глубиной до 1,5 см. Инфильтрация кровью забрюшинной клетчатки вокруг поджелудочной железы и вокруг селезенки.

Осмотрена тонкая кишка – на расстоянии 20 см от илеоцекального угла энтероэнтероанастомоз бок в бок, швы состоятельны. В области илеоцекального угла ушитый разрыв брыжейки тонкой кишки 1 см длиной, швы состоятельны. Ревизия толстой кишки - в области печеночного угла ушитый линейный поперечный разрыв длиной 5 см, швы состоятельны.

Язык синюшный, влажный, обложен серовато-желтым, не снимающимся налетом. Слизистые оболочки носоглотки синюшные, влажные, блестящие. В мягких тканях шеи повреждений и кровоизлияний не обнаружено.

Просвет пищевода свободен, слизистая его бледно-серая, продольно складчатая.

Вход и просвет гортани свободен, слизистая оболочка ее бледно-серая. Подъязычная кость и хрящи гортани целы, в мягких тканях ее повреждений не обнаружено.

Просвет трахеи свободен, хрящи трахеи целы.

Щитовидная железа обычных размеров, с равновеликими долями, плотно-эластичная, темно-коричневая, на разрезе малокровна, дольчатого строения.

Аорта эластична, со следами жидкой крови в просвете т гладкой бледно-желтой интимой.

Слизистые оболочки воздухо-проводящих путей светло-серые. Бифуркационные лимфоузлы располагаются в виде пакетов диаметром от 1 до 2 см, эластичные, не спаянные между собой и с окружающими тканями, темно-синюшные, на разрезах сочные, с обычным рисунком. В полости перикарда следы прозрачной жидкости, листки его гладкие, влажные, блестящие. Сердце эластичное, 11х10х9 см. Полости сердца пустые. Миокард розовато-синюшный, эластичный, малокровен. Толщина стенки правого желудочка 0,3 см, левого 1,2 см. Клапанный и пристеночный эндокард тонкий, прозрачный, клапаны сформированы правильно. Под эндокардом левого желудочка полосчатые темно-красные кровоизлияния. Коронарные артерии с тонкими стенками, пустым просветом. Желудок пустой, содержимое кишечника отделам соответствует, слизистые оболочки желудочно-кишечного тракта бледно-серые. Мезентериальные лимфоузлы располагаются раздельно, диаметр их не более 1 см, эластичны. Печень 24х16х12х10 см, плотно-эластичная, бледно-коричневая с поверхности и на разрезах, малокровная, со смазанным рисунком долек. Просвет внепеченочных желчевыводящих путей свободно проходим. Поджелудочная железа обычных размеров, плотно-эластичная, бледно-серая, на разрезах – дольчатого строения. Селезенка 6х4х3 см, с морщинистой капсулой, малокровна, на разрезах без соскоба. Надпочечники листовидной формы, обычных размеров, на разрезах граница слоев четкая. Левая почка 9х6х5 см, дрябло-эластичная. Капсула сползает при надрезе, обнажая ровную поверхность. По краю разреза паренхима наползает на капсулу. На разрезах корковый и мозговой слои резко малокровны с четкой границей. Слизистые оболочки лоханок и чашечек бледно-синюшные, гладкие, блестящие, просвет их свободен. Мочеточники проходимы на всем протяжении, с бледно-серой слизистой. Мочевой пузырь пуст, слизистая оболочка его складчатая, бледно-серая, уретра свободно проходима.

Из трупа для судебно-гистологического исследования взяты кусочки внутренних органов на патоморфологические изменения. Кровь и мочевой пузырь на судебно-химическое исследование для определения алкоголя. Кровь на биологию.

ДАННЫЕ ДОПОЛНИТЕЛЬНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ.

1. Представлен акт судебно-химического исследования от 16.12.08г. При судебно-химическом исследовании вещественных доказательств, изъятых при вскрытии трупа, обнаружен этиловый спирт в концентрации: в крови 1,7 промилле, в фрагменте мочевого пузыря 1,4 промилле.

Вопросы:

1. Телесные повреждения?
2. Степень тяжести вреда здоровью?
3. Причина смерти?
4. механизм травмы?
5. Состояние алкогольного опьянения?

Этиалон:

1. При судебно-медицинском исследовании трупа обнаружены следующие телесные повреждения: сочетанная травма тела - а) закрытая травма грудной клетки – ссадины и ушибленные раны правой половины грудной клетки, полный поперечный перелом с 3 ребра справа по задней подмышечной линии, линейный разрыв соединения нижней и средней долей правого легкого, инфильтрация кровью легочной паренхимы в прикорневой зоне правого легкого, правосторонний гемопневмоторакс - 200 мл; б) закрытая травма живота - разрывы правой почки, правой доли печени, инфильтрация кровью забрюшинной клетчатки вокруг поджелудочной железы и вокруг селезенки, разрывы тонкой и толстой кишок, кровоизлияния в клетчатке вокруг левой почки; в) перелом костей таза - кровоподтек справа по наружной поверхности ягодичной области и бедра, полный поперечный разрыв симфиза с инфильтрацией кровью мягких тканей малого таза и инфильтрирующими кровоизлияниями в связки крестцово-подвздошного сочленения с обеих сторон; г) ссадины по задней поверхности верхней трети правого плеча, по задней поверхности в верхней трети правого предплечья.
2. Обнаруженная при исследовании трупа сочетанная травма тела причинила вред, опасный для жизни человека и согласно пункту 4.а Правил определения степени тяжести вреда, причиненного здоровью человека (Постановление Правительства РФ от 17 августа 2007 г. N 522) и пункта 6.1. приказа МЗиСР РФ 194н от 24.04.2008.г., квалифицируется, как обусловившая тяжкий вред здоровью. Сочетанная травма тела имеет прямую причинную связь со смертью.
3. Смерть наступила в результате сочетанной травмы тела с повреждениями органов грудной и брюшной полостей (см. пункт 1), осложнившаяся травматически-геморрагическим шоком. Заключение подтверждается клинико-морфологической картиной, как описанной в карте стационарного больного, так и найденной на вскрытии (см. пункт 1).
4. Локализация наружных повреждений справа по боковой поверхности грудной клетки, на правой верхней и нижней конечности, повреждения внутренних органов справа (правая доля печени, правая почка, разрывы кишечника справа), с учетом данных карты стационарного больного (упал с 5-го этажа своей квартиры), позволяет предположить, что сочетанная травма возникла при падении пострадавшего со значительной высоты с приземлением на правую боковую поверхность туловища.
5. При судебно-химическом исследовании в крови пострадавшего обнаружен этиловый спирт, концентрация которого может соответствовать средней степени опьянения по аналогии с живыми лицами.

**6. Перечень практических умений по изучаемой теме**

**УК-1 УК-2 ПК-5 ПК-10**

- установить причину смерти;

- провести судебно-медицинское исследование трупа при различных видах насильственной смерти;

- определить степень тяжести телесных повреждений;

- установить причинно-следственную связь между повреждением и неблагоприятным исходом;

**7. Рекомендации по выполнению НИР**

Примерная тематика по НИР по теме - не предусмотрена.

**8. Рекомендованная литература по теме занятия** (обязательная, дополнительная, электронные ресурсы, включая законодательные и нормативно-правовые документы)

**Занятие № 30**

**1. Индекс ОД.О.01.1.4.32** **Тема: «Другие виды транспортных травм. Мотоциклетная травма. Тракторная травма. Железнодо­рожная травма, ее виды, характер повреждений. Травма­тизм на водном транспорте. Авиационная травма и, ее виды. Особенности судебно-ме­дицинской экспертизы и ее значение для выяснения причин авиационных происшествий».** **2 часть**

**2. Форма организации занятия:** подготовка к практическому занятию.

**3. Перечень вопросов для самоподготовки по теме практического занятия**

1. ВОПРОС УК-1 УК-2 ПК-5 ПК-10

Каковы особенности повреждений от действия железнодорожного транспорта?

ОТВЕТ: Железнодорожная травма — совокупность повреждений, возникающих в результатежелезнодорожных происшествий, занимает второе место после автомобильной. Ее отличают большая тяжесть, обширность повреждений, загрязнения смазочными материалами. Потому это более сложный объект для исследования, так как помимо несчастных случаев железнодорожный транспорт используется для убийств, а иногда для самоубийств. Механизмы железнодорожной травмы такие же, как и при автомобильной.

2. ВОПРОС УК-1 УК-2 ПК-5 ПК-10

Можно ли установить по повреждениям механизм железнодорожной травмы?

ОТВЕТ: Железнодорожные травмы по механизму сходны с наземными, в частности автомобильными, однако повреждения имеют свои особенности. Характерными являются только повреждения от переезда.Столкновение в виде обтекаемой поверхности современных локомотивов не приводит к штамп-повреждениям. Характерны лишь повреждения, нанесенные сбрасывателем, при котором возникают открытые поперечные, оскольчатые переломы голеней, иногда переломы бедер и таза. Почти всегда удар сопровождается хорошо выраженными признаками сотрясения тела. Отбрасывание тела при ударе и скольжение по грунту приводит к дополнительным повреждениям.

Переезд при действии железнодорожного транспорта оставляет наиболее характерные повреждения, и прежде всего расчленение тела или его частей под действием сильного сдавле-ния и размозжения. Поэтому возникает дефект клиновидной формы с расширением со стороны колеса, со стороны рельса вовсе может не быть разделения тканей. По краям разделения образуются полосы осаднения и давления, которые со стороны колеса крупнозубчатые, достигают 12—15 см. Со стороны рельса они относительно ровные и в два раза меньше. Тело сдавливается с силой, равной 15—20 тоннам, сопровождается трением колеса и приводит к выдавливанию подкожно-жировой клетчатки. Образуется тонкая кожа с красноватой корочкой. Вдоль стороны отделения образуются также полосы обтирания. В начале полос можно иногда обнаружить «Т»-об-разную ссадину — первичный щипок колесом, показывающую начало переезда колеса.

При переезде бывают случаи длительного про-таскивания тела, что приводит к полосам волочения с образованием рваных ран и скоплением, особенно в конце полосы множества балластной грязи и смазочного материала, повреждению и загрязнению одежды, к обнажению и шлифовке костей. Выявление деталей повреждения позволяет устанавливать направление движения транспорта, положение тела по отношению к полотну.

Падение с движущегося транспорта, сдавление вагонами, травма внутри вагонов не имеют специфики и характерны для действия тупого предмета, нередко большой тяжести. Падение с высоты и сдавление тела сочетаются с общими признаками действия железнодорожного транспорта.

При железнодорожной травме в связи с разделением тела на множество частей и их повреждением возникают вопросы, связанные с идентификацией личности, при крупномасштабных катастрофах с установлением числа погибших и принадлежности частей трупа конкретному человеку. Так как этот транспорт иногда используется для самоубийства или симуляции самоубийства в целях сокрытия преступления, а также в целях убийства человека, важность представляет установление повреждений, не связанных с действием железнодорожного транспорта, а характерных для борьбы и самообороны, и решение вопроса о прижизнен ности повреждений.

3. ВОПРОС УК-1 УК-2 ПК-5 ПК-10

Как формулировать вопросы при назначении судебно-медицинской экспертизы в случаях железнодорожной травмы?

ОТВЕТ: При назначении экспертизы с подозрением на рельсовую травму помимо указанных выше целесообразно поставить следующие вопросы:

1. Все ли из имеющихся повреждений нанесены железнодорожным транспортом?

2. Имеются ли повреждения другого происхождения, их характер и травмирующее орудие, не явились ли они результатом борьбы и самообороны?

3. Какими частями железнодорожного транспорта могли быть нанесены повреждения?

4. Определить положение потерпевшего по отношению к полотну железной дороги.

5. Не могла ли железнодорожная травма быть получена в связи с самоубийством?

4. ВОПРОС УК-1 УК-2 ПК-5 ПК-10

Каково значение исследования одежды при экспертизе транспортной травмы?

ОТВЕТ: При автомобильной травме на одежде пострадавших могут обнаруживаться повреждения, вдавления и следы-наложения. При наезде и любом сдавлении образуются разрывы, иногда на большом протяжении вследствие захвата и протягивания или растяжения. При статическом ударе — вдавления, загрязнения, повторяющие особенности ударной поверхности орудия. Характер этих повреждений и следов в большой степени зависят от механизма действия автотранспорта и особенностей материала одежды. Встречаются и повреждения, возникшие от острого орудия (стеклом или другой частью транспорта) и тогда они представляют собой не разлохмаченные неровные края, а ровные. Другая часть повреждений и следов образуется от дорожного покрытия. Это следы истирания на одежде и скольжения на обуви от трения, возникающего вследствие передвижения тела по грунту и загрязнения частицами грунта, позволяющие устанавливать направление движения дела. Характерными и значимыми на одежде являются следы, оставляемые протектором колеса при переезде. Особенности этих следов и методы их исследования разбирались при решении вопросов о механизме автотравмы.

При железнодорожной травме повреждения одежды, независимо от характера материала, обычно массивны, затрагивают все слои одежды и имеют загрязнения черного или темно-серого цвета от смазочного материала, шпал и т.д. В связи с большой силой удара, помимо сходных повреждений, образующихся при наезде автотранспортом, остаются отпечатки плотных слоев одежды, прилегающей к коже, а также находящихся в карманах предметов, которые деформируются. Иногда образуются отрывы подошвы обуви или следы скольжения на ней.

Характерным признаком переезда являются полосы давления в виде жёлоба, покрытые налетом железа, выявляемого химической реакцией. Причем обращенная к колесу полоса давления более широкая. На полосе давления, особенно в той части одежды, которая попала между гребнем колеса и рельсом, образуются разрывы, вплоть до ее разделения. При переезде происходит раздробление пуговиц, пряжек и других плотных частей одежды. Волочение тела может привести не только к истиранию одежды, но и к шлифовке мягких тканей и костей. Важно при исследовании одежды в случаях железнодорожной травмы выявить повреждения, имеющие иное происхождение, которые нанесены острым, огнестрельным оружием или тупым, т.е. характерны для борьбы. Повреждения одежды при транспортной травме существенно дополняют повреждения на теле, а в некоторых случаях являются решающими при ответе на тот или иной вопрос.

**4. Самоконтроль по тестовым заданиям данной темы**

1. ДЛЯ УСТАНОВЛЕНИЯ ПРИЖИЗНЕННОГО (ПОСМЕРТНОГО) ОБРАЗОВАНИЯ РАН ПОВРЕЖДЕННЫЕ ТКАНИ НЕОБХОДИМО НАПРАВИТЬ ДЛЯ ИССЛЕДОВАНИЯ

ПК-5

1) химического

2) физико-технического

3) спектрального

4) гистологического

5) биологического

Правильный ответ: 4

2.КРОВОИЗЛИЯНИЯ ПОД ЭНДОКАРДОМ (ПЯТНА МИНАКОВА) СЛУЖАТ ДИАГНОСТИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ

ПК-5

1) обильной кровопотери

2) острой кровопотери

3) жировой эмболии

4) шока

5) воздушной эмболии

Правильный ответ: 4

3.СУДЕБНО-ГИСТОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ПОЗВОЛЯЕТ УСТАНОВИТЬ

ПК-5

1) прижизненность и давность

образования повреждения

2) возраст потерпевшего

3) рост потерпевшего

4) вид травмирующего предмета

5) характеристику травмирующего предмета

Правильный ответ: 1

4.ДЛЯ УСТАНОВЛЕНИЯ НА КОЖЕ СЛЕДОВ МЕТАЛЛА НЕОБХОДИМО ПРОВЕСТИ ИССЛЕДОВАНИЕ

ПК-5

1) в ультрафиолетовых лучах

2) в инфракрасных лучах

3) контактно-диффузионное

4) трассологическое

5) фотографическое

Правильный ответ: 3

5.ДИАГНОСТИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ СМЕРТИ ОТ ОСТРОЙ КРОВОПОТЕРИ СЛУЖИТ

ПК-5

1) малокровие внутренних органов

2) гемоперитонеум

3) пятна Тардье под висцеральной плеврой

4) пятна Тардье под эпикардом

5) кровоизлияния под эндокардом (пятна

Минакова).

Правильный ответ: 5

6.ФОРМА ВНУТРИКОЖНОГО КРОВОИЗЛИЯНИЯ НА СПИНЕ ПРИ ВОЗДЕЙСТВИИ ТВЕРДОГО ТУПОГО ПРЕДМЕТА С ЦИЛИНДРИЧЕСКОЙ УДЛИНЕННОЙ ПОВЕРХНОСТЬЮ

ПК-5

1) круглая

2) овальная

3) прямоугольная

4) квадратная

5) продольная

Правильный ответ: 2

7. «ТЕРРАСОВИДНЫЙ» ПЕРЕЛОМ ФОРМИРУЮТ

ПК-5

1) предметы с преобладающей травмирующей поверхностью, воздействующие под прямым углом

2) предметы с ограниченной травмирующей поверхностью, воздействующие под прямым углом

3) предметы сферической формы

4) предметы с ограниченной травмирующей поверхностью, воздействующие под острым углом

5) предметы с ограниченной травмирующей поверхностью, воздействующие под прямым углом

Правильный ответ: 2

8.К ПРИЗНАКУ ОБЩЕГО СОТРЯСЕНИЯ ТЕЛА ОТНОСЯТ

ПК-5

1) следы скольжения на подошвенной поверхности обуви

2) пятна Тардье

3) пятна Минакова

4) следы волочения на кожных покровах

5) кровоизлияния в связочный аппарат

внутренних органов

Правильный ответ: 5

9.ПОЛОСУ ОСАДНЕНИЯ (ОБТИРАНИЯ) ФОРМИРУЮТ

ПК-5

1) головка рельса

2) реборда

3) бандаж колеса

4) боковые поверхности колесного диска

5) бандаж колесного диска

Правильный ответ: 5

10.ФРАГМЕНТИРОВАНИЕ ТЕЛА ПРИ РЕЛЬСОВОЙ ТРАВМЕ ПРОИСХОДИТ

ПК-5

1) во внутренней зоне бандажа колеса

2) в зоне воздействия реборды колеса

3) по наружному краю головки рельса

4) в зоне воздействия боковых поверхностей колесного диска

5) в наружной зоне бандажа колеса

Правильный ответ: 2

**5. Самоконтроль по ситуационным задачам.**

Задача № 1. **УК-1  УК-2  ПК-5  ПК-10**

ОБСТОЯТЕЛЬСТВА ДЕЛА. В постановлении о назначении судебно-медицинской экспертизы указано, что «27.08.2008 года около 14 ч. 00 мин. водитель В. управляя личным технически исправным автомобилем марки "Тойота Карина", двигался по ул. Мира со стороны Спортивного проезда в направлении Административного проезда в Ленинском районе г. К…….. В районе д. 00 ул. Мира при выполнении маневра поворота налево в Центральный проезд водитель В. допустил столкновение с мопедом «Сузуки» под управлением В., который двигался по ул. Мира во встречном направлении прямо. В результате дорожно-транспортного происшествия водитель мопеда В. получил телесные повреждения и был доставлен в ГБ № 0, где 08.09.2008 г. от полученных телесных повреждений скончался».

ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКАЯ ЧАСТЬ.

Представлена медицинская карта стационарного больного из ГКБ № 0 на имя В., 1968 г.р., который 27.08.08г. в 15-15 бригадой "скорой помощи" был доставлен в НХО-1 с нарушением сознания. Со слов врача "скорой помощи" 27.08 около 14-00 пострадал при столкновении с автомобилем, находился за рулем мотоцикла. На месте травмы с нарушением сознания. При поступлении состояние крайне тяжелое. Кожные покровы обычной окраски. Костно-суставная система без видимой патологии. дыхание проводится по всеми полям с периодизацией через интубационную трубку. частота сердечных сокращений 88/мин. Артериальное давление 130/90 мм.рт.ст. Живот при пальпации умеренно напряжен. Сознание – сопор. Зрачки равны, на свет реакция вялая. Лицо симметрично, парезов нет. сухожильные рефлексы равны, низкие. Явных очаговых Менингиальных знаков нет. патологические стопные знаки сомнительны с обеих сторон. На конечностях ссадины и ушибы. В теменной области слева рана, повязка умеренно кровоточит отделяемым. Из носа и рта следы кровотечения. В области верхнего века слева гематома. Произведена первичная хирургическая обработка раны теменной области справа. дном раны является неповрежденная надкостница. Больной осмотрен хирургом, с диагностической целью произведена операция Лапароцентез. Отделяемого из брюшной полости не поступило. При рентгенологическом исследовании № 17230 от 27.08.08 травматических повреждений костей таза, шейного отдела позвоночника не выявлено; на рентгенограмме грудной клетки травматических повреждений со стороны ребер, гемопневмоторакса не выявлено, средостение смещено влево за счет укладки больного, трубка ИВЛ в трахее; на краниограмме определяется линейный перелом в левой височно-теменной области. Больной госпитализирован в отделение реанимации. Произведена пункция подключичной вены слева. Проведена компьютерная томография головного мозга № 12629 от 28.08.08г.: в носовых синусах (основной пазухе и клетках решетчатого лабиринта, гайморовы пазухи не осматривались) определяется имбибиция сгустками крови; грубой дислокации срединных структур нет; желудочковая система диффузно сужена во всех отделах; субарахноидальные борозды резко обеднены во всех отделах; дифференцировка на серое и белое вещество умеренно снижена (отек, …), субарахноидальные кровоизлияния в правой и левой гемисферах; над левой латеральной ямкой определяется обширная зона контузионного поражения ткани мозга с имбибицией мозгового вещества кровью 45х24 мм (субкортикально), аналогичное поражение в лобной доле 38х21 мм, плащевидное скопление геморрагического компонента по конвексу в височной доле справа до 2-3 мм в глубину. 29.08 состояние тяжелое, сознание нарушено по типу кома 1, ИВЛ через интубационную трубку. 31.08 состояние больного крайне тяжелое, кома 1-2, Артериальное давление 100/60 мм.рт.ст. Пульс 96/мин. в дальнейших записях состояние больного крайне тяжелое, кома 1, ИВЛ. 04.09 состояние больного без динамики. Артериальное давление 123/70 мм.рт.ст. 04.09.08 проведена компьютерная томография № 12697: дифференцировка на серое и белое вещество головного мозга снижена; сохраняется отек головного мозга; субарахноидальные борозды и все видимые ликворные пространства сужены и имбибированы кровью (включая мозжечковый намет, межполушарную щель; геморрагический компонент прослеживается и в базальных цистернах и, вероятно, в затылочных рогах); контузионные очаги с имбибицией мозгового вещества кровью имеют размеры: в височно-теменной области слева 47х28 мм, в лобной доле справа 62х35 мм; 4 желудочек не визуализируется; грубой дислокации срединных структур нет. 5.09 состояние больного крайне тяжелое, резко ухудшилось по сравнению с 04.09.08г. с углублением нарушения сознания и трудно корригируемой гипотонией. 6.09 состояние больного без динамики, кома 2, ИВЛ. 08.09 состояние больного терминальное, атония, арефлексия, зрачки равны, расширены. Артериальное давление 55/30 мм.рт.ст. Пульс 138/мин. несмотря на проводимое лечение в 14-00 08.09.08г. произошла остановка кровообращения, реанимационные мероприятия не проводились, констатирована смерть больного.

ПОСМЕРТНЫЙ ДИАГНОЗ. Закрытая черепно-мозговая травма. Ушиб головного мозга тяжелой степени. Контузионные очаги в лобной доле справа и височно-теменной области слева с прорывом крови в желудочки мозга. массивное субарахноидальное кровоизлияние. Перелом теменной и височной костей слева. ушибленная рана теменной области справа. ушибы мягких тканей, ссадины тела.

Алкоголь – в крови и моче не обнаружен.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Данные анализов | | | | |
| Параметры  дата | 27.08 | 30.08 | 4.09 | 8.09 |
| Эритроциты | 4,7 |  | 3,8 | 3,96 |
| Цветной п. | 1,0 | 0,92 | 0,95 | 0,91 |
| Гемоглобин | 159 | 151 | 119 | 120 |
| Тромбоциты | 215 | 122 | 264 | 173 |
| гематокрит |  | 40,9 | 33 | 37,3 |
| лейкоциты | 16,1 | 17,0 | 6,7 | 5,7 |
| базофилы | 1 |  | 1 |  |
| эозинофилы |  |  | 3 |  |
| миелоциты |  |  | 1 |  |
| Юные |  |  |  |  |
| палочкоядерные | 6 | 2 | 7 |  |
| сегментоядерные | 58 | 58 | 74 |  |
| Индекс ядерного сдвига |  |  |  |  |
| лимфоциты | 30 | 20 | 8 |  |
| моноциты | 5 | 20 | 6 |  |
| Дегенеративные изменения нейтрофилов |  |  | + |  |
| Анизоцитоз |  |  | + |  |
| Полихромазия |  |  | + |  |
| РОЭ |  |  | 52 | 51 |
|  |  |  |  | 7.09 |
| Амилаза | 133 | 77 |  |  |
| мочевина | 8,3 | 9,6 | 8,0 | 12,8 |
| Билирубин общ. |  | 22,1 | 13,9 | 38,7 |
| Прямой |  | 5,1 | 8,4 | 25,9 |
| непрямой |  | 17,0 | 5,5 | 12,8 |
| Белок крови | 50,9 | 62,4 | 46,8 | 52,6 |
| Калий | 2,8 | 3,6 | 3,8 | 6,6 |
| Натрий | 134 | 143 | 135 | 155 |
| Сахар | 6,3 | 5,5 | 8,0 |  |
|  |  |  |  | 7.09 |
| Уд. вес мочи | 1000 | 1017 | 1015 | 1002 |
| Белок мочи | 80 | 225 | 125 | 250 |
| Лейкоциты мочи | ед | 2-4 | 2-4 | 2-4 |
| Эритроциты мочи | 7-15 | знач | 20-40 | 1-3 |

НАРУЖНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ. Труп мужчины, доставлен без одежды, правильного атлетического телосложения, правильного удовлетворительного питания, длиной тела 183 см. Кожа бледно-серая, холодная на ощупь во всех отделах, в отлогих местах тела сливные, фиолетовые, не исчезающие и не меняющие цвет при надавливании трупные пятна. Трупное окоченение достаточно выражено во всех обычно исследуемых группах мышц. Склеры глаз мутные, тусклые, суховаты, кровоизлияний в соединительные оболочки глаз не отмечается, зрачки равновелики по 0,5 см диаметром. Голова правильной формы, кости черепа и лицевого скелета на ощупь целы. Грудная клетка цилиндрическая, эластичная, упругая, ребра на ощупь целы. Живот на одном уровне с грудной клеткой. Естественные отверстия тела и полости рта и носоглотки свободны, чистые. Слизистая оболочка губ синюшная, подсохшая. Анальное отверстие сомкнуто. Половые органы развиты правильно. Кости конечностей целы.

ПОВРЕЖДЕНИЯ. Справа в средней трети наружной поверхности голени в 30 см от уровня стоп на участке 9х3 см множественные ссадины - округлые диаметром по 0,5 см и 3 полосовидных дугообразных выпуклостью кзади параллельных 3 см, 8 см, и 3 см длиной считая спереди, разделенные промежутками в 0,3 см, условное начало ссадин сверху, ширина ссадин 0,2 см.

По передней поверхности левой голени в 30 см от уровня стоп овальная ссадина 2х1 см. Ссадины однотипны, покрыты бурой выбухающей, отслаивающей по слоям коркой.

При проведении воздушной пробы – воздух из плевральных полостей и полостей сердца не получен. При проведении судебно-медицинского исследования трупа использовались: кожные разрезы по методу Христофорова.

ВНУТРЕННЕЕ ИССЛЕДОВАНИЕ

Извлечение органокомплекса произведено по методу Шора, с распилом ребер спереди. Череп вскрывался угловым распилом.

Масса органов.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Масса |  | норма |
| Мозг | 1600 | До 1400 |
| Легкое правое | 790 | 450 |
| левое | 810 | 375 |
| Сердце | 300 | 200-400 |
| Печень | 1500 | 1200-2000 |
| Селезенка | 90 | 80-180 |
| Почки обе | 310 | 275-310 |
| Правая/Левая | 160/150 |  |

ПОЛОСТЬ ЧЕРЕПА. Слева в проекции верхнего края основании ушной раковины, распространяясь на височную и теменную области кровоизлияние в коже диаметром 5 см. Инфильтрация височных мышц кровью слева. Справа в области заднего края теменного бугра в 2 см от средней линии кровоизлияние диаметром 2 см. В своде черепа слева перелом. Линия перелома начинается в центре левого теменного бугра в 6,5 см от средней линии и в 8 см от середины левой части лямбдовидного шва, имеет направление сверху вниз и сзади наперед, пересекает теменную кость, распространяясь на лобную кость, пересекая ее и переходит на крышу орбиты в 0,5 см от левого края гребня. Длина этой части линии 9 см, далее линия перелома плавно поворачивает вправо идя параллельно гребню орбиты на протяжении 3,7 см. Дойдя до дырчатой пластинки решетчатой кости линя перелома раздваивается, одна линия уходит на дырчатую пластинку, образуя там линейный перелом по левой ее части, заканчиваясь у начала петушиного гребня. Вторая линия от основной по прямым углом поворачивает кзади и вправо, распространяясь в таком направлении 1,5 см и далее дугообразно поворачивает вправо затухая по внутреннему краю правого отверстия зрительного нерва. При ревизии линии перелома сколы компакта по наружной костной пластинки по боковой поверхности лобной и теменной костей на протяжении 6 см, по внутренним поверхностям линия перелома ровная четко сопоставимая. Субдурально справа по наружной поверхности мозга с переходом на среднюю и переднюю черепные ямки пластинчатые наложения темно-вишневых рыхло спаянных с твердой мозговой оболочкой, объемом не более 30 мл. Прокрашивание твердой мозговой оболочки со стороны мозговой поверхности кровью по обеим наружным поверхностям мозга, а так же в передних и средних черепных ямках. Головной мозг полностью резервные пространства. Расползается под пальцами.

Субарахноидально, распространяясь на вещество мозга, со сплошной окраской, кровоизлияние справа по наружной поверхности мозга с центром на границе височной и теменной долей диаметром 4 см с размозжением вещества мозга на глубину до 2-х см.

Слева кровоизлияние по полюсной и базальной поверхностям височной доли на участке диаметром 8 см с размозжением вещества мозга на глубину до 2-х см, слева аналогичное кровоизлияние по полюсной поверхности лобной доли диаметром 3 см, с размозжением вещества мозга на глубину 1 см.

На разрезах кора мозга не определяется, мозг разваливается под пальцами.

ОРГАНЫ ШЕИ, ГРУДНОЙ И БРЮШНОЙ ПОЛОСТЕЙ: язык синюшный, влажный, не обложен. Слизистые оболочки носоглотки синюшные, влажные, блестящие. В мягких тканях шеи повреждений и кровоизлияний не обнаружено.

Органы брюшной полости расположены анатомически правильно, в полости следы прозрачной жидкости соломенного цвета. Листки брюшины гладкие, влажные, блестящие.

Просвет пищевода свободен, слизистая его бледно-серая, продольно складчатая.

Вход и просвет гортани свободен, слизистая оболочка ее бледно-серая. Подъязычная кость и хрящи гортани целы, в мягких тканях ее повреждений не обнаружено.

Просвет трахеи и главных бронхов свободен, хрящи трахеи целы.

Щитовидная железа обычных размеров, с равновеликими долями, плотно-эластичная, темно-коричневая, на разрезе полнокровна, дольчатого строения.

Аорта эластична, со следами жидкой крови в просвете и гладкой бледно-желтой интимой.

Слева легкое спавшееся, прижато к позвоночнику, плотно-мясистое, на разрезах легкое темно-красное со смазанным рисунком. Листки плевры справа гладкие, влажные, блестящие, слева листки плевры покрыты фибринозным налетом, толщиной до 0,1см. Справа легкое выполняет 2/3полости, тестоватое, красно-синюшное, на разрезах темно-красное с четким рисунком в 8 и 9 сегментах плотное, серовато-красное. Слизистые оболочки воздухо-проводящих путей светло-розовые, набухшие. Просвет воздухо-проводящих путей свободен. Бифуркационные лимфоузлы диаметром от 1 до 2 см, эластичные, не спаянные между собой и с окружающими тканями, темно-синюшные, на разрезах сочные, с обычным рисунком. В полости перикарда следы прозрачной жидкости, листки его гладкие, влажные, блестящие. Сердце дрябло-эластичное, 12х11х9 см. В полостях сердца немного жидкой темной крови с мелкими единичными темно-вишневыми свертками. Миокард розовато-синюшный, эластичный, с сетчатым разрастанием соединительной ткани, неравномерного кровенаполнения. Толщина стенки правого желудочка 0,3 см, левого 1,2 см. Клапанный и пристеночный эндокард тонкий, прозрачный, клапаны сформированы правильно. Равномерный ва­риант кровоснабжения. Справа от про­дольной борозды сердца располагаются крупные ветви правой венечной артерии, а слева — крупные ветви огибающей ветви левой венечной артерии. Коронарные артерии с тонкими стенками, пустым просветом.

Желудок пустой, содержимое кишечника отделам соответствует, слизистые оболочки желудочно-кишечного тракта бледно-серые. Мезентериальные лимфоузлы располагаются раздельно, диаметр их не более 1 см, эластичны. Печень 26х18х16х13 см, плотно-эластичная, коричневая с поверхности и на разрезах, полнокровная, со четким рисунком долек. Просвет внепеченочных желчевыводящих путей свободно проходим. Поджелудочная железа обычных размеров, плотно-эластичная, бледно-серая, на разрезах – дольчатого строения. Селезенка 8х4х3 см, эластичная, синюшная с гипоплазией белой пульпы, на разрезах без соскоба. Надпочечники листовидной формы, обычных размеров, на разрезах граница слоев четкая. Почки равновелики, 12х6х5 см, дрябло-эластичные. Капсула сползает при надрезе, обнажая ровную поверхность. По краю разреза паренхима наползает на капсулу. На разрезах корковый слой - синюшный, с темно-красным крапом и подчеркнутым рисунком, мозговой слой также с подчеркнутым рисунком, граница слоев отчетливо выражена. Слизистые оболочки лоханок и чашечек бледно-синюшные, гладкие, блестящие, просвет их свободен. Мочеточники проходимы на всем протяжении, с бледно-серой слизистой. Мочевой пузырь пуст, слизистая оболочка его складчатая, бледно-серая, уретра свободно проходима.

ПОЗВОНОЧНИК И СПИННОЙ МОЗГ: при ревизии позвоночного столба повреждений не обнаружено.

Из трупа для судебно-гистологического исследования взяты кусочки внутренних органов на патоморфологические изменения.

В качестве вещественного доказательства взята кровь на марле.

Вопросы:

1.Какова причина смерти Салмина Александра Валерьевича 09.06.1968 г.р.?

2.Степень тяжести полученных телесных повреждений?

3.Какова их локализация, механизм образования?

4.Стоят ли полученные телесные повреждения в прямой причинной связи с травмой,  
полученной при дорожно-транспортном происшествии и со смертью?

5.Не находился ли Салмин А.В. в момент ДТП в состоянии алкогольного или иного опьянения?

Эталон:

1.При судебно-медицинской экспертизе трупа обнаружены телесные повреждения в виде: а) открытая черепно-мозговая травма: кровоизлияния в коже - слева в проекции верхнего края основании ушной раковины, распространяясь на височную область с инфильтрацией височных мышц кровью, справа в области заднего края теменного бугра; перелом костей свода и основания черепа, субдуральная гематома справа объемом 30 мл, субарахноидальные и внутримозговые кровоизлияния справа по наружной поверхности мозга с центром на границе височной и теменной долей, слева по полюсной и базальной поверхностям височной доли и по полюсной поверхности лобной доли; б) ссадины на нижних конечностях.

2.Черепно-мозговая травма квалифицируется, как причинившая вред опасный для жизни человека, обусловила тяжкий вред здоровью и имеет прямую причинную связи со смертью. Ссадины на нижних конечностях вреда здоровью не причинили.

3.Локализация повреждений кожи головы, костей черепа и головного мозга позволяет говорить, что черепно-мозговая травма имеет инерционный механизм. Вывод подтверждается соответствием кровоизлияния в коже головы в левой теменно-височной области и деформации сжатия наружной костной пластинки по линии перелома в лобной и теменной костях, наличием кровоизлияний в веществе мозга вне зоны ударного воздействия, а в зоне противоудара - справа по наружной поверхности мозга с центром на границе височной и теменной долей, слева по полюсной и базальной поверхностям височной доли и по полюсной поверхности лобной доли. Учитывая вышеизложенное черепно-мозговая травма возникла в результате однократного ударного воздействия твердого тупого предмета без четких идентифицирующих признаков с массой больше массы головы (либо от удара о таковой) на левую теменно-височную область с действием травмирующей силы сверху вниз, спереди назад и слева направо. Указанная травма могла возникнуть, в том числе и при обстоятельствах, указанных в направлении.Ссадины на нижних конечностях возникли от действия твердых тупых предметов.

4.Учитывая морфологическую картину в травмированном головном мозге, давность травмы может соответствовать обстоятельствам, указанным в направлении.

5.При поступлении пострадавшего в стационар в крови не обнаружен этиловый спирт. Данных за иное опьянение в истории болезни не обнаружено.

Задача №2. **УК-1  УК-2  ПК-5  ПК-10**

ОБСТОЯТЕЛЬСТВА ДЕЛА. В постановлении о назначении судебно-медицинской экспертизы указано, что «13.09.2008 года около 23 ч. 19 мин. водитель В. управляя автомобилем марки «Тойота Авенсис», двигался по ул. Мира в Ленинском районе г. К……, в районе поворота на «Теплую речку» допустил наезд на пешеходов А. и Т. После чего водитель Л., который двигался в попутном В. направлении так же допустил наезд на пешеходов А. и Т. В результате дорожно-транспортного происшествия пешеход Т. от полученных телесных повреждений скончался, пешеходу А. причинены телесные повреждения».

Представлена медицинская карта стационарного больного из ГКБ № 0 на имя Т., 1962 г.р., который 14.09.08г. а 0-20 бригадой скорой помощи был доставлен в НХО-2 с нарушением сознания. Со слов врача бригады скорой помощи 13.09 около 23-20 сбит автомобилем «Тойота» по ул. Мира. Кома на месте, пульс 100\мин., АД 40\0 мм.рт.ст. Дыхание ИВЛ через интубационную трубку. Живот на пальпацию не реагирует. При поступлении сознание кома 2. Зрачки расширены, равны, рефлексы угнетены, взор фиксирован прямо. Язык в полости рта. Глоточный рефлекс угнетен. Асимметрия лица за счет ушибов мягких тканей. Явных парезов не определяется. Рефлексы с рук и ног равны, низкие. Менингиальных знаков не выявлено. Двусторонний симптом Бабинского. Из обоих носовых ходов геморрагическое отделяемое. Множество поверхностных ран лобной области, лица, деформация костей обеих голеней. При рентгенологическом исследовании № 18172 от 14.09.08г. на краниограммах в 2-х проекциях справа линейные переломы теменной и височной костей с переходом на основание черепа в среднюю черепную ямку; на спонидограммах шейного отдела позвоночного столба в … шейный лордоз выпрямлен, подозрение на снижение высоты тела 6 шейного позвонка; внутрисуставной краевой перелом верхней трети левой большеберцовой кости с диастозом костного фрагмента; перелом лонной и седалищной костей слева со смещением. Больной транспортирован в отделение реанимации. Больной осмотрен хирургом, с диагностической целью проведена операция Лапароцентез. Патологического отделяемого из брюшной полости не получено. Больной осмотрен травматологом. 14.09 общее состояние больного крайней тяжести, терминальное. Кома запредельная, атония, арефлексия. Артериальное давление 38/20 мм.рт.ст. Дыхание проводится со всех сторон. Живот на пальпацию не реагирует. Несмотря на проводимое лечение, состояние больного с отрицательной динамикой. 14.09.08г. в 9-10 остановка сердечной деятельности, констатирована смерть.

ПОСМЕРТНЫЙ ДИАГНОЗ. Сочетанная травма. Открытая черепно-мозговая травма. Ушиб головного мозга тяжелой степени. Перелом костей свода и основания черепа. Закрытая травма шейного отдела позвоночника, перелом костей таза, левой голени. Ушибы, ссадины мягких тканей. отек, дислокация головного мозга. острая сердечно-сосудистая и дыхательная недостаточность.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Данные анализов | | | | |
| Параметры  дата | 14.09 | 14.09 |  |  |
| эритроциты | 3,7 | 2,6 |  |  |
| Цветной п. | 1,0 | 0,98 |  |  |
| гемоглобин | 122 | 85 |  |  |
| тромбоциты | агрег | 119 |  |  |
| гематокрит |  | 25,4 |  |  |
| лейкоциты | 19,5 | 3,2 |  |  |
| палочкоядерные | 26 |  |  |  |
| сегментоядерные | 45 |  |  |  |
| лимфоциты | 22 |  |  |  |
| моноциты | 7 |  |  |  |
| РОЭ |  | 8 |  |  |
| Амилаза |  | 130 |  |  |
| мочевина |  | 5,9 |  |  |
| Билирубин общ. |  | 12,4 |  |  |
| Прямой |  | 2,5 |  |  |
| непрямой |  | 9,9 |  |  |
| Белок крови |  | 53,9 |  |  |
| Калий |  | 2,5 |  |  |
| Натрий |  | 137 |  |  |

НАРУЖНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ. Труп мужчины, доставлен без одежды, среднего телосложения, правильного удовлетворительного питания, длиной тела 175 см. Кожа бледно-серая, холодная на ощупь во всех отделах, в отлогих местах тела сливные, фиолетовые, не исчезающие и не меняющие цвет при надавливании трупные пятна. Трупное окоченение достаточно выражено во всех обычно исследуемых группах мышц. Склеры глаз мутные, тусклые, суховаты, кровоизлияний в соединительные оболочки глаз не отмечается, зрачки равновелики по 0,4 см диаметром. Голова правильной формы, кости черепа и лицевого скелета на ощупь целы. Грудная клетка цилиндрическая, эластичная, упругая, ребра на ощупь целы. Живот на одном уровне с грудной клеткой. Естественные отверстия тела и полости рта и носоглотки свободны, чистые. Слизистая оболочка губ синюшная, подсохшая. Анальное отверстие сомкнуто. Половые органы развиты правильно.

ПОВРЕЖДЕНИЯ. По передней поверхности левой голени в 15 см от уровня стоп 3 расположенных вертикальной цепочки однотипных овальных ссадины 3,5х1,5 см разделенных промежутками неповрежденной кожи в 1 см.

Справа по наружной поверхности бедра на границе верхней и средней трети в 80 см от уровня стоп округлая ссадина диаметром 2 см. Выше на 4 см на участке 5х3,5 см множественные параллельные горизонтальные царапины в виде цепочек сходящие на «нет» в направлении спереди назад.

В проекции крыла правой подвздошной кости в 1 метре от уровня стоп полосовидная дугообразная выпуклостью вверх ссадина 7х0,5 см.

2-е округлых ссадины диаметром по 2 см на фоне багрового кровоподтека диаметром 7 см по задней поверхности правого локтевого сустава.

В проекции крыла подвздошной кости слева в 1 метре от уровня стоп прямоугольная ссадина 2х2.5 см.

В лобной области от бровей до волосистой части головы на участке, ориентированном горизонтально, 14х20 см округлые множественные, смыкающиеся между собой ссадины от 3 до 1 см диаметром, на фоне которых параллельные множественные ориентированные слева направо и снизу вверх поверхностные линейные раны с острыми концами и ровными отвесными краями. Глубина ран на толщу эпидермиса, раны от 1,5 см до 8 см длиной. Раны расположены, как на неповрежденной коже, так и на поверхности ссадин.

В проекции наружного края левой надбровной дуги ушитая одним швом округлая ушибленная рана диаметром 0,5 см. Рана расположена в нижнем углу выше описанного участка.

Ссадина на кончике, левом крыле носа и переносице на участке 5х3.5 см. По верхней части ссадины на переносице ушитая дугообразная выпуклостью влево рана 1х1 см с подрытым правым и скошенным левым краями, глубина раны 0,3 см.

В центре затылочной области на переходом на теменную в проекции вершины лямбдовидного шва дугообразная выпуклостью вверх рана с осадненными краями и тканевыми перемычками в глубине, глубиной до кости, горизонтально ориентированная, длиной 7 см, со скошенным верхним подрытым (скальпированным) на глубину до 1 см нижним краями.

Все ссадины однотипны по характеристикам, покрыты бурой сухой коркой с запавшим дном.

При послойных разрезах слева - кровоизлияние в коже и мягких тканях голени в 16 см от уровня стоп по передне-внутренней поверхности на участке 6х7 см. По наружной поверхности голени слева в 15 см от уровня стоп кровоизлияние на участке 13х12 см.

При ревизии - многооскольчатый перелом наружного мыщелка левой большеберцовой кости.

Справа по внутренней с переходом на заднюю поверхностям голени в 20 см от уровня стоп кровоизлияние шириной 8 см охватывающее указанные поверхности голени полуциркулярно.

Справа по внутренней поверхности коленного сустава в 40 см от уровня стоп кровоизлияние диаметром 16 см с множественными кровоизлияниями в связки по этой поверхности сустава и выполнением полости сустава кровью. Кровью выполнена полость и левого коленного сустава, при ревизии – внутрисуставной поперечный перелом наружного мыщелка левой большеберцовой кости со смещением костного фрагмента

При ревизии стоп слева выполнение кровью голеностопного сустава с кровоизлияниями в месте прикрепления Ахиллова сухожилия.

Справа многооскольчатый поперечный перелом задней лодыжки с кровоизлияниями в Ахилловом сухожилии в месте его прикрепления.

Слева кровоизлияния в мягкие ткани на участке диаметром 10 см в 85 см от уровня стоп в области полуколец таза. Здесь же косопоперечный перелом с выкрашиванием трех треугольных костных отломков, основанием кпереди, длиной по 1,5 см между симфизом и седалищной костью по верхнему полукольцу. При сопоставлении отломков определяется основная плоскость перелома, которая ориентирована спереди назад слева направо и снизу вверх. По задней поверхности линия перелома одиночная, четко сопоставимая. По нижней и передней поверхностям - множественные выкрашивания мелких костных отломков в краях перелома. Перед передней стенкой мочевого пузыря студневидный отек с пропитыванием кровью клетчатки между стенкой пузыря и симфизом.

Справа и слева следы подключичной катетеризации

При проведении воздушной пробы – воздух из плевральных полостей и полостей сердца не получен. При проведении судебно-медицинского исследования трупа использовались: кожные разрезы по методу Христофорова.

ВНУТРЕННЕЕ ИССЛЕДОВАНИЕ

Извлечение органокомплекса произведено по методу Шора, с распилом ребер спереди. Череп вскрывался угловым распилом.

Масса органов.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Масса |  | норма |
| Мозг | 1600 | До 1400 |
| Легкое правое | 700 | 450 |
| левое | 700 | 375 |
| Сердце | 350 | 200-400 |
| Печень | 1500 | 1200-2000 |
| Селезенка | 70 | 80-180 |
| Почки обе |  | 275-310 |
| Правая/Левая | 150/150 |  |

ПОЛОСТЬ ЧЕРЕПА. В кожно-мышечном лоскуте головы в лобной области справа кровоизлияние диаметром 3,5 см в области лобного бугра. Слева в лобно-теменной области, гранича со средней линией прямоугольное, ориентированное горизонтально, расположенное в проекции венечного шва, кровоизлияние 11х6 см.

Кровоизлияние диаметром 10 см справа в височной области и диаметром 10 см слева в теменно-затылочной области, по левой ветви лямбдовидного шва. Все кровоизлияния темно-красные с четкими контурами Твердая мозговая оболочка напряжена. При ревизии черепа справа перелом основания.

Линия перелома условно начинается в крыше правой орбиты, в проекции наружного края надбровной дуги на протяжении 3-х см распространяется влево в 0,5 см от лобной кости. Далее не доходя до решетчатой кости 0,5 см под тупым углом поворачивает кзади и через 1,5 см распространяется на решетчатую кость пересекая ее в направлении спереди назад и справа налево. Пересекает крышу основной пазухи, переднюю стенку турецкого седла, затухая в центре левого края турецкого седла. Полость основной пазухи выполнена кровью.

В затылочной кости обнаружен линейный перелом, условное начало которого на вершине лямбдовидного шва в направлении сверху вниз и слева направо через 6 см в 2 см от средней линии и в 3 см выше борозды поперечного синуса линия поворачивает под острым углом влево, затухая через 1 см. По внутренней надкостной пластинке линия перелома сопоставима, по наружной - сколы компакта на протяжении 2х см от вершины лямбдовидного шва.

Прямой размер головы 21 см, большой поперечный 18 см, толщина лобной кости 0,7 см. височной 0,3 см. теменной 0,8 см в зонах распила. Субдурально - жидкая кровь по всем отделам.

Субарахноидально справа по всей наружной поверхности полушария темно-красные кровоизлияния в глубине борозд, распространяющиеся на извилины по наружной поверхности теменной доли на участке 9х15 см.

По полюсной и базальной поверхностям обеих лобных и височных долей на участках - 12х10 см слева и 11х10 см справа без четких контуров множественные мелкоочаговые не более 0,3 см диаметром субарахноидальные кровоизлияния, на разрезах распространяющиеся на глубину коры, окруженные полосой в 2 см (с каждой стороны) кровоизлияниями по бороздам, справа смыкающимися с выше описанными.

По полюсным поверхностям лобных долей множественные диметром по 0,2 см эрозии на отграниченных участках по 1 см диаметру.

На разрезах множественные точечные кровоизлияния в ножках мозга. Резервные пространства мозга отсутствуют. Борозды мозга сглажены, извилины уплощены, на миндаликах мозжечка кольцевидная с диффузными субарахноидальными кровоизлияниями полоса вдавления от краев большого затылочного отверстия. Головной мозг дряблый, на разрезах с четкой границей серого и белого вещества и мраморным рисунком подкорковых ядер. Поверхности разрезов тускловаты, липнут к лезвию ножа. Желудочки мозга симметричны, обычного объема, эпендима их бледно-серая, блестящая, влажная, в полостях желудочков следы прозрачной соломенного цвета жидкости. Сосудистые сплетения обычного вида, малокровны.

ОРГАНЫ ШЕИ, ГРУДНОЙ И БРЮШНОЙ ПОЛОСТЕЙ: язык синюшный, влажный, не обложен. Слизистые оболочки носоглотки синюшные, влажные, блестящие. В мягких тканях шеи повреждений и кровоизлияний не обнаружено. В плевральных полостях следы прозрачной жидкости, легкие выполняют 2\3 полостей, с блестящей, гладкой и влажной плеврой. Органы брюшной полости расположены анатомически правильно, в полости следы прозрачной жидкости соломенного цвета. Листки брюшины гладкие, влажные, блестящие. Просвет пищевода свободен, слизистая его бледно-серая, продольно складчатая. Вход и просвет гортани свободен, слизистая оболочка ее бледно-серая. Подъязычная кость и хрящи гортани целы, в мягких тканях ее повреждений не обнаружено.

Просвет трахеи и главных бронхов свободен, хрящи трахеи целы.

Щитовидная железа обычных размеров, с равновеликими долями, плотно-эластичная, темно-коричневая, на разрезе малокровна, дольчатого строения.

Аорта эластична, со следами жидкой крови в просвете и рассеянными липидными пятнами и множественными атеросклеротическими бляшками в разных стадиях развития в интиме.

Легкие синюшные в передних и темно-синюшные в задних отделах, тестоватой консистенции, на разрезах темно-красные с обычным рисунком, малокровны. Слизистые оболочки воздухо-проводящих путей светло-розовые, набухшие. Бифуркационные лимфоузлы располагаются в виде пакетов диаметром от 1 до 2 см, эластичные, не спаянные между собой и с окружающими тканями, темно-синюшные, на разрезах сочные, с обычным рисунком. В полости перикарда следы прозрачной жидкости, листки его гладкие, влажные, блестящие. Сердце дрябло-эластичное, 14х12х10 см, с избыточным отложением жира под эпикардом. В полостях сердца немного жидкой темной крови с мелкими единичными темно-вишневыми свертками. Миокард розовато-синюшный, эластичный, с сетчатым разрастанием соединительной ткани, неравномерного кровенаполнения. Толщина стенки правого желудочка 0,3 см, левого 1,3 см. Клапанный и пристеночный эндокард тонкий, прозрачный, клапаны сформированы правильно. Коронарные артерии с неравномерно утолщенными стенками за счет полулунных и кольцевидных атеросклеротических бляшек с кальцинозом, с облитерацией просвета не более чем на 1/3.

Желудок пустой, содержимое кишечника отделам соответствует, слизистые оболочки желудочно-кишечного тракта бледно-серые. Мезентериальные лимфоузлы располагаются раздельно, диаметр их не более 1 см, эластичны. Печень 24х18х14х10 см, плотно-эластичная, коричневая с поверхности и на разрезах, малокровная, со смазанным рисунком долек. Просвет внепеченочных желчевыводящих путей свободно проходим. Поджелудочная железа обычных размеров, плотно-эластичная, бледно-серая, на разрезах – дольчатого строения. Селезенка 6х3х2 см, эластичная, синюшная, на разрезах без соскоба. Надпочечники листовидной формы, обычных размеров, на разрезах граница слоев четкая. Почки равновелики, 9,5х5х4 см, дрябло-эластичные. Капсула сползает при надрезе, обнажая ровную поверхность. По краю разреза паренхима наползает на капсулу. На разрезах корковый слой - синюшный, с темно-красным крапом и подчеркнутым рисунком, мозговой слой также с подчеркнутым рисунком, граница слоев отчетливо выражена. Слизистые оболочки лоханок и чашечек бледно-синюшные, гладкие, блестящие, просвет их свободен. Мочеточники проходимы на всем протяжении, с бледно-серой слизистой. Мочевой пузырь пуст, слизистая оболочка его складчатая, бледно-серая, уретра свободно проходима.

ПОЗВОНОЧНИК И СПИННОЙ МОЗГ: при ревизии позвоночного столба костных и внутримозговых повреждений не обнаружено. Отмечаются полосовидные кровоизлияния, ориентированные вертикально, в заднюю атланто-затылочную мембрану. Эпи- и субдуральные пространства свободны, твердая мозговая оболочка напряжена, бледно-серая, блестящая, мягкие мозговые оболочки тонкие, прозрачные, спинной мозг дряблый, на разрезах обычного рисунка..

Из трупа для судебно-гистологического исследования взяты кусочки внутренних органов на патоморфологические изменения. Для судебно-химического исследования кровь и фрагмент почки.

В качестве вещественного доказательства взята кровь на марле.

ДАННЫЕ ДОПОЛНИТЕЛЬНЫХМ МЕТОДОВ ИССЛЕДОВАНИЯ.

Представлена служебная записка к акту судебно-химического исследования от 23.09.08г. Заключение: при судебно-химическом исследовании вещественных доказательств, изъятых при вскрытии трупа, обнаружен этиловый спирт в концентрации: 2,4 промилле в крови и 2,0 промилле в почке.

Вопросы:

1.Причина смерти?

2.Давность наступления смерти?

3.Сколько раз оказывалось травмирующее действие на тело?

4.Не находился ли Т. в момент причинения телесных повреждений в  
состоянии алкогольного или иного опьянения? Если имело место алкогольное опьянение, то какой степени?

5. В каком положении находился Т. по отношению к травмирующей силе?

Эталон:

1. При судебно-медицинской экспертизе трупа обнаружены телесные повреждения в виде: сочетанная травма тела - а) открытая черепно-мозговая травма - ссадины и ушибленные раны головы, кровоизлияния в коже головы в области правого лобного бугра, в левой лобно-теменной области гранича со средней линией, в правой височной области, в левой теменно-затылочной; перелом основания черепа справа, перелом чешуи затылочной кости, субарахноидальные и внутримозговые кровоизлияния справа по наружной поверхности полушария, по полюсной и базальной поверхностям обеих лобных и височных долей, множественные точечные кровоизлияния в ножках мозга; б) Слева кровоизлияния в мягкие ткани слева области полуколец таза, многооскольчатый перелом лонной и седалищной костей слева; кровоизлияния в клетчатку между стенкой мочевого пузыря и симфизом; в) ссадины и кровоизлияния в мягкие ткани обеих нижних конечностей, гематомы полостей обеих голеностопных суставов, кровоизлияния в Ахиллово сухожилие с обеих сторон, кровоизлияния в связки правого коленного сустава с внутрисуставной гематомой, перелом наружного мыщелка левой большеберцовой кости с внутрисуставной гематомой, справа многооскольчатый поперечный перелом задней лодыжки; г) поверхностные множественные резанные раны лобной области.

Сочетанная травма тела квалифицируется, как причинившая вред, опасный для жизни человека, обусловила тяжкий вред здоровью и имеет прямую причинную связь со смертью.

2. Смерть наступила 14.09.08г. в 9-10 в результате сочетанной травмы тела с переломами свода, основания черепа и ушибом головного мозга, осложнившейся отеком и набуханием головного мозга с вклинением ствола в большое затылочное отверстие. Вывод подтверждается клинико-морфологической картиной сочетанной травмы (при поступлении кома 2, зрачки расширены, рефлексы угнетенным, множество поверхностных ран лобной области, лица, деформация костей обеих голеней, перелом костей таза, обнаружение повреждений при экспертизе трупа – указаны в пункте 1), данными прижизненного рентгенологического исследования и гистологического исследования.

3. Открытая черепно-мозговая травма возникла от нескольких воздействий и имеет признаки, как инерционного, так и импресионного механизма возникновения, о чем свидетельствуют наличие отграничено диффузного кровоизлияния в правой теменной доле головного мозга (импрессия) и пятнистых кровоизлияний по полюсной и базальной поверхностям обеих лобных и височных долей (инерция). Наличие кровоизлияний в ножках мозга свидетельствует о его вращении в полости черепа (инерция).

Имело место не менее 5-ти воздействий на голову:

- условно № 1. На левую лобно-теменную область имело место воздействие твердого тупого предмета с ограниченной контактирующей поверхностью, предположительно с формой близкой к прямоугольной, размерами площади контакта не более 11х6 см с действием травмирующей силы сверху вниз, спереди назад и слева направо, вывод подтверждается наличием кровоизлияния в коже головы в области контакта указанных размеров.

- условно № 2. На область правого лобного бугра имело место воздействие твердого тупого предмета без четких идентифицирующих признаков с действием травмирующей силы сверху вниз, спереди назад и справа налево, воздействие привело к деформации костей черепа в линейным переломом основания, что подтверждается обнаружением кровоизлияния в коже области воздействия и линейного перелома крыши орбиты, крыши основной пазухи, решетчатой и крыловидной костей по ходу перелома.

- условно № 3. На правую височную область имело место воздействие твердого тупого предмета без четких идентифицирующих признаков с действием травмирующей силы справа налево, с прогибанием костей черепа и ушибом теменной доли головного мозга. Вывод подтверждается обнаружением кровоизлияния в коже области воздействия и кровоизлияния в правой теменной доле по типу ограниченно диффузного.

- условно № 4. На левую теменно-затылочную область имело место воздействие твердого тупого предмета без четких идентифицирующих признаков с действием травмирующей силы слева направо и сзади наперед, что подтверждается наличием кровоизлияния в области воздействия.

- условно № 5. На проекцию вершины лямбдовидного шва имело место воздействие твердого тупого предмета без четких идентифицирующих признаков с действием травмирующей силы сзади наперед и снизу вверх, с прогибанием костей черепа в этой области. Вывод подтверждается характером краев ушибленной раны в зоне воздействия (дугообразная выпуклостью вверх рана, горизонтально ориентированная со скошенным верхним и подрытым нижним краями), наличием линейного перелома затылочной кости с деформацией сжатия наружной костной пластинки в области воздействия.

Возможно, что воздействия на голову, указанные под условными номерами № 2 и №5 возникли одновременно в результате сдавления головы между тупыми предметами навстречу друг другу.

Помимо вышеописанных повреждений обнаружены поверхностные множественные резанные раны лобной области, данные раны находятся на фоне ссадин, возникли либо одновременно, либо в короткий промежуток времени со ссадинами и возникли от действия твердого тупого предмета с острой гранью.

Перелом костей таза является локальным и возник в результате воздействие твердого тупого предмета без четких идентифицирующих признаков с действием травмирующей силы спереди назад и слева направо на верхнее полукольцо, что привело к разгибательной деформации лонной и седалищной костей и их многооскольчатым переломом. Вывод подтверждается наличием деформации сжатия в краях перелома по наружной костной пластинке и разрывом по задней.

Кровоизлияния в Ахиллово сухожилие с обеих сторон, выполнение кровью полостей голеностопных суставов перелом задней лодыжки справа, повреждения обеих коленных суставов, позволяют предположить, что в момент травмы стопы были фиксированы и, правая стопа смещалась по отношению к голени сзади наперед.

Совокупность, механизм образования и локализация телесных повреждений позволяют предположить, что они могли возникнуть при обстоятельствах дела, указанных в постановлении.

4. Для ответа на вопросы - «В каком положении находился Т. по отношению к травмирующей силе?», «Имел ли место переезд тела?», необходимо изучение материалов дела, в том числе схемы места происшествия и описание повреждений на автомобилях.

5. При судебно-химическом исследовании в крови обнаружен этиловый спирт, концентрация которого может соответствовать средней степени алкогольного опьянения по аналогии с живыми лицами.

Задача № 3. **УК-1  УК-2  ПК-5  ПК-10**

ОБСТОЯТЕЛЬСТВА ДЕЛА. В постановлении о назначении судебно-медицинской экспертизы указано, что «04.12.2007 г. В 02 час. водитель А., управляя а/м «Хонда Партнер», двигалась по ул. Мира, со стороны ул. Ленина, в сторону ул. Сурикова г. К…... В 300 м. от д. 1 по ул. Диксона, допустила наезд на препятствие, в результате чего, пассажир Н., 1970 г.р. получил телесные повреждения, от которых 13.12.2007 г. в 13 час. 45 мин. скончался в отделении реанимации ГБ №0».

Представлено объяснение А., 1976 г.р. от 14.12.07г. «04.12.2007г. в ночное время я находилась вместе со своим знакомым Н., он управлял личным а/м Хонда. … Там А. употреблял спиртные напитки, … Н. сел на переднее пассажирское сиденье рядом со мной. Был ли он пристегнут ремнем безопасности, я не помню, скорее всего нет, я также не была пристегнута. Когда мы выехали на ул. Игарская, я двигалась со скоростью около 40 км/ч ближе к правой крайней полосе движения. Когда мы спускались в районе изгиба по ул. Игарская, в районе д. 1 по ул. Диксона, Нилов неожиданно вспомнил, что оставил свои документы в гостях, откуда мы недавно уехали. В этот момент он резко дернул руль в свою сторону. А/м резко повело в левую сторону, я потеряла управление, после чего а/м стало крутить по дороге, в результате а/м правым боком ударился об бетонное ограждение. Сработали подушки безопасности, возможно в этот момент я потеряла сознание … Машина при этом стояла возле столба уличного освещения, передняя ее часть была разбита об этот столб. …».

Представлен акт судебно-медицинского исследования от 16.01.08г. Представлена медицинская карта стационарного больного из ГКБ № 6 на имя Н., 1970 г.р., который 4.12.07 в 3-00 бригадой скорой помощи был доставлен в НХО-1 с нарушением сознания. При поступлении состояние больного крайне тяжелое. Кожные покровы бледные, прохладные на ощупь. Дыхание спонтанное, выслушиваются крупнопузырчатые хрипы. ЧДД 20 в минуту. Пульс 70 в минуту. АД 140/100 мм.рт.ст. Живот умеренно напряжен, участвует в акте дыхания. Печень по краю реберной дуги. Селезенка не пальпируется. Сознание нарушено по типу кома 2. Зрачки равны, средней величины, Фотореакции нет. Сухожильные рефлексы коленные не вызываются. Мышечный тонус понижен. Ригидность мышц затылка до 2 п.п. симптом Кернига 160°. Патологические стопные знаки не вызываются. В области подбородка имеется рвано-ушибленная рана длиной до 2,5 см, умеренно кровоточит. Данных за отоназоликворрею нет. При рентгенологическом исследовании № 25577 от 04.12.07г. травматических изменений шейного отдела позвоночника, таза, левой стопы, свода черепа не выявлено. больной осмотрен хирургом. Операции: 1) 04.12.07г. Лапароцентез. Патологического отделяемого не получено. Осмотрен стоматологом, произведена операция ПХО раны подбородка. Больной осмотрен реаниматологом и транспортирован в отделение реанимации. При ЭХО-ЭС от 4.12.07г. отмечается смещение м-эхо справа налево в средне-задних отделах на 5-6 мм, дополнительные сигналы в передних отделах и в средне-задних, больше справа, м-эхо выводится с трудом. 7.12 общее состояние крайней тяжести, сознание кома 2-3. зрачки равны, без реакции на свет. Атония, арефлексия. Дыхание АИВЛ. ЧСС 65-72 в минуту. АД 160/100 мм.рт.ст. Живот мягкий, не вздут, реакции на пальпацию нет. 9.12.07 состояние больного крайне тяжелое, терминальное, кома 3, ИВЛ, атония, арефлексия. При ЭХО-ЭС от 10.12.07 смещение м-эхо справа налево в средне-задних отделах на 1 мм, дополнительные сигналы в передних отделах, где м-эхо вывести не удалось, слева в средне-задних, справа в задних и немного справа в средних. 11.12 состояние больного крайне тяжелое. Сознание нарушено по типу кома 3, атония, арефлексия. 13.12 состояние больного терминальное, кома 3, атония, арефлексия, зрачки широкие, равны. Периферический кровоток снижен. АД 70/40 мм.рт.ст. Пульс 80 в минуту. 13.12.07 в 13-45 на фоне длительного терминального состояния наступила остановка сердечной деятельности. Реанимационные мероприятия не проводились. Констатирована смерть больного. ПОСМЕРТНЫЙ ДИАГНОЗ. Сочетанная травма. Краниоспинальная травма. Ушиб головного мозга тяжелой степени, … ушиб ствола головного мозга, перелом основания черепа. Тупая травма живота и грудной клетки. Осложнения. Отек и дислокация ствола головного мозга. Операции: 1) 04.12.07г. Лапароцентез. 2) 04.12.07г. ПХО раны подбородка. Алкоголь – в крови 2,03 промилле, в моче 2,54 промилле.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Данные анализов | | | | |
| Параметры  дата | 4.12 | 7.12 | 10.12 | 12.12 |
| эритроциты | 4,43 | 5,4 | 5,07 | 4,32 |
| Цветной п. | 0,95 | 0,97 | 0,97 | 0,93 |
| гемоглобин | 141 | 174 | 165 | 136 |
| тромбоциты | 208 | 195 | 134 | 7,8 |
| Гематокрит | 39,6 | 50,2 | 45,4 | 40 |
| лейкоциты | 11,6 | 13,8 | 11,5 | 5,1 |
| эозинофилы |  |  | 1 |  |
| миелоциты | 1 |  |  |  |
| палочкоядерные | 12 |  | 17 |  |
| сегментоядерные | 82 |  | 66 |  |
| лимфоциты | 3 |  | 11 |  |
| моноциты | 2 |  | 5 |  |
| Дегенеративные изменения нейтрофилов | + |  | + |  |
| Анизоцитоз | + |  |  |  |
| Полихромазия | + |  |  |  |
| РОЭ | 6 |  | 45 |  |
| Амилаза | 97 | 103 |  |  |
| мочевина | 5,1 | 11,4 | 5,7 | 5,6 |
| Билирубин общ. | 12,4 | 9,9 | 7,5 | 7,5 |
| Прямой | 4,9 | 2,5 | 2,5 | 2,5 |
| непрямой | 7,5 | 7,4 | 5,0 | 5,0 |
| Белок крови | 55,2 | 72,3 | 69,6 | 51,3 |
| Калий | 3,5 | 3,6 | 4,8 | 3,4 |
| Натрий | 148 | 152 | 148 | 170 |
| Сахар | 6,0 | 7,5 | 5,4 | 7,0 |
| Уд. вес мочи | 1005 | 1010 | 1012 | м/м |
| Белок мочи |  |  | 133 | 560 |
| Лейкоциты мочи | 1-2 | 1-2 | 3-7 | 4-6 |
| Эритроциты мочи |  | 0-1 | 5-8 | 1-3 |
| Сахар мочи | 2,7 |  |  |  |

НАРУЖНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ. Труп мужчины, доставлен без одежды, среднего телосложения, правильного удовлетворительного питания, длиной тела 180 см. Кожа бледно-серая, холодная на ощупь во всех отделах, в отлогих местах тела сливные, фиолетовые, не исчезающие и не меняющие цвет при надавливании трупные пятна. Трупное окоченение достаточно выражено во всех обычно исследуемых группах мышц. Склеры глаз мутные, тусклые, суховаты, кровоизлияний в соединительные оболочки глаз не отмечается, зрачки равновелики по 0,4 см диаметром. Голова правильной формы, кости черепа и лицевого скелета на ощупь целы. Грудная клетка цилиндрическая, эластичная, упругая, ребра на ощупь целы. Живот на одном уровне с грудной клеткой. Естественные отверстия тела и полости рта и носоглотки свободны, чистые. Слизистая оболочка губ синюшная, подсохшая. Анальное отверстие сомкнуто, кожа вокруг него чистая. Половые органы развиты правильно. Кости конечностей целы. ПОВРЕЖДЕНИЯ. Зеленовато-синюшный кровоподтек по всей тыльной поверхности левой стопы. Аналогичный кровоподтек по подошвенной поверхности правой стопы диаметром 5 см. По наружной поверхности нижней трети левой голени вертикальный кровоподтек 12х5 см. Каких-либо других повреждений, кроме следов медицинских манипуляций, при исследовании не обнаружено. При проведении воздушной пробы – воздух из плевральных полостей и полостей сердца не получен. При проведении судебно-медицинского исследования трупа использовались: кожные разрезы по методу Шора. ВНУТРЕННЕЕ ИССЛЕДОВАНИЕ Извлечение органокомплекса произведено по методу Шора, с распилом ребер спереди. Череп вскрывался угловым распилом. Доступ к спинному мозгу осуществлялся сзади по методу Медведева. Масса органов.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Масса | № 354 | норма |
| Мозг | 1500 | До 1400 |
| Легкое правое | 900 | 450 |
| левое | 850 | 375 |
| Сердце | 310 | 200-400 |
| Печень | 1700 | 1200-2000 |
| Селезенка | 90 | 80-180 |
| Почки обе | 290 | 275-310 |
| Правая/Левая | 150/140 |  |

ПОЛОСТЬ ЧЕРЕПА. Головной мозг исследовался методом Вирхова. Справа в височной области прокрашивание кровью мышц. Кости свода и основания черепа целы, линий перелома не выявлено. Твердая мозговая оболочка напряжена, серо-перламутрового цвета, блестящая, в синусах ее темная жидкая кровь в большом количестве. Справа, по наружной поверхности лобной, теменной и височной долей - темно-вишневая гематома объемом 100 мл, состоящая из блестящих, эластичных свертков крови. Справа по наружной поверхности заднего отдела лобной с переходом на теменную долю, на участке диаметром 12 см диффузные темно-красные кровоизлияния, наиболее интенсивные в глубине борозд. На вершине центральной борозды справа - разрыв мягких мозговых оболочек длиной 2 см с торчащим сосудом. Мягкие мозговые оболочки в остальных отделах тонкие, прозрачные с полнокровными сосудами, походу которых рассеянные точечные субарахноидальные кровоизлияния в глубине борозд. Борозды мозга сглажены, извилины уплощены, на миндаликах мозжечка кольцевидная с диффузными субарахноидальными кровоизлияниями полоса вдавления от краев большого затылочного отверстия. Головной мозг дряблый, выполняет все резервные пространства, на разрезах с четкой границей серого и белого вещества и мраморным рисунком подкорковых ядер. Поверхности разрезов тускловаты, липнут к лезвию ножа. Желудочки мозга симметричны, обычного объема, эпендима их бледно-серая, блестящая, влажная, в полостях желудочков следы прозрачной соломенного цвета жидкости. Сосудистые сплетения обычного вида, полнокровны. Стволовые отделы мозга и полушария мозжечка расползаются под пальцами. ОРГАНЫ ШЕИ, ГРУДНОЙ И БРЮШНОЙ ПОЛОСТЕЙ: язык синюшный, влажный, обложен серовато-желтым, не снимающимся налетом. Слизистые оболочки носоглотки синюшные, влажные, блестящие. В мягких тканях шеи повреждений и кровоизлияний не обнаружено. В плевральных полостях следы прозрачной жидкости, легкие выполняют 3/4 полостей, с блестящей, гладкой и влажной плеврой. Органы брюшной полости расположены анатомически правильно, в полости следы прозрачной жидкости соломенного цвета. Листки брюшины гладкие, влажные, блестящие. Просвет пищевода свободен, слизистая его бледно-серая, продольно складчатая. Вход и просвет гортани свободен, слизистая оболочка ее бледно-серая. Подъязычная кость и хрящи гортани целы, в мягких тканях ее повреждений не обнаружено. Просвет трахеи и главных бронхов свободен, хрящи трахеи целы. Щитовидная железа обычных размеров, с равновеликими долями, плотно-эластичная, темно-коричневая, на разрезе полнокровна, дольчатого строения. Аорта эластична, со следами жидкой крови в просвете и рассеянными липидными пятнами в интиме. Легкие синюшные в передних и темно-синюшные в задних отделах, неравномерно уплотнены, на разрезах пестрые, выбухающие темно-красно-серые очаги чередуются с западающими красными. Над поверхностями разрезов выступают бронхи в виде «гусиных перьев». Слизистые оболочки воздухо-проводящих путей светло-розовые, набухшие. Бифуркационные лимфоузлы располагаются в виде пакетов диаметром от 1 до 2 см, эластичные, не спаянные между собой и с окружающими тканями, темно-синюшные, на разрезах сочные, с обычным рисунком. В полости перикарда следы прозрачной жидкости, листки его гладкие, влажные, блестящие. Сердце дрябло-эластичное, 11х10х9 см, с избыточным отложением жира под эпикардом. В полостях сердца немного жидкой темной крови с мелкими единичными темно-вишневыми свертками. Миокард розовато-синюшный, эластичный, неравномерного кровенаполнения. Толщина стенки правого желудочка 0,3 см, левого 1,2 см. Клапанный и пристеночный эндокард тонкий, прозрачный, клапаны сформированы правильно. Коронарные артерии с тонкими стенками, пустым просветом. Желудок пустой, содержимое кишечника отделам соответствует, слизистые оболочки желудочно-кишечного тракта бледно-серые. Мезентериальные лимфоузлы располагаются раздельно, диаметр их не более 1 см, эластичны. Печень 24х18х16х13 см, плотно-эластичная, коричневая с поверхности и на разрезах, полнокровная, со смазанным рисунком долек. Просвет внепеченочных желчевыводящих путей свободно проходим. Поджелудочная железа обычных размеров, плотно-эластичная, бледно-серая, на разрезах – дольчатого строения. Селезенка 8х7х3 см, эластичная, синюшная, на разрезах без соскоба. Надпочечники листовидной формы, обычных размеров, на разрезах граница слоев четкая. Почки равновелики, 11х6х5 см, дрябло-эластичные. Капсула сползает при надрезе, обнажая ровную поверхность. По краю разреза паренхима наползает на капсулу. На разрезах корковый слой - синюшный, с темно-красным крапом и подчеркнутым рисунком, мозговой слой также с подчеркнутым рисунком, граница слоев отчетливо выражена с полнокровием юкстагломерулярной зоны. Слизистые оболочки лоханок и чашечек бледно-синюшные, гладкие, блестящие, просвет их свободен. Мочеточники проходимы на всем протяжении, с бледно-серой слизистой. Мочевой пузырь пуст, слизистая оболочка его складчатая, бледно-серая, уретра свободно проходима. ПОЗВОНОЧНИК И СПИННОЙ МОЗГ: при ревизии позвоночного столба множественные кровоизлияния в связки 1-2 шейных позвонков. Эпидуральные пространства свободны, субдурально - ликвор прокрашен кровью, твердая мозговая оболочка напряжена, бледно-серая, блестящая, мягкие мозговые оболочки тонкие, прозрачные, спинной мозг дряблый, на разрезах обычного рисунка. Из трупа для судебно-гистологического исследования взяты кусочки внутренних органов на патоморфологические изменения. В качестве вещественного доказательства кровь на марле.

А К Т Судебно-гистологического исследования

Судебно-медицинским экспертом, произведено исследование кусочков внутренних органов от трупа Н., 1970 г.р. ЗАКЛЮЧЕНИЕ Головной мозг – очаги ушиба в виде субарахноидальных, распространяющихся на кору головного мозга кровоизлияний с частичным гемолизом эритроцитов и лейкоцитарной инфильтрацией по периферии. В стволовых отделах мозга стаз крови в сосудах и некроз белого вещества. В легких – внутриальвеолярный отек, гнойная бронхопневмония.

Вопросы:

1.Судебно-медицинский диагноз?

2.Осложнение?

3.Время наступления смерти?

4.Локализация повреждений?

5.Был ли в состоянии алкогольного опьянения?

Эталон:

1.Закрытая черепно-мозговая травма – субдуральная гематома справа, по наружной поверхности лобной, теменной и височной долей объемом 100 мл, диффузные темно-красные кровоизлияния справа по наружной поверхности заднего отдела лобной с переходом на теменную долю, разрыв мягких мозговых оболочек вершине центральной борозды справа.

2.Осложнения: отек и набухание головного мозга с дислокацией и некрозом стволовых отделов; двусторонняя гнойная бронхопневмония, отек легких; венозное полнокровие внутренних органов.

3.Смерть наступила 13.12.07 в 13-45 в результате закрытой черепно-мозговой травмы с ушибом головного мозга, с разрывом мягкой мозговой оболочки в зоне ушиба и формированием субдуральной гематомы в зоне разрыва со сдавлением головного мозга и его вклинением в большое затылочное отверстие (см. диагноз и пункт 1).

4.Локализация повреждений головы – кровоизлияния в мягкие ткани головы справа, субарахноидальное кровоизлияние справа по наружной поверхности лобной и теменной долей, разрыв мягкой мозговой оболочки и сосуда в области правой центральной борозды, говорит, что травма является импрессионной и возникла от воздействия твердого тупого предмета на правую теменную область, с прогибанием в зоне воздействия свода черепа и ушибом головного мозга. Механизм черепно-мозговой травмы может соответствовать обстоятельствам дела, указанным в постановлении, в том числе травма могла возникнуть и при ударе правой стороной головы о выступающие части салона автомобиля.

5.При поступлении пострадавшего в стационар в крови обнаружен этиловый спирт, концентрация которого может соответствовать средней степени алкогольного опьянения по аналогии с живыми лицами.

Задача №4. **УК-1  УК-2  ПК-5  ПК-10**

ОБСТОЯТЕЛЬСТВА ДЕЛА. В постановлении о назначении судебно-медицинской экспертизы указано, что «26 декабря 2007 года водитель Б., управляя автомобилем, двигаясь по автодороге на мост напротив дома № 000 ул. Мира допустил наезд на пешехода В., в результате происшествия пешеход скончался в ГБ № 0 27.12.2007 года. По материалу ДТП было проведена судебно-медицинская экспертиза, в котором не указано о механизме ДТП».

ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКАЯ ЧАСТЬ.

Представлено заключение эксперта от 31.01.08г. Представлена медицинская карта стационарного больного из ГКБ № 0 на имя В., 1980 г.р., который 26.12.07 в 4-45 бригадой "скорой помощи" был доставлен в НХО-1 с нарушением сознания. Известно, что в 3-30 сбит автомобилем Шевроле на въезде на мост 777. При поступлении состояние тяжелое. Запах алкоголя изо рта есть. Кожные покровы бледные, сухие. Дыхание ИВЛ. Сердечные тоны глухие, ритмичные, частота сердечных сокращений 110/мин. Артериальное давление 70/40 мм.рт.ст. Живот не вздут, симметричен. Сознание глубокая кома. Парезов конечностей нет. Сухожильные рефлексы равны, низкие. Ригидности мышц затылка нет. Симптом Кернига 160°. При ЭХО-ЭС множество дополнительных сигналов, смещения м-эхо не выявлено. 2 ушибленные раны бровной области слева 1х4 см и 1х3 см, кровоточат. Из носовых ходов геморрагическое отделяемое, симптом «двойного пятна» сомнителен. При рентгенологическом исследовании от 26.12.07 явных травматических изменений костей свода черепа, таза не выявлено; определяется перелом оскольчатый верхней трети, средней трети левой голени; ИВЛ в трахее, справа в прикорневой зоне небольшое … пневмотизации, возможно за счет гиповентиляции, ушиба легкого; видимая костная суставная система без видимой патологии. Операции: 1) 26.12.07 первичная хирургическая обработка ран. Больной осмотрен хирургом. 2) 26.12.07 Лапароцентез. Получена темно-красная кровь. 3) 26.12.07 Лапаротомия, ревизия органов брюшной полости, ушивание разрыва брыжейки тонкой кишки, разрыва печени, дренирование брюшной полости. Произведена верхнесрединная лапаротомия. В брюшной полости до 200 мл крови со сгустками, осушена. При ревизии в области корня брыжейки тонкой кишки обнаружен разрыв 1,5х1 см незначительно кровоточащий., ушит. В области ворот печени имеются разрывы 1х0,5 см и 0,5х0,5 см, ушиты. По забрюшинному пространству множественные гематомы, напряженные, не кровоточат. Другой патологии не выявлено. В области ворот печени установлен дренаж через правое подреберье. После операции больной переведен в отделение реанимации. Несмотря на проводимое лечение, состояние больного с отрицательной динамикой. 27.12.07 в 5-30 наступила остановка сердечной деятельности, реанимационные мероприятия не проводились, констатирована смерть больного. ПОСМЕРТНЫЙ ДИАГНОЗ. Сочетанная травма тяжелой степени. Открытая черепно-мозговая травма. ушиб головного мозга тяжелой степени со сдавлением, перелом костей свода и основания черепа. краниоспинальная травма. тупая травма живота, разрыв печени, брыжейки тонкой кишки, тупая травма грудной клетки, ушиб легкого. Перелом левой голени. Состояние после операции. Осложнения. Травматический шок 3-4. Отек и дислокация ствола головного мозга. Операции: 1) 26.12.07 первичная хирургическая обработка ран. 2) 26.12.07 Лапароцентез. 3) 26.12.07 Лапаротомия, ревизия органов брюшной полости, ушивание разрыва брыжейки тонкой кишки, разрыва печени, дренирование брюшной полости. Алкоголь – данных нет.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Данные анализов | | | | |
| Параметры  дата | 26.12 | 26.12 | 27.12 |  |
| Эритроциты | 3,7 | 1,87 |  |  |
| Цветной п. | 1,05 | 0,9 |  |  |
| Гемоглобин | 131 | 54 |  |  |
| Тромбоциты | 201 | 114 |  |  |
| гематокрит |  | 16,6 |  |  |
| лейкоциты | 11,8 | 5,0 |  |  |
| базофилы | 1 |  |  |  |
| палочкоядерные | 11 | 20 |  |  |
| сегментоядерные | 74 | 67 |  |  |
| лимфоциты | 12 | 10 |  |  |
| моноциты | 2 | 3 |  |  |
| Дегенеративные изменения нейтрофилов |  | + |  |  |
| Анизоцитоз |  | + |  |  |
| РОЭ | 3 | 8 |  |  |
| Амилаза | 524 |  |  |  |
| мочевина | 9,1 | 7,3 |  |  |
| Билирубин общ. | 7,5 | 9,9 |  |  |
| Прямой | 2,5 | 2,5 |  |  |
| непрямой | 5,0 | 7,4 |  |  |
| Белок крови | 58,1 | 48,3 |  |  |
| Калий | 2,9 | 4,6 |  |  |
| Натрий | 135 | 160 |  |  |
| Сахар | 16,6 | 7,2 |  |  |
| Уд. вес мочи | 1016 |  | 1003 |  |
| Белок мочи | 3300 |  | 110 |  |
| Лейкоциты мочи | 01-2 |  | Ед |  |
| Эритроциты мочи | Бол.кол |  | 9-14-10 |  |
| Сахар мочи |  |  | 7,6 |  |

НАРУЖНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ. Труп мужчины, доставлен без одежды, среднего телосложения, удовлетворительного питания, длиной тела 180 см. Кожа бледно-серая, холодная на ощупь во всех отделах, в отлогих местах тела сливные, фиолетовые, не исчезающие и не меняющие цвет при надавливании трупные пятна. Трупное окоченение достаточно выражено во всех обычно исследуемых группах мышц. Склеры глаз мутные, тусклые, суховаты, кровоизлияний в соединительные оболочки глаз не отмечается, зрачки равновелики по 0,5 см диаметром. Голова правильной формы. Грудная клетка цилиндрическая, эластичная, упругая, ребра на ощупь целы. Живот на одном уровне с грудной клеткой. Естественные отверстия тела и полости рта и носоглотки свободны, чистые. Слизистая оболочка губ синюшная, подсохшая. Анальное отверстие сомкнуто. Половые органы развиты правильно. ПОВРЕЖДЕНИЯ. Многооскольчатый перелом костей спинки носа. Слева в лобной области с переходом на верхнее веко ссадина 6х8 см. На фоне ссадины 2 вертикально ориентированные ушитые раны, одна от внутреннего края левого глаза длиной 5 см, другая по центру влево левой брови вверх длиной 2 см. На переносице, крыльях и кончике носа ссадина 4х3 см. Багрово-синюшные кровоподтеки вокруг глаз. Слева в проекции большого вертела в 88 от см от уровня стоп ссадина диаметром 6 см. Выше ее на 8 см овальная горизонтальная ссадина 3,5х1,5 см. Патологическая подвижность левой голени. По внутренней поверхности левого голеностопа с переходом на голень в 11 от см от уровня стоп вертикальная ссадина 5х0,8 см. По передней поверхности левой голени в 30 см от см от уровня стоп вертикально ориентированная поверхностная рана 6,5х1,8 см со слущиванием кожи справа налево. Розовый кровоподтек диаметром 5 см по передней поверхности левого колена. Справа по передневнутренней поверхности голени в 31 см от см от уровня стоп вертикальная ссадина 6х0,7 см со слущиванием эпидермиса справа налево. В 41 см от см от уровня стоп по передненаружной поверхности правой голени ссадина в виде английской буквы «V» острым углом кзади вверх со сторонами длиной - правой 2,5 см, левой 1,2 см и шириной лучей 0,3 см. В 51 см от см от уровня стоп по передненаружной поверхности правого коленного сустава ссадина диаметром 2 см. Выше ее на 1 см линейная ссадина горизонтально ориентированная длиной 1,5 см и на ее лини на 1 см кпереди – ссадина длиной 2,5 см. По внутренней поверхности правого голеностопа 2 округлых зеленовато-желтых кровоподтека 2 и 1,5 см в диаметре. Множественные ссадины по тыльной поверхности левого указательного пальца. Все ссадины однотипны – покрыты сухой бурой коркой, на одном уровне с поверхностью кожи. При послойных разрезах справа – кровоизлияния в подкожную клетчатку по передней поверхности голени в 28 см от уровня стоп, распространяющееся на коленный сустав на участке 25х6 см с множественными кровоизлияниями в связки коленного сустава с выполнением его полости кровью. По передней поверхности бедра в 60 см от см от уровня стоп кровоизлияние в клетчатку и мышцы на участке 32х10 см. Слева - инфильтрация кровью мягких тканей всей передней, наружной и внутренней поверхностей голени, начиная от голеностопа. Многофрагментарный перелом большеберцовой кости, состоящий из 4х костных отломков. Нижний перелом в 20 см от уровня стоп с образованием треугольного фрагмента с основанием по ребру кости со сколами компакта по ребру наружной поверхности и разрывом по задней поверхности. Второй перелом в 31 см от см от уровня стоп, косопоперечный, плоскость перелома ориентирована спереди назад и сверху вниз со сколом компакта по передним линиям. Малоберцовая кость справа с многооскольчатым переломом верхнего эпифиза. Множественные кровоизлияния в связки левого коленного сустава выполнением крови коленного сустава. На животе постоперационный серединный лапаторотомный разрез длиной 20 см. В обоих подвздошный областях постоперационные разрезы. При проведении воздушной пробы – воздух из плевральных полостей и полостей сердца не получен. При проведении судебно-медицинского исследования трупа использовались: кожные разрезы по методу Шора и Христофорова. ВНУТРЕННЕЕ ИССЛЕДОВАНИЕ. Извлечение органокомплекса произведено по методу Шора, с распилом ребер спереди. Череп вскрывался угловым распилом. Доступ к спинному мозгу осуществлялся сзади по методу Медведева. Масса органов.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Масса |  | норма |
| Мозг | 1650 | До 1400 |
| Легкое правое | 790 | 450 |
| левое | 760 | 375 |
| Сердце | 290 | 200-400 |
| Печень | 1600 | 1200-2000 |
| Селезенка | 90 | 80-180 |
| Почки обе | 300 | 275-310 |
| Правая/Левая | 150/150 |  |

ПОЛОСТЬ ЧЕРЕПА. В лобной области на участке 10х10 см по передней поверхности сплошное кровоизлияние в кожу с отслоением мягких тканей, многооскольчатый перелом решетчатой кости с распространением лини перелома на крышу основной пазухи. Субдурально по всем отделам мозга прокрашивание кровью твердой мозговой оболочки и множественные субарахноидальные кровоизлияния не более 0,5 см диаметром в глубине борозд. Множественные точечные кровоизлияния в веществе ножек мозга. Борозды мозга сглажены, извилины уплощены, на миндаликах мозжечка кольцевидная с диффузными субарахноидальными кровоизлияниями полоса вдавления шириной 0,5 см от краев большого затылочного. Головной мозг дряблый, выполняет все резервные пространства, на разрезах с четкой границей серого и белого вещества и мраморным рисунком подкорковых ядер. Поверхности разрезов тускловаты, липнут к лезвию ножа. Желудочки мозга симметричны, обычного объема, эпендима их бледно-серая, блестящая, влажная, в полостях желудочков следы прозрачной соломенного цвета жидкости. Сосудистые сплетения обычного вида, полнокровны. ОРГАНЫ ШЕИ, ГРУДНОЙ И БРЮШНОЙ ПОЛОСТЕЙ: При ревизии грудной клетки - сгибательный перелом правого 10 ребра по костно-хрящевому сочленению. Справа в прикорневой зоне легкого кровоизлияние темно-вишневого цвета 8 см диаметром, вокруг долевых бронхов. При ревизии органов брюшной полости инфильтрация кровью забрюшинной клетчатки и клетчатки малого таза на участке 25х22 см. Множественные кровоизлияния в диафрагму с обеих сторон. По нижней поверхности правой доли печени, справа от желчного пузыря, ушитый участок размозжения ткани печени диаметром 8 см. Инфильтрация кровью брыжейки всей тонкой кишки. Сплошные кровоизлияния в головке поджелудочной железы. В области корня брыжейки тонкой кишки хирургический шов длиной 1 см. Инфильтрирующие кровоизлияния в жировой клетчатке вокруг правого надпочечника, распространяющиеся на надпочечник. Язык синюшный, влажный, обложен серовато-желтым, не снимающимся налетом. Слизистые оболочки носоглотки синюшные, влажные, блестящие. В мягких тканях шеи повреждений и кровоизлияний не обнаружено. В плевральных полостях следы прозрачной жидкости, легкие выполняют 2/3 полостей, с блестящей, гладкой и влажной плеврой. Органы брюшной полости расположены анатомически правильно, в полости следы покрашенной кровью прозрачной жидкости цвета. Листки брюшины гладкие, влажные, блестящие. Просвет пищевода свободен, слизистая его бледно-серая, продольно складчатая. Вход и просвет гортани свободен, слизистая оболочка ее бледно-серая. Подъязычная кость и хрящи гортани целы, в мягких тканях ее повреждений не обнаружено. Просвет трахеи и главных бронхов свободен, хрящи трахеи целы. Щитовидная железа обычных размеров, с равновеликими долями, плотно-эластичная, темно-коричневая, на разрезе полнокровна, дольчатого строения. Аорта эластична, со следами жидкой крови в просвете, гладкой, бледно-желтой интимой. Под висцеральной плеврой, особенно, в прикорневых отделах легких и по базальным поверхностям, множественные точечные кровоизлияния. Легкие темно-синюшные, равномерно уплотнены, на разрезах темно-красные с обычным рисунком, полнокровны. Слизистые оболочки воздухо-проводящих путей светло-розовые, набухшие. Бифуркационные лимфоузлы диаметром от 1 до 2 см, эластичные, не спаянные между собой и с окружающими тканями, темно-синюшные, на разрезах сочные, с обычным рисунком. В полости перикарда следы прозрачной жидкости, листки его гладкие, влажные, блестящие. Сердце эластичное, 11х10х9 см. В полостях сердца следы жидкой крови. Миокард розовато-синюшный, эластичный, неравномерного кровенаполнения. Толщина стенки правого желудочка 0,3 см, левого 1,2 см. Клапанный и пристеночный эндокард тонкий, прозрачный, клапаны сформированы правильно. Коронарные артерии с тонкими стенками, пустым просветом. В желудке - 2 литра полупереваренных пищевых масс, содержимое кишечника отделам соответствует, слизистые оболочки желудочно-кишечного тракта бледно-серые. Мезентериальные лимфоузлы располагаются раздельно, диаметр их не более 1 см, эластичны. Печень 24х17х14х10 см, эластичная, коричневая с поверхности и на разрезах, полнокровная, с четким рисунком долек. Просвет внепеченочных желчевыводящих путей свободно проходим. Поджелудочная железа обычных размеров, плотно-эластичная, бледно-серая, на разрезах – дольчатого строения. Селезенка 8х4х3 см, эластичная, синюшная с морщинистой капсулой, на разрезах без соскоба, темно-красная. Надпочечник слева листовидной формы, обычных размеров, на разрезах граница слоев четкая. Почки равновелики, 11х6х5 см, эластичные. Капсула снимается легко, обнажая ровную поверхность. На разрезах корковый слой - синюшный, с темно-красным крапом и подчеркнутым рисунком, мозговой слой также с подчеркнутым рисунком, граница слоев отчетливо выражена. Слизистые оболочки лоханок и чашечек бледно-синюшные, гладкие, блестящие, просвет их свободен. Мочеточники проходимы на всем протяжении, с бледно-серой слизистой. Мочевой пузырь со 150 мл прозрачной мочи, слизистая оболочка его складчатая, бледно-серая, уретра свободно проходима. ПОЗВОНОЧНИК И СПИННОЙ МОЗГ: при ревизии позвоночного столба повреждений не обнаружено. Эпи- и субдуральные пространства свободны, твердая мозговая оболочка напряжена, бледно-серая, блестящая, мягкие мозговые оболочки тонкие, прозрачные, спинной мозг дряблый, на разрезах обычного рисунка. Из трупа для судебно-гистологического исследования взяты кусочки внутренних органов на патоморфологические изменения. Для судебно-химического исследования кровь и моча на наличие алкоголя. В качестве вещественного доказательства взята кровь на марле.

ДАННЫЕ ДОПОЛНИТЕЛЬНЫХ МЕТОДОВ ИССЛЕДОВАНИЯ. Представлен акт судебно-химического исследования от 29.12.07г. При судебно-химическом исследовании вещественных доказательств, изъятых при вскрытии трупа, этиловый спирт не обнаружен.

А К Т Судебно-гистологического исследования. Судебно-медицинским экспертом, произведено исследование кусочков внутренних органов от трупа В., 1980 г.р. ЗАКЛЮЧЕНИЕ. Легкие: в одном из кусочков дистелектаз, массивное паренхиматозное кровоизлияние с гемолизом эритроцитов, без перифокальной реакции. Выраженный внутриальвеолярный отек в неповрежденных отделах со стазом крови в сосудах микроциркуляции. В печени, правом надпочечнике и вокруг расположенной клетчатке – диффузные кровоизлияния с гемолизом эритроцитов, в надпочечнике – очаговые некрозы. Почки – малокровие капилляров клубочков, стаз крови в венах, очаговый некронефроз. Головной мозг – неравномерное кровенаполнение сосудов, очаговые субарахноидальные кровоизлияния, выраженный периваскулярный и перицеллюлярный отек, очаговая внеклеточная гипергидратация.

Вопросы:

1.Судебно-медицинский диагноз?

2.Осложнение?

3.Время наступления смерти?

4.Могла ли данная травма образоваться при указанных обстоятельствах?

5.Состояние опьянения?

Эталоны:

1. Сочетанная травма тела: а) открытая черепно-мозговая травма - множественные ссадины и ушибленные раны лица, кровоизлияние в кожу с отслоением мягких тканей в лобной области, многооскольчатый перелом костей спинки носа, многооскольчатый перелом решетчатой кости с распространением лини перелома на крышу основной пазухи, мелкие множественные рассеянные субарахноидальные кровоизлияния в глубине борозд, множественные точечные кровоизлияния в веществе ножек мозга; в) закрытая травма грудной клетки и живота - сгибательный перелом правого 10 ребра по костно-хрящевому сочленению, кровоизлияния в диафрагму, ушиб правого легкого, очаговые разрывы правой доли печени, кровоизлияния в правый надпочечник, разрыв корня брыжейки тонкой кишки, кровоизлияния в брыжейку тонкой кишки, кровоизлияния в головку поджелудочной железы; г) закрытый перелом костей левой голени, множественные ссадины нижних конечностей, кровоизлияния в связки обеих коленных суставов с двусторонними внутрисуставными гематомами.

2. Осложнения: травматический шок – точечные кровоизлияния под плевру и эпикард, мягкие мозговые оболочки, неравномерное кровенаполнение сосудов микроциркуляции внутренних органов, следы жидкой крови в полостях сердца и крупных сосудов, отек легких, отек и набухание головного мозга с дислокацией.

3.Смерть наступила 27.12.07 в 5-30 в результате сочетанной травмы с повреждениями костей черепа и головного мозга, органов брюшной полости, нижних конечностей и осложнившейся травматическим шоком. Вывод подтверждается обнаружением вышеописанных повреждений при экспертизе трупа (см. пункт 1) и наличием клинико-морфологической картины травматического шока.

4.Сочетанная травма, с учетом механизма повреждений и представленных материалов дела, могла образоваться, в том числе, при указанных обстоятельствах.

5.Данных за алкогольное опьянение, или иное опьянение пострадавшего при поступлении в стационар, в истории болезни не обнаружено.

Задача №5. **УК-1  УК-2  ПК-5  ПК-10**

ОБСТОЯТЕЛЬСТВА ДЕЛА. В направлении на судебно-медицинское исследование трупа не указаны.

Представлена медицинская карта стационарного больного из ГКБ № 6 на имя А., 1979 г.р., который 05.12.08г. в 7-40 бригадой "скорой помощи" был доставлен в ХО-2 в тяжелом состоянии. Со слов врача "скорой помощи" 5.12.08 в 7-10 упал с 5-го этажа своей квартиры. При поступлении состояние больного крайней степени тяжести. Сознание оглушение 3, контакту недоступен. Кожные покровы бледные. Симптом «12 ребра» отрицательный с обеих сторон. В проекции правого локтевого сустава имеется рана 4х2 см с неровными краями, умеренно кровоточит. Грудная клетка правильной формы, правая половина несколько отстает в акте дыхания. Справа по задне-подмышечной линии в проекции 5 ребра имеется рваная рана 3х2 см с неровными краями, умеренно кровоточит. В проекции 7-10 ребер множественные ссадины. В проекции 5-8 ребер справа по задне-подмышечной линии определяется хруст, крепитация. в легких дыхание проводится по всем полям, справа ослаблено в нижних отделах. Пульс 120 в минуту. АД 60/0 мм.рт.ст. Запах алкоголя изо рта не определяется. Язык суховат, обложен белым налетом. Живот не вздут, симметричен, участвует в акте дыхания ограничено. При пальпации напряжен, болезненный во всех отделах. Симптомы раздражения брюшины сомнительны. Печеночная тупость сохранена. Селезенка не пальпируется. В отлогих местах живота определяется притупление перкуторного звука. Перистальтика выслушивается активная. С диагностической целью больному показана операция Лапароцентез. Получена кровь. Больному произведена операция: Лапаротомия, ревизия органов брюшной полости, ушивание разрыва печени, нефрэктомия справа, резекция участка тонкой кишки с наложением энтероэнтероанастомоза бок в бок, дренирование брюшной полости. Произведена верхнесрединная лапаротомия. В брюшной полости около 2,5 л крови со сгустками. Брюшная полость осушена. На диафрагмальной поверхности печени в проекции 7 сегмента имеется разрыв 1х0,5 см глубиной до 0,5 см, умеренно кровоточит. В проекции 7, 8 сегментов имеются множественные разрывы капсулы до 3 см, диффузно кровоточат. Вышеописанный разрыв ушит, гемостаз. На диафрагмальную поверхность печени на разрывы капсулы наложена салфетка, смоченная … В проекции правой почки имеется гематома, напряжения мало, распространяется до крыла подвздошной кости. в операционную приглашен уролог. При ревизии определяется линейный разрыв до 2 см в среднем сегменте с повреждением почечной вены, обильно кровоточит. Решено провести нефрэктомию. Выделен мочеточник, пересечен, перевязан кетгутом. Произведена нефрэктомия. Осмотрена селезенка – повреждений не найдено. В проекции нижнего полюса селезенки имеется забрюшинная гематома 10х5 см, не напряженная. Осмотрена левая почка – повреждений не найдено. Осмотрена тонкая кишка – на расстоянии 20 см от илеоцикального угла имеется отрыв тонкой кишки от ее брыжейки на расстоянии 5 см, на расстоянии 20 см от вышеописанного разрыва брыжейки имеется аналогичный отрыв кишки от ее брыжейки продолжительностью 7 см. Произведена резекция поврежденного участка тонкой кишки с наложением энтероэнтероанастомоза бок в бок. В области илеоцикального угла имеется разрыв брыжейки тонкой кишки до 1 см, умеренно кровоточит, ушит. Осмотрены желудок, поджелудочная железа – повреждений нет. Осмотрена толстая кишка в области печеночного угла, имеется линейный разрыв длиной 5 см серозной оболочки, ушит. Осмотрена печень – определяется диффузное кровотечение из разрывов капсулы, кровь не сворачивается. Разрывы прошиты, кровотечение не останавливается, кровит из вколов. Решено затомпонировать место разрывов полотенцем, смоченным … и вывести его через отдельный контраппертурный разрез в правом подреберье, что и было сделано. Повторное кровотечение из разрывов печение около 2,5 л. Контроль на гемостаз и инородные тела. Брюшная полость дренирована перчаточными дренажами. Лапоротомная рана ушита. Во время проведения операции у больного держалась стойкая гипотония. Во время ушивания брюшной полости наступила остановка сердечной деятельности, реанимационные мероприятия в течение 30 минут без эффекта. 05.12.08 в 11-55 констатирована смерть больного.

ПОСМЕРТНЫЙ ДИАГНОЗ. Падение с высоты. Сочетанная травма. закрытая травма грудной клетки: перелом 5-8 ребер справа. Ушиб легкого? Рваная рана, множественные ссадины грудной клетки справа. Закрытая травма живота: разрыв печени, множественные разрывы брыжейки тонкой кишки с нарушением питания. Разрыв правой почки. закрытая черепно-мозговая травма, ушиб головного мозга. рваная рана области правого локтевого сустава. Геморрагический шок 4. ДВС-синдром.

Операции: 05.12.08г. Лапароцентез. 05.12.08г. Лапаротомия, ревизия органов брюшной полости, ушивание разрыва печени, нефрэктомия справа, резекция участка тонкой кишки с наложением энтероэнтероанастомоза бок в бок, дренирование брюшной полости.

Алкоголь – данных нет.

|  |  |
| --- | --- |
| Данные анализов | |
| Параметры  дата | 5.12 |
| Амилаза | 410 |
| мочевина | 6,5 |
| Билирубин общ. | 7,5 |
| Прямой | 2,5 |
| непрямой | 5,0 |
| Белок крови | 42,2 |
| Калий | 2,8 |
| Натрий | 153 |

НАРУЖНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ. Труп мужчины, доставлен без одежды, среднего телосложения, правильного питания, длиной тела 170 см. Кожа бледно-серая, холодная на ощупь во всех отделах, в отлогих местах тела сливные, фиолетовые, не исчезающие и не меняющие цвет при надавливании трупные пятна. Трупное окоченение достаточно выражено во всех обычно исследуемых группах мышц. Склеры глаз мутные, тусклые, суховаты, кровоизлияний в соединительные оболочки глаз не отмечается, зрачки равновелики по 0,4 см диаметром. Голова правильной формы, кости черепа и лицевого скелета на ощупь целы. Грудная клетка цилиндрическая. Живот на одном уровне с грудной клеткой. Естественные отверстия тела и полости рта и носоглотки свободны, чистые. Слизистая оболочка губ синюшная, подсохшая. Анальное отверстие сомкнуто. Половые органы развиты правильно. Кости конечностей целы.

ПОВРЕЖДЕНИЯ. Справа, по боковой поверхности грудной клетки, начинаясь от реберной дуги, на участке неправильно прямоугольной формы 22х18 см множественные вертикально ориентированные смыкающиеся между собой полосовидные параллельные ссадины длиной от 15 до 2 см, шириной от 0,1 до 0,5 см.

На фоне ссадин грудной клетки множественные, аналогично ориентированные, полосовидные дефекты кожи (поверхностные раны) длиной до 5 см, шириной от 0,3 до 2 см.

Аналогичного вида ссадины ориентированные горизонтально на участке 6х7 см по задней поверхности верхней трети правого плеча.

По задней поверхности в верхней трети правого предплечья полосовидные, вертикально ориентированные, ссадины на участке 4х4 см. По заднему краю данного участка вертикально ориентированная ушитая рана длиной 2 см, при рассечении швов глубиной на толщу кожи, с перемычками в глубине, щелевидная.

Справа по наружной поверхности ягодичной области и бедра, до нижней трети бедра, на участке 30х8 см – бледно-синего цвета кровоподтек с размытыми контурами и с наибольшей интенсивностью в ягодичной области.

На животе срединный ушитый 15 швами лапаротомный разрез.

В правом и левом подреберьях постоперационные разрезы.

Каких-либо иных повреждений при исследовании не обнаружено. При проведении воздушной пробы – воздух из левой плевральной полости и полостей сердца не получен, в правой плевральной полости воздух под давлением. При проведении судебно-медицинского исследования трупа использовались: кожные разрезы по методу Шора.

ВНУТРЕННЕЕ ИССЛЕДОВАНИЕ

Извлечение органокомплекса произведено по методу Шора, с распилом ребер спереди. Череп вскрывался угловым распилом.

Масса органов.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Масса |  | норма |
| Мозг | 1200 | До 1400 |
| Легкое правое | 300 | 450 |
| левое | 300 | 375 |
| Сердце | 290 | 200-400 |
| Печень | 1200 | 1200-2000 |
| Селезенка | 70 | 80-180 |
| Почки обе | - | 275-310 |
| Левая | 140 |  |

ПОЛОСТЬ ЧЕРЕПА. Кожно-мышечный лоскут головы блестящий, малокровный, без кровоизлияний и повреждений. Кости свода и основания черепа целы. Твердая мозговая оболочка напряжена, серо-перламутрового цвета, блестящая, в синусах ее темная жидкая кровь в большом количестве. Субдуральное пространство свободно. Мягкие мозговые оболочки тонкие, прозрачные с малокровными сосудами, походу которых рассеянные точечные субарахноидальные кровоизлияния в глубине борозд. Борозды мозга несколько сглажены, извилины слегка уплощены. На миндаликах мозжечка кольцевидная полоса вдавления от краев большого затылочного отверстия, шириной 0,3 см, без губовидного выпячивания вещества мозга внутри кольца и без кровоизлияний. Головной мозг дрябло-эластичный, на разрезах с четкой границей серого и белого вещества и мраморным рисунком подкорковых ядер. Поверхности разрезов тускловаты, липнут к лезвию ножа. Желудочки мозга симметричны, обычного объема, эпендима их бледно-серая, блестящая, влажная, в полостях желудочков следы прозрачной соломенного цвета жидкости. Сосудистые сплетения обычного вида, малокровны.

ОРГАНЫ ШЕИ, ГРУДНОЙ И БРЮШНОЙ ПОЛОСТЕЙ: При ревизии грудной клетки справа сгибательный полный поперечный перелом с 3 ребра по задней подмышечной линии со сколами компактной пластинки по внутренней линии перелома, по наружной - край перелома отвесный, ровный. Остальные ребра справа и слева целы.

При ревизии остальных костей скелета - полный поперечный разрыв симфиза, с инфильтрацией кровью мягких тканей малого таза и инфильтрирующими кровоизлияниями в связки крестцово-подвздошного сочленения с обеих сторон.

Со стороны плевральной полости в проекции 1-5 ребер кровоизлияние под париетальную плевру.

При ревизии плевральных полостей справа 200 мл темной жидкой крови, линейный разрыв длиной 5 см, глубиной 3 см на соединении нижней и средней долей правого легкого. Инфильтрация кровью легочной паренхимы в прикорневой зоне правого легкого. Оба легких спавшиеся прижатые к позвоночнику, безвоздушные, малокровные. Справа главный и долевые бронхи выполнены прокрашенной кровью слизью.

Листки брюшины гладкие, влажные, блестящие. При ревизии органов брюшной полости правая почка отсутствует, ее ножка перевязана швами, которые состоятельны. В клетчатке вокруг левой почки множественные, смыкающиеся между собой темно-красные кровоизлияния. В правой доле печени, по боковой поверхности, множественные ушитые, параллельные, дугообразные, выпуклостью вправо, вертикальные разрывы паренхимы и капсулы длиной до 10 см, глубиной до 1,5 см. Инфильтрация кровью забрюшинной клетчатки вокруг поджелудочной железы и вокруг селезенки.

Осмотрена тонкая кишка – на расстоянии 20 см от илеоцекального угла энтероэнтероанастомоз бок в бок, швы состоятельны. В области илеоцекального угла ушитый разрыв брыжейки тонкой кишки 1 см длиной, швы состоятельны. Ревизия толстой кишки - в области печеночного угла ушитый линейный поперечный разрыв длиной 5 см, швы состоятельны.

Язык синюшный, влажный, обложен серовато-желтым, не снимающимся налетом. Слизистые оболочки носоглотки синюшные, влажные, блестящие. В мягких тканях шеи повреждений и кровоизлияний не обнаружено.

Просвет пищевода свободен, слизистая его бледно-серая, продольно складчатая.

Вход и просвет гортани свободен, слизистая оболочка ее бледно-серая. Подъязычная кость и хрящи гортани целы, в мягких тканях ее повреждений не обнаружено.

Просвет трахеи свободен, хрящи трахеи целы.

Щитовидная железа обычных размеров, с равновеликими долями, плотно-эластичная, темно-коричневая, на разрезе малокровна, дольчатого строения.

Аорта эластична, со следами жидкой крови в просвете т гладкой бледно-желтой интимой.

Слизистые оболочки воздухо-проводящих путей светло-серые. Бифуркационные лимфоузлы располагаются в виде пакетов диаметром от 1 до 2 см, эластичные, не спаянные между собой и с окружающими тканями, темно-синюшные, на разрезах сочные, с обычным рисунком. В полости перикарда следы прозрачной жидкости, листки его гладкие, влажные, блестящие. Сердце эластичное, 11х10х9 см. Полости сердца пустые. Миокард розовато-синюшный, эластичный, малокровен. Толщина стенки правого желудочка 0,3 см, левого 1,2 см. Клапанный и пристеночный эндокард тонкий, прозрачный, клапаны сформированы правильно. Под эндокардом левого желудочка полосчатые темно-красные кровоизлияния. Коронарные артерии с тонкими стенками, пустым просветом. Желудок пустой, содержимое кишечника отделам соответствует, слизистые оболочки желудочно-кишечного тракта бледно-серые. Мезентериальные лимфоузлы располагаются раздельно, диаметр их не более 1 см, эластичны. Печень 24х16х12х10 см, плотно-эластичная, бледно-коричневая с поверхности и на разрезах, малокровная, со смазанным рисунком долек. Просвет внепеченочных желчевыводящих путей свободно проходим. Поджелудочная железа обычных размеров, плотно-эластичная, бледно-серая, на разрезах – дольчатого строения. Селезенка 6х4х3 см, с морщинистой капсулой, малокровна, на разрезах без соскоба. Надпочечники листовидной формы, обычных размеров, на разрезах граница слоев четкая. Левая почка 9х6х5 см, дрябло-эластичная. Капсула сползает при надрезе, обнажая ровную поверхность. По краю разреза паренхима наползает на капсулу. На разрезах корковый и мозговой слои резко малокровны с четкой границей. Слизистые оболочки лоханок и чашечек бледно-синюшные, гладкие, блестящие, просвет их свободен. Мочеточники проходимы на всем протяжении, с бледно-серой слизистой. Мочевой пузырь пуст, слизистая оболочка его складчатая, бледно-серая, уретра свободно проходима.

Из трупа для судебно-гистологического исследования взяты кусочки внутренних органов на патоморфологические изменения. Кровь и мочевой пузырь на судебно-химическое исследование для определения алкоголя. Кровь на биологию.

ДАННЫЕ ДОПОЛНИТЕЛЬНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ.

1. Представлен акт судебно-химического исследования от 16.12.08г. При судебно-химическом исследовании вещественных доказательств, изъятых при вскрытии трупа, обнаружен этиловый спирт в концентрации: в крови 1,7 промилле, в фрагменте мочевого пузыря 1,4 промилле.

Вопросы:

1.Телесные повреждения?

2.Степень тяжести вреда здоровью?

3.Причина смерти?

4.механизм травмы?

5.Состояние алкогольного опьянения?

Эталон:

1.При судебно-медицинском исследовании трупа обнаружены следующие телесные повреждения: сочетанная травма тела - а) закрытая травма грудной клетки – ссадины и ушибленные раны правой половины грудной клетки, полный поперечный перелом с 3 ребра справа по задней подмышечной линии, линейный разрыв соединения нижней и средней долей правого легкого, инфильтрация кровью легочной паренхимы в прикорневой зоне правого легкого, правосторонний гемопневмоторакс - 200 мл; б) закрытая травма живота - разрывы правой почки, правой доли печени, инфильтрация кровью забрюшинной клетчатки вокруг поджелудочной железы и вокруг селезенки, разрывы тонкой и толстой кишок, кровоизлияния в клетчатке вокруг левой почки; в) перелом костей таза - кровоподтек справа по наружной поверхности ягодичной области и бедра, полный поперечный разрыв симфиза с инфильтрацией кровью мягких тканей малого таза и инфильтрирующими кровоизлияниями в связки крестцово-подвздошного сочленения с обеих сторон; г) ссадины по задней поверхности верхней трети правого плеча, по задней поверхности в верхней трети правого предплечья.

2.Обнаруженная при исследовании трупа сочетанная травма тела причинила вред, опасный для жизни человека и согласно пункту 4.а Правил определения степени тяжести вреда, причиненного здоровью человека (Постановление Правительства РФ от 17 августа 2007 г. N 522) и пункта 6.1. приказа МЗиСР РФ 194н от 24.04.2008.г., квалифицируется, как обусловившая тяжкий вред здоровью. Сочетанная травма тела имеет прямую причинную связь со смертью.

3.Смерть наступила в результате сочетанной травмы тела с повреждениями органов грудной и брюшной полостей (см. пункт 1), осложнившаяся травматически-геморрагическим шоком. Заключение подтверждается клинико-морфологической картиной, как описанной в карте стационарного больного, так и найденной на вскрытии (см. пункт 1).

4.Локализация наружных повреждений справа по боковой поверхности грудной клетки, на правой верхней и нижней конечности, повреждения внутренних органов справа (правая доля печени, правая почка, разрывы кишечника справа), с учетом данных карты стационарного больного (упал с 5-го этажа своей квартиры), позволяет предположить, что сочетанная травма возникла при падении пострадавшего со значительной высоты с приземлением на правую боковую поверхность туловища.

5.При судебно-химическом исследовании в крови пострадавшего обнаружен этиловый спирт, концентрация которого может соответствовать средней степени опьянения по аналогии с живыми лицами.

**6. Перечень практических умений**

- установить причину смерти;

- провести судебно-медицинское исследование трупа при различных видах насильственной смерти;

- определить степень тяжести телесных повреждений;

- установить причинно-следственную связь между повреждением и неблагоприятным исходом;

**7. Рекомендации по выполнению НИР**

Примерная тематика по НИР по теме - не предусмотрена

**8. Рекомендованная литература по теме занятия** (обязательная, дополнительная, электронные ресурсы, включая законодательные и **нормативно-правовые документы)**

**Занятие № 31**

**1.Индекс ОД.О.01.1.4.33 Тема: «Общие признаки механической асфиксии. Классификация видов механической асфиксии».**

**2. Форма организации занятия:** подготовка к практическому занятию.

**3. Перечень вопросов для самоподготовки по теме практического занятия**

1.ВОПРОС **УК-1 ПК-1 ПК-2 ПК-3 ПК-5 ПК-7 ПК-8 ПК-9 ПК-10**

Что следует понимать под термином асфиксия и когда она возникает?

ОТВЕТ: Под асфиксией вообще понимают состояние организма, когда в нем наряду с недостатком кислорода накапливается углекислота. Термин асфиксия, хотя и не является точным, широко распространен среди судебных медиков и юристов.

Кислородная недостаточность встречается часто при патологических состояниях, связанных с недостаточным поступлением кислорода и использованием его тканями. Это воспаления, отеки легких и бронхов, отеки и опухоли гортани, болезни крови. Такое состояние бывает и при некоторых видах насильственной смерти: отравлениях кровяными ядами, кровопотерях, электротравме.

Однако в судебной медицине большое значение имеет асфиксия вследствие механических факторов. Смерть от этого вида по количеству уступает только механической травме и стоит на втором месте.

2.ВОПРОС **УК-1 ПК-1 ПК-2 ПК-3 ПК-5 ПК-7 ПК-8 ПК-9 ПК-10**

Каковы клинические проявления при асфиксии?

ОТВЕТ: Асфиксия быстро вызывает расстройство здоровья человека, которое приводит к нарушению кровообращения, повышению артериального давления, ослаблению сердечных сокращений, и как следствие — к кислородному голоданию центральной нервной системы. В прижизненном развитии асфиксии выделяют 5 периодов, продолжающихся 5—8 минут. Клинически это выражается в усиленных глубоких дыхательных движениях (вдохах), при которых организм пытается компенсировать, недостаток кислорода. При этом резко расширяется грудная клетка, что затрудняет переход крови в артерии и кровь, переполняя правую половину сердца, переходит в венозную систему. Уже к концу первой минуты наступает помрачение и потеря сознания, синюшность и одутловатость лица, мышечная слабость. Затем преобладают выдыхательные движения, нарастает мышечная слабость, наступает полная потеря сознания, появляются судороги, непроизвольное выделение мочи, кала, семенной жидкости, затем кратковременная остановка дыхания, полное падение кровяного давления, терминальные беспорядочные дыхательные движения и полная остановка дыхания.

Если человек переживает асфиксическое состояние, то у него возникает ряд осложнений, влияющих на функции ЦНС, сердечной деятельности, органов дыхания,-появляются боли в области сдавления, а при длительной асфиксии — потеря памяти, судороги.

Все эти функциональные изменения приводят к общим морфологическим признакам асфиксии, которые выявляются уже при наружном осмотре и наблюдаются при разных ее видах, независимо насильственной или ненасильственной была смерть. Собственно, эти признаки возникают при любой быстро наступившей смерти. Тем не менее, они нацеливают эксперта на дальнейшее исследование.

3.ВОПРОС **УК-1 ПК-1 ПК-2 ПК-3 ПК-5 ПК-7 ПК-8 ПК-9 ПК-10**

Какие признаки свидетельствуют о смерти вследствие асфиксии?

ОТВЕТ: При осмотре трупа на месте его обнаружения и в морге обращают внимание на признаки, которые наблюдаются при асфиксии и другой быстрой смерти.

Мелкоточечные кровоизлияния в соединительную оболочку глаз, которые видны при вы-ворачивании верхнего и нижнего века. Реже такие кровоизлияния, особенно при длительно протекающих периодах асфиксии, бывают на лице, шее, груди.

Синюшность (цианоз) лица, что сопровождается и одутловатостью. Не следует учитывать этот признак, если труп лежит лицом вниз.

Разлитые обильные темно-фиолетовые трупные пятна из-за жидкого состояния и венозного характера крови.

Следы непроизвольного выделения мочи, кала, спермы. При внутреннем исследовании имеют значение:

Темная жидкая кровь, что объясняется поглощенным из нее кислородом другими еще живущими тканями.

Переполнение кровью правой половины сердца по сравнению с левой, иногда пустой.

Полнокровие всех внутренних органов, кроме селезенки, которая бывает даже малокровной.

Точечные кровоизлияния темно-красного цвета с синюшным оттенком под плеврой легких, под эпикардом сердца, а иногда и в других серозных оболочках. Эти кровоизлияния объясняют сильным внутрикапиллярным давлением и нарушением проницаемости сосудистых стенок. По автору» описавшему этот признак, их называют пятна Тардье.

Наружные и внутренние признаки не всегда полностью выражены и имеют значение лишь в совокупности.

5.ВОПРОС **УК-1 ПК-1 ПК-2 ПК-3 ПК-5 ПК-7 ПК-8 ПК-9 ПК-10**

Каковы виды механической асфиксии?

ОТВЕТ: В зависимости от механизма возникновения различают следующие виды механической асфиксии:

Асфиксия от сдавления, которая делится на странгуляционную и компрессионную. К первой относят повешение, удавление шеи петлей и удавление руками. Компрессионная асфиксия возникает от сжатия груди или живота, либо вместе — груди и живота.

Асфиксия от закрытия делится на обтураци-онную и аспирационную. Обтурационная приводит к закрытию отверстий рта и носа, либо закупорке дыхательных путей инородными телами.

Асфиксия от утопления теоретически бывает только при отдельных ее типах.

Наконец, встречается асфиксия в замкнутом пространстве. Нередко это касается детей, которые забираются, например, в отключенный холодильник, особенно с механической защелкой двери и через 10 минут кислород воздуха в этом пространстве замещается выдыхаемом углекислом газом. Это случается и при помещении всего ребенка или только его головы в полиэтиленовый пакет.

Частота наступления различных видов механической асфиксии различна. Повешение составляет более, чем 60%, утопление около 30% всех случаев.

**4. Самоконтроль по тестовым заданиям данной темы** АСФИКСИЯ БУКВАЛЬНО ПЕРЕВОДИТСЯ КАК

ПК-5

1) острое кислородное голодание

2) остановка кровообращения

3) остановка дыхания

4) отсутствие пульса

5) смерть мозга

Правильный ответ: 4

1. ПРОЦЕСС РАЗВИТИЯ АСФИКСИИ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

ПК-5

1) повышением концентрации кислорода в тканях

2) накоплением азотной кислоты в тканях

3) появлением карбоксигемоглобина

4) снижением концентрации кислорода в тканях

5) гематурией

Правильный ответ: 4

1. ВИДЫ КОМПРЕССИОННОЙ МЕХАНИЧЕСКОЙ АСФИКСИИ

ПК-5

1) удавление руками

2) закрытие отверстий рта и носа

3) удавление петлей

4) утопление в воде

5) сдавление грудной клетки и живота

Правильный ответ: 5

1. СТРАНГУЛЯЦИОННАЯ БОРОЗДА ПРИ УДАВЛЕНИИ ПЕТЛЕЙ ЧАЩЕ БЫВАЕТ

ПК-5

1) косовосходящей

2) незамкнутой

3) неравномерно вдавленной

4) нисходящей

5) равномерно вдавленной, замкнутой

Правильный ответ: 5

1. КОСОВОСХОДЯЩАЯ СТРАНГУЛЯЦИОННАЯ БОРОЗДА В ВЕРХНЕЙ ТРЕТИ ШЕИ ХАРАКТЕРНА ДЛЯ

ПК-5

1) повешения

2) удавления петлей

3) удавление руками

4) компрессионной асфиксии

5) удавления твердым тупым предметом

Правильный ответ: 1

1. ПРОБА БОКАРИУСА (ИЗУЧЕНИЕ ФРАГМЕНТА КОЖИ ИЗ ОБЛАСТИ СТРАНГУЛЯЦИОННОЙ БОРОЗДЫ В ПРОХОДЯЩЕМ СВЕТЕ) ПРОВОДИТСЯ ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ

ПК-5

1) типа утопления

2) обстоятельств происшествия

3) вида материала петли

4) прижизненности (посмертности) странгуляционной борозды

5) давности смерти

Правильный ответ: 4

1. ПРИ КОМПРЕССИОННОЙ АСФИКСИИ ОТ СДАВЛЕНИЯ ОРГАНОВ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ И ЖИВОТА ОТМЕЧАЕТСЯ

ПК-5

1) снижение гликогена

2) повышение мочевины

3) бледно-розовый цвет трупных пятен

4) карминовый отек легких

5) желтые свертки крови в полостях сердца и сосудах

Правильный ответ: 4

1. НАДРЫВЫ ИНТИМЫ ОБЩИХ СОННЫХ АРТЕРИЙ (ПРИЗНАК АМЮССА) ВОЗНИКАЮТ ПРИ

ПК-5

1) повешении в петле

2) удавлении петлей

3) удавлении руками

4) компрессионной асфиксии от сдавления груди

5) компрессионной асфиксии от сдавления живота

Правильный ответ: 1

1. АСФИКТИЧЕСКИЙ ПРОЦЕСС ЗАВЕРШАЕТСЯ СМЕРТЬЮ В ТЕЧЕНИЕ

ПК-5

1) 1-2 минут

2) 4-6 минут

2) 8-10 минут

3) 10-15 минут

5) 30 минут

Правильный ответ: 2

1. КЛИНИЧЕСКАЯ ФОРМА КИСЛОРОДНОГО ГОЛОДАНИЯ

ПК-5

1) постоянная

2) молниеносная

3) возрастная

4) острая

5) старческая

Правильный ответ: 4

**5.Самоконтроль по ситуационным задачам**

Задача №1. **УК-1 ПК-1 ПК-2 ПК-3 ПК-5 ПК-7 ПК-8 ПК-9 ПК-10**

ОБСТОЯТЕЛЬСТВА ДЕЛА: в постановлении указано, что «07.10.2010г. около 11 часов из ОМ №5 УВД по г. К поступило сообщение о смерти в Краевой клинической больнице (ГДКБ) г. Красноярска гр. Ш., 1997г.р. Для установления причины смерти необходимы специальные познания в области медицины».

Представлена история болезни на имя гр. Ш., согласно которой время поступления в клинику 23.09.2010. в 18:15.

Из анамнеза: 28.08.2010г. ребенок получил травму – ударилась гортанью о железную трубу. После получения травмы возникла осиплость голоса, боли в горле и кровохарканье. Находилась на амбулаторном лечении с диагнозом травма гортани. Из посмертного эпикриза - 6.09.10. обратилась к доктору в ККБ №1. Была диагностирована гематома и девочка направлена к ЛОР-хирургу в ККБ № 1. ЛОР-хирург направил на КТ в НИИ проблем Севера – 6.09.10. сделано КТ гортани и надгортанника, повреждений не обнаружено. Лечение амбулаторное С 17.09. одышка, кашель. Лечение амбулаторное. 22.09. температура тела 37,5 градусов С, наросла одышка, доставлена с/п в ДСО ГБ № 0. В ДСО сделана ингаляция. Лечение амбулаторное.

При поступлении в стационар запись приемного покоя в виде компьютерного шаблона: состояние расценено как средней тяжести, t- 37,5, ЧСС – 90, ЧД – 28-30, остальная информация не может быть использована из-за некорректных отметок-подчеркиваний (зачеркиваний?). Диагноз приемного покоя – ОРВИ, круп 2 степени, субкомпенсированный. Травма гортани?

24.09.2010. состояние ближе к тяжелому, вялая, плохой аппетит, одышка инспираторная, при увеличении нагрузки с западением эпигастрия. Температура в подмышечной впадине 37 градусов С.

25.09.10. состояние тяжелое, дыхание шумноватое в покое, при небольшой физической нагрузке шумное с втяжением податливых мест грудной клетки, затруднен преимущественно вдох, удлинен выдох. Голос сиплый, говорит шепотом, кашель болезненный, глухой, непродуктивный.

26.09.10. осмотрена врачом-ЛОР - диагноз: Тупая травма гортани, осложненная 2 ст. посттравматическим парезом.

27.09.10. осмотр проф., которая в заключении отмечает тяжелое состояние, шумное дыхание в покое, затрудненный вдох и удлиненный выдох, участие в акте дыхания вспомогательной мускулатуры, нарастающую дыхательную недостаточность, отсутствие положительной динамики, неинфекционную природу стеноза гортани и рекомендует наблюдение и обследование в специализированном ЛОР-отделении с проведением прямой ларингоскопии. Требуется экстренный перевод в ЛОР-отделение с диагнозом тупая травма шеи, осложненная посттравматическим парезом гортани.

27.09.10. рентгенография грудной клетки – данных за пневмонию нет.

27.09.10. осмотр ЛОР-отделением МУЗ ГДБ № 0 – произведена прямая ларингоскопия. Жалобы на затруднение вдоха, одышка, афония. Прямая ларингоскопия - … гортани.. … г. складки … просвет голосовой щели … в нижних отделах отек с …. Диагноз: посттравматический стеноз гортани, трахеи? Парез голосовых складок. Ребенку необходима …бронхоларинготрахеоскопия… В переводе в ЛОР-отделение отказано.

При осмотрах 27.09.10. и 28.09.10. состояние прежнее.

29.09.10. Фиброларингоскопия. Отмечается отечность слизистой в области черпало-…. складок с обеих сторон… срединное… при дальнейшем продвижении… просвет до - цифры исправлены, ниже просвета … отечность слизистой, проведение осмотра подсвязочного пространства не представляется возможным из-за механического … и несоответствия диаметра дистальной части эндоскопа 0,5 просвету голосовой щели, что свидетельствует о возможном стенозе подсвязочного пространства за счет … Заключение: у ребенка тяжелое механическое препятствие потоку воздуха на уровне голосовой щели, подсвязочного пространства, возможно трахеи. Рекомендовано: для уточнения локализации, характера … процесса в гортани и верхних отделах трахеи необходимо проведение КТ … (при диагностике рубцовых изменений в гортани и трахее необходимо наложение срединной трахеостомии). Следующая запись: 29.09.10. в переводе в больницу для проведения интубации и трахеостомии отказано.

В дневниковых записях по 5.10.10. состояние прежнее, тяжелое с той же клиникой дыхательной недостаточности, с участием в акте дыхания вспомогательной мускулатуры и смешанной одышкой. С 24.09. по 5.10. ЧДД колеблется от 20 до 30 в мин.. 1.10 сделана КТ гортани, закл.: Парез гортани, можно думать о перихондрите черпаловидного, перстневидного и щитовидного хрящей.

5.10. в 1 час. 30 мин. состояние ребенка ухудшилось, наросла дыхательная недостаточность, усилились явления обструкции. По телефону зав. реанимационным отделением ГКДБ № 0 рекомендовано проведение коникотомии под местной анестезией. Учитывая отсутствие выездной бригады ЛОР-врачей, созвонились с сан. авиацией, отправлен врач для поведения местной анестезии и при необходимости вентиляции. В 14 час. 30 мин. проведена ингаляция с увлажненным кислородом, состояние несколько улучшилось и было решено провести коникотомию с последующим наложением трахеостомии. В 9-10 час. был приглашен зав. отд. ЛОР и доцент.

В 11 час. 30 мин. 5.10.10. к.м.н. доцент … на момент осмотра состояние крайне тяжелое, дыхание шумное, слышно на расстоянии. В акте дыхания участвует вспомогательная мускулатура (втяжение эпигастральной области, межреберных промежутков, подключичных ямок, яремной вырезки). Кожные покровы с землистым оттенком, цианоз губ и носогубного треугольника, ЧДД – 46 в мин., ЧСС – 140 в мин. Состояние расценено, как критическое, учитывая угрозу асфиксии решено безотлагательно провести коникотомию с интубацией … с последующей трахеостомией, т.к. интубация через естественные дыхательные пути невозможны из-за сужения подсвязочного пространства до 0,3 см (\*см. ФЛБС). Трахеостомию под местной анестезией в условиях тяжелой гипоксии опасна,… Решено произвести экстренное вскрытие дыхательных путей.

5.10.10. в 12 час. 30 мин. Коникотомия, ларинготомия. … произведена попытка рассечения конической связки между перстневидным и щитовидным хрящом… При вскрытии конической связки дыхание резко ухудшилось. Заинтубировать дыхательные пути через разрез не удалось из-за узости межхрящевого пространства. Сразу по средней линии вскрыта гортань, рассечены щитовидный и перстневидный хрящи. В гортань введена интубационная трубка № 4, с усилием, т.к. подсвязочное пространство резко сужено. Дыхание через интубационную трубку неадекватно. Произведена попытка введение интубационной трубки № 6 с манжеткой. Трубка введена с усилием. Адекватной вентиляции не было. Вновь введена трубка № 4. При этом появилась эмфизема лица, шеи, грудной клетки до ключиц. В ходе операции из-за неадекватного дыхания через интубационную трубку начаты реанимационные мероприятия в ходе которых из мягких тканей шеи наблюдалось выраженное кровотечение, остановленное наложением кровоостанавливающих зажимов. Реанимационные мероприятия прекращены в 13 час. 45 мин в связи с отсутствием эффекта.

Посмертный диагноз: посттравматический срединный стеноз гортани и подсвязочного пространства 3-4 степени, в стадии субкомпенсации с угрозой декомпенсации. Операции. Коникотомия, ларинготомия.

Осложнения: острая асфиксия, сердечно-сосудистая недостаточность, не исключается пневмомедиастинум.

НАРУЖНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ: Доставлена без одежды. Длина тела 152см. Правильного телосложения, удовлетворительного питания. Кожа бледно-серая. Трупные пятна интенсивные в обеих частях тела. Синюшность ногтей. На шее пропитанная кровью марлевая повязка. Голова правильной формы. Кости черепа на ощупь целы. Трупное окоченение хорошо выражено во всех обычно исследуемых группах мышц. Склера глаз блестящие, зрачки равновелики, по 0,6см диметром. Кровоизлияний в соединительнотканных оболочках глаз нет. Зубы сомкнуты, язык за линией зубов. В полости рта прокрашенная кровью жидкость и аналогичная жидкость в левом носовом ходе. Голова правильной формы, кости черепа и лицевого скелета на ощупь целы. При пальпации кожи в верхних отделах грудной клетки крепитация. Грудная клетка упругая, ребра на ощупь целы. Живот на одном уровне с грудной клеткой напряжен. Половые органы развиты правильно по женскому типу, без каких-либо повреждений, девственная плева цела. Повреждений по ходу сфинктера не обнаружено. Кости конечностей целы.

Повреждения: По передней поверхности шеи от межключичной ямки и до верхнего края щитовидного хряща по средней линии постоперационный щелевидный разрез, 7,5х3см, в глубине разреза разрез гортани перстневидного и щитовидного хрящей по средней линии длиной 3,5см. В проекции 7-го ребра, между среднеключичной и передне-подмышечной линии горизонтальный с зеленоватым оттенком полосовидный кровоподтек, размером 4х1см. Розовато-синюшный кровоподтек, диаметром 2,5 см в левом подреберье, на 1 см ниже середины края реберной дуги. Каких-либо иных повреждений при исследовании не обнаружено.

При проведении судебно-медицинского исследования трупа использовались: кожные разрезы по методу Медведева.

ВНУТРЕННЕЕ ИССЛЕДОВАНИЕ

Извлечение органокомплекса произведено по методу Шора, Ребра рассечены спереди. Удалена грудина. Череп вскрывался угловым распилом. Доступ к спинному мозгу осуществлялся сзади по методу Медведева.

При послойной отсепаровке кожи – подкожная эмфизема на грудной клетке распространяется с обеих сторон по передней поверхности до 4-го межреберья. При проведении воздушной пробы справа из плевральной полости выходит значительное количество воздуха под давлением, слева воздух не получен. При проведении воздушной пробы – воздух из полостей сердца не получен. При ревизии мягких тканей шеи кровоизлияния в подкожной клетчатке в области операционной раны в ее же проекции кровоизлияния во внутренние края грудино-ключично-сосцевидных мышц. В боковой и задней поверхности гортани справа и слева пропитывание кровью мягких тканей до позвоночника с коричневым оттенком.

Отмечаются резко спавшиеся выполняющие не более трети полостей оба легких и выражена буллезная эмфизема средостения. При ревизии легких буллезная эмфизема с разрывами плевры справа в прикорневой зоне легких. Уровень стояния диафрагмы – 5-е межреберье с обеих сторон. Листья плевры гладкие, влажные, блестящие. Печень не выступает из-под края реберной дуги. По боковым поверхностям печени - субкапсулярное полосовидное горизонтально ориентированное кровоизлияние через все доли печени, шириной 1,4см, соответствующие месту прикрепления диафрагмы. При ревизии шеи отмечается пропитывание кровью шейных лимфоузлов. При осмотре повреждений видимых глазом не выявлено.

С обеих сторон блуждающий нерв вместе с бифуркацией сонных артерий взят на гистологическое исследование.

При отсепаровке гортани и трахеи кровоизлияние с коричневым оттенком в мягкие ткани до позвоночного столба, начиная с 3-го шейного позвонка по 7-ой шейный. Между 5 и 6 шейными позвонками на уровне межпозвоночного диска полосчатое с коричневым оттенком кровоизлияние в переднюю прямую связку, ориентированное горизонтально до уровня поперечных отростков с каждой стороны. При ревизии - по передней стенке пищевода на уровне нижней части середины перстневидного хряща, по средней линии вертикальный дефект с незначительно пропитанными кровью краями, длиной 1 см, сообщающийся с просветом гортани через ниже описанный дефект. Кровоизлияния в краях дефекта слабо выраженные. По задней стенке от нижнего края гортани и до средней трети трахеи щелевидный дефект ориентированный вертикально длиной 5 см, шириной 0,3 в условном центре и сходящийся не нет к концам. Края дефекта ровные, слегка дугообразны, выпуклостью кнаружи, концы острые. Пищевод отслоен, как на уровне указанного дефекта, так и ниже до бифуркации трахеи с образованием между трахеей и пищеводом полости, в которую свободно входит мизинец на глубину до бифуркации, размеры полости около 11х3 см, более точно измерить не представляется возможным из-за рассечения ее краев при ревизии. Далее свободно входит только зонд, до прикорневой зоны левого легкого, конец зонда определяется в параортальной клетчатке. Стенки образованной полости тусклые с коричневым оттенком, пропитаны кровью с очагами студневидного отека и наличием коричневого цвета кровоизлияний. Стенки трахеи до бифуркации по задней поверхности пропитаны кровью. При детальной ревизии краев описанного дефекта трахеи пропитывание из коричневой кровью, края дефекта шероховаты. Гортань вместе с трахеей до бифуркации целиком изъяты на гистологическое исследование, не рассекаясь, что бы избежать артефактов. Отмечается пропитывание в коричневый цвет мягких тканей по ходу левого главного бронха. Слизистая оболочка гортани осмотренная через операционный разрез и описанный дефект задней стенки розовая, без повреждений.

Просвет воздухо-проводящих путей с уровня бифуркации выполнен темно-вишневыми плотно-эластичными смешанными свертками крови. Кровь с ржавым оттенком полулизированная.

Правое легкое 110 гр., левое легкое 115 гр. Легкие тестоватые, при поперечных разрезах отмечается выполнение смешанными плотными, с коричневым оттенком, свертками крови воздухопроводящих путей до сегментарных бронхов. Легкие розовые с поверхности и на разрезах, с множественными точечными и мелкоочаговыми субплевральными кровоизлияниями, распространяющимися на паренхиму, но не более 1 см от плевры. В сосудах легких жидкая крови в большом количестве. Поверхность разрезов суховата.

В полости перикарда следы прозрачной жидкости, листки его гладкие, влажные, блестящие. Сердце размером 10х7х6 см, массой 150 гр. Эластичное на ощупь, в полостях сердца следы темной жидкой крови. Под эндокардом в межжелудочковой перегородке и сосочковых мышц левого желудочка множественные мелкоочаговые кровоизлияния. Толщина стенки левого желудочка 1,2 м, правого 0,3 см. Миокард неравномерного кровенаполнения, эластичный с наиболее выраженным кровенаполнением на уровне антриовентрикулярного угла. Клапаны и сосуды сформированы правильно. Клапанный и пристеночный эндокард тонкий, прозрачный. Коронарные артерии с тонкими стенками, пустым просветом.

Желудок заполнен воздухом. Содержимое кишечника отделам соответствует, слизистые оболочки желудочно-кишечного тракта бледно-серые. Мезентериальные лимфоузлы располагаются раздельно, диаметр их не более 1 см, эластичны. Поджелудочная железа обычных размеров, розовая, дольчатая. Печень коричневая, 21х13х7,5х6 см, массой 750г р., на разрезах полнокровна с обычным рисунком. Фрагмент печени с желчным пузырем взят на судебно-химическое исследование. Селезенка 10,5х7х2,5 см, дрябло-эластичная, массой 70гр., на разрезах без соскоба, темно-красная. Надпочечники листовидной формы, с ясными различимыми слоями. Почки равновеликие, почки 10х5х3 см каждая, массой по 200 гр. Почки на разрезе с четко различимыми краями, шунтирование сосудов в обоих слоях, гладкая поверхность под капсулой. Правая почка изъята на судебно-химическое исследование. Мочеточники проходимы, мочевой пузырь пустой.

ПОЛОСТЬ ЧЕРЕПА: кожно-мышечный лоскут головы блестящий, полнокровный, без кровоизлияний и повреждений. Кости свода и основания черепа целы. Твердая мозговая оболочка напряжена, серо-перламутрового цвета, блестящая, в синусах ее темная жидкая кровь в большом количестве. Субдуральное пространство свободно. Мягкие мозговые оболочки тонкие, прозрачные с полнокровными сосудами, по ходу которых рассеянные точечные субарахноидальные кровоизлияния в глубине борозд. Головной мозг массой 1250гр. Борозды мозга несколько сглажены, извилины слегка уплощены. На миндаликах мозжечка кольцевидная полоса вдавления от краев большого затылочного отверстия, шириной 0,3 см, без губовидного выпячивания вещества мозга внутри кольца и без кровоизлияний. Головной мозг дрябло-эластичный, на разрезах с четкой границей серого и белого вещества и мраморным рисунком подкорковых ядер. Поверхности разрезов тускловаты, липнут к лезвию ножа. Желудочки мозга симметричны, обычного объема, эпендима их бледно-серая, блестящая, влажная, в полостях желудочков следы прозрачной соломенного цвета жидкости. Сосудистые сплетения обычного вида, полнокровны.

ПОЗВОНОЧНИК И СПИННОЙ МОЗГ: При ревизии шейного отдела кровоизлияний в межостистых связках глазом не выявлено. При ревизии связок шейно-затылочной области отмечается наличие полосчатых, вертикально ориентированных коричневых кровоизлияний в небольшом количестве в задней атлантозатылочной мембране. Доступ к спинному мозгу осуществлялся методом Медведева. С надпиливаем дужек с последующим перекусыванием надпила реберными щипцами. На уровне 2-3-го шейного позвонков по переднебоковым поверхностям эпидуральных пространств, распространяясь на рукава межпозвоночных отверстий кровоизлияния в эпидуральную клетчатку с легким коричневым оттенком. В задней прямой связке полосчатое кровоизлияние между 3-4 шейными позвонками. Справа пропитывание в коричневый цвет поперечных связок зубовидного отростка. Твердая мозговая оболочка напряжена, бледно-серая, блестящая, мягкие мозговые оболочки тонкие, прозрачные, спинной мозг дряблый, на разрезах обычного рисунка.

После фиксации в 10% нейтральном формалине гортань по средней линии рассечена сзади и осмотрена. Подъязычная кость и хрящи гортани вне разреза целы. Просвет гортани свободен, диаметр в самой узкой части не менее 1,0 см, повреждений слизистой оболочки не выявлено. При сведении краев задней стенки трахеи края дефекта на протяжении 1,5 см на уровне условного центра не совпадают из-за отсутствия ткани шириной 0,1 см на этом протяжении. Отмечается выраженная «ворсистость» краев. На гистологическое исследование изъят только правый край дефекта трахеи. Трахея и гортань оставлены в архиве в качестве макропрепарата.

Из трупа для судебно-гистологического исследования взяты кусочки внутренних органов на патоморфологические изменения. Детальная маркировка препаратов представлена в направлении на гистологическое исследование.

Для определения наркотических препаратов изъяты фрагмент печени с желчным пузырем, почка, селезенка.

Кровь и часть стенки мочевого пузыря изъяты для определения этилового алкоголя.

На вирусологическое исследование изъяты часть трахеи и легких.

ДАННЫЕ ДОПОЛНИТЕЛЬНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ.

1. Представлен акт судебно-химического исследования При судебно-химическом исследовании вещественных доказательств, изъятых при вскрытии трупа, обнаружены следы лидокаина. Наркотические препараты не выявлены.
2. Представлен акт судебно-химического исследования. При судебно-химическом исследовании вещественных доказательств, изъятых при вскрытии трупа, этиловый спирт не выявлен.
3. Представлен протокол лабораторных исследований секционного материала «Быстрая диагностика гриппа и других и других ОРВИ иммунофлуоресцентным методом» обнаружены антигены гриппа А, А(H1N1).
4. Представлен протокол лабораторных исследований секционного материала «Быстрая диагностика гриппа и других и других ОРВИ методом обратной транскрипции и полимеразной цепной реакции» не обнаружены РНК вируса гриппа .А/Н1-swine.
5. А К Т Судебно-гистологического исследования: произведено исследование кусочков внутренних органов от трупа Ш.
6. ЗАКЛЮЧЕНИЕ: Маркировка «а», 2 кусочка, верхняя треть пищевода. Строение границы верхней и средней трети пищевода, имеется как слой гладкомышечной ткани внутреннего продольного слоя, так и поперечно-полосатая - в наружном продольном. Эпителий многослойный плоский неороговевающий, утолщение Мальпигиева слоя, межклеточный отек с формированием пседоакантоза. В собственной пластинке слизистой и подслизистом слое выраженная мононуклеарная инфильтрация, активная пролиферация эндотелия сосудов с утолщением их стенки, пролиферация фибробластов. В мышечном слое межмышечное разрастание молодой соединительной ткани, множественные некрозы как отдельных мышечных волокон, так и всех слоев с пропитыванием мышечных волокон бурым пигментом. В части полей зрения мышечный слой сохранен фрагментарно среди молодой соединительной ткани в виде пучков, либо отдельных волокон, часть из которых с некротическими изменениями с сохранением только контуров мышц. В межмышечной соединительной ткани продуктивное воспаление, адвентиций не определяется, а в подлежащей клетчатке диффузные кровоизлияния, распространяющиеся на мышечный слой. Кровоизлияния состоят как из гемолизированых, так и неизмененных эритроцитов, большое выпадение внеклеточного гемосидерина. В части полей зрения в соединительной ткани, замещающей мышечный слой скопления гемосидерофагов.

Маркировка «б», 1 кусочек, средняя треть пищевода. Гистологическая картина в эпителии и собственной пластинке слизистой однотипна вышеописанной, в подслизистом слое менее выражено продуктивное воспаление, преобладает отек, оба слоя гладкомышечные с очагами продуктивного воспаления с некрозами в наружном продольном слое. Подлежащие ткани в срезе отсутствуют.

Маркировка «в», 3 кусочка, граница средней и верхней трети пищевода. Препараты низкого качества, толстые с воздушными пузырями. В полях зрения, доступных осмотру гистологическая картина полностью однотипна маркировке «а». Отмечается наличие гематом в подлежащей ткани, распространяющихся на частично некротизированный наружный мышечный слой, состоящего из хаотично расположенных пучков и отдельных мышечных волокон. Гематома состоит из гемолизированной крови с массивным выпадением гемосидерина.

Маркировка «г», 5 кусочков, трахея в области дефекта с окружающими тканями. Из 5 кусочков правильно сориентированный, проходящих через все слои трахеи только один срез, остальные – концевые участки кусочков. Слизистая оболочка отсутствует с выраженным продуктивным воспалением в собственной пластинке слизистой, в подслизистой основе указанное воспаление носит очаговый характер. В задней стенке некроз мышц, которые в крае дефекта расположены в виде фрагментов среди рыхлой соединительной ткани, не просматриваемой в поляризованном свете (с отсутствием формирования слоев) с полным отсутствием как сформированного слоя мышц, так и пучков. Диффузные кровоизлияния с частичным гемолизом эритроцитов в задней стенке трахеи и в подлежащих мягких тканях с внеклеточным выпадением гемосидерина. В фрагментарных кусочках – рыхлая соединительная ткани и жировая клетчатка с хаотично расположенными некротизированными мышечными волокнами и диффузными кровоизлияниями с гемолизом эритроцитов, внеклеточными скоплениями гемосидерина и мелкими скоплениями макрофагов, указать характеристики которых не представляется возможным из-за низкого качества препаратов.

Маркировка «д», 7 кусочков, трахеи ниже дефекта. Все препараты низкого качества, перекрашены гематоксилином, с большим количество воздушных пузырей. Кусочки взяты до бифуркации. В верхних отделах эпителий сохранен фрагментарно, с наличием 1-3-х рядов клеток базальных слоев, в нижних отделах – многорядный. Во всех полях зрения продуктивное воспаление слизистой, распространяющееся на собственную пластинку и в части полей зрения на подслизистую основу по задней стенке. В задней стенке в верхних отделах картина однотипная маркировке «г», в более нижних отделах – кровоизлияния и некрозы мышц в паратрахеальных мягких тканях.

Маркировка «е». 1 кусочек, граница трахеи и гортани. Препарат мутный с большим количеством воздушных пузырей. В доступных осмотру полях зрения диффузные кровоизлияния с вышеописанными характеристиками в, межуточный отек.

Маркировка «ж», 1 кусочек, 2-й шейный сегмент с эпидуральным кровоизлиянием. Поперечный срез спинного мозга с ТМО. Твердая мозговая оболочка без повреждений в эпидуральной клетчатке кровоизлияние из свежих эритроцитов без перифокальной реакции. В твердой мозговой оболочке стаз крови в сосудах с диапедезными кровоизлияниями. Стаз крови в сосудах мягкой мозговой оболочки. Спинной мозг с периваскулярным и перицеллюлярным отеком, стазом крови в венах, умеренной пролиферацией микроглии.

Маркировка «з», 1 кусочек, 3-й шейный сегмент. Картина однотипна маркировке «ж», только отсутствует эпидуральное кровоизлияние.

Маркировка «и», 1 кусочек, 1-й шейный сегмент. Препараты с множественными воздушными пузырями, мутные. Фрагмент спинного мозга, тангенциальный срез, без мягких мозговых оболочек. Выражен пе5риваскулярный и перицеллюлярный отек, стаз крови в сосудах.

Маркировка «к», 3 кусочка, левый главный бронх. Препараты с множественными воздушными пузырями, мутные. Продуктивное воспаление в слизистой, собственной ее пластинке и подслизистой основе с распространением воспаления на железы. Частичная десквамация эпителия вплоть до собственной пластинки. Пролиферации и аркадообразных структур в эпителии не выявлено. В воспалительных инфильтратах незначительное количество эозинофилов и сегментоядерных лейкоцитов. В окружающих мягких тканях кровоизлияния из неизмененных и частично гемолизированых эритроцитов. В мышцах бронха очаговые некрозы.

Маркировка «л», 6 кусочков, мягкие ткани шеи между пищеводом и трахеей. Фрагментарно раздробленные кусочки жировой клетчатки и рыхлой соединительной ткани с диффузными кровоизлияниями из свежих и гемолизированых эритроцитов, со слоистыми мономорфно окрашенными микрогематомами без клеточных структур. Большое количество внеклеточного гемосидерина и макрофагов с бурыми зернами. Очагами пролиферации фибробластов. Очаговым продуктивным воспалением в сосудистых стенках. В сосудах пролиферация эндотелия, стаз крови, в единичных мелких сосудах красные тромбы.

Маркировка «м», 1 кусочек, долевой бронх с кровью в просвете. В просвете бронха остатки красного слоистого свертка крови, состоящий из неизмененных, выщелоченных и гемолизированых эритроцитов, среди красного компонента определяются фрагменты десквамированного трахеального эпителия, в одном из полей зрения мелкое скопление фибробластов и волокна молодой соединительной ткани. В слизистой оболочке и подслизистой основе бронха продуктивное воспаление. В окружающих мягких тканях межуточный отек, продуктивное воспаление в части сосудов, очаговые кровоизлияния из неизмененных эритроцитов.

Легкие 3 кусочка. В двух кусочках на фоне расправленных альвеол с эмфиземой и вторичным ателектазом мелкие очаги аспирации крови в альвеолах и бронхиолах, аспират состоит как из свежих, так и из выщелоченных эритроцитов с примесью гемосидерина и гемосидерофагов, просвет одной из респираторных бронхиол полностью выполнен гемосидерофагами. В других полях зрения просвет мелких бронхов и бронхиол выполнен пластами десквамированного бронхиального эпителия, среди которых определяются свежие эритроциты и кровяные сгустки из слипшихся выщелоченных эритроцитов с большим количеством гемосидерина и единичными гемосидерофагами. Межальвеолярные перегородки с умеренным мононуклеарным инфильтратом, но с полным отсутствием межуточного отека. Десквамации альвеолоцитов не выявлено. В одном из кусочков помимо вышеописанного аспирата преобладает вторичный ателектаз, в мелких бронхах, бронхиолах и вокруг них – продуктивное воспаление.

Печень 1 кус., воспаления и некротических изменений не выявлено. Полнокровие сосудов.

Головной мозг – 2 кусочка, кора и дорсальные ядра. В коре периваскулярный и перицеллюлярный отек. Стаз крови в сосудах. Острое набухание Неронов коры с активной сателлитной пролиферацией микроглии (респираторный мозг). В области дорсальных ядер стаз крови в сосудах, преобладает внеклеточная гипергидратация, нейроны с хроматолизом и активной пролиферацией сателлитной микроглии.

Миокард, антриовентрикулярный узел. Межуточный отек. В поляризованном свете на фоне неизмененных кардиоцитов большое количество миоцитов с релаксацией саркомеров и единичные клетки с контрактурами 1 ст. Пролиферации эндотелия сосудов не выявлено.

Поджелудочная железа – аутолиз.

Почки – стаз крови в сосудах с шунтированием юкстамедуллярных зон, некрозов и воспаления не выявлено.

Селезенка – полнокровие синусов и пульпы, фолликулы без светлых центров с обычным количеством лимфоидной ткани, реактивных изменений пульпы не выявлено.

Вопросы:

1. Телесные повреждения?
2. Причина смерти?
3. Травматический или нет характер разрыва трахеи?
4. Степень тяжести вреда причиненного здоровью человека?
5. Соответствует ли повреждение обстоятельствам дела?

Эталон:

1. При судебно-медицинской экспертизе трупа гр. Ш. обнаружены следующие телесные повреждения: закрытая тупая травма шеи с повреждением трахеи, пищевода и кровоснабжающих их сосудов - ушиб трахеи и пищевода, рецедивирующая гематома задней стенки трахеи с отслоением пищевода от трахеи с уровня перстневидного хряща, до бифуркации трахеи, распространяющаяся на перибронхиальные мягкие ткани левого главного бронха.
2. Длительное нарастающее сдавление гематомой трахеи и пищевода обусловило прогрессирующую дыхательную недостаточность, клинически проявлявшуюся болью в горле, непродуктивным кашлем, смешанной одышкой с участием в акте дыхания вспомогательной мускулатуры, а морфологически сдавление подтверждается продуктивным асептическим воспалением в зоне гематомы, атрофией мышечного слоя задней стенки трахеи и передней стенки пищевода с замещением мышечных слоев рыхлой соединительной тканью, десквамативным продуктивным трахеобронхитом, развитием «респираторного» головного мозга с пролиферацией сателлитной микроглии в коре. Рецидив гематомы усилил давление на трахею и пищевод с некрозом сохраненных пучков мышечных волокон в них, отслоение пищевода от трахеи и в финале спонтанные разрывы некротизированных задней стенки верхней трети трахеи и передней стенки верхней трети пищевода с прорывом содержимого гематомы в дыхательные пути, аспирацией крови и обструкцией ею дыхательных путей до сегментарных бронхов с развитием острой дыхательной недостаточности, приведшей к смерти пострадавшей 5.10.10. в 13 час. 45 мин.
3. Спонтанный (не травматический) характер разрыва трахеи и пищевода подтверждается некрозом мягких тканей в краях разрывов, линейной их формой и отсутствием очаговых свежих повреждений от воздействия каких либо предметов (в том числе трахеостомической трубки) на слизистых оболочках и подлежащих слоях органов в зоне разрывов.
4. Учитывая приведенные данные в пунктах 1 и 2 и согласно пункта 4.а Правил определения степени тяжести вреда, причиненного здоровью человека (Постановление Правительства РФ от 17 августа 2007 г. N 522) и пункта 6.2.6. приказа МЗиСР РФ 194н от 24.04.2008. закрытая тупая травма шеи квалифицируется, как обусловившая тяжкий вред здоровью, т.к. привела к развитию угрожающего жизни состояния острой дыхательной недостаточности тяжелой степени, являющейся непосредственной причиной смерти. Закрытая тупая травма и острая дыхательная недостаточность имеют прямую причинную связь.
5. Учитывая локализацию и характер повреждений вероятнее всего имело место однократное воздействие твердого тупого предмета без четких идентифицирующих признаков на переднюю поверхность шеи с действием травмирующей силы спереди назад, и возможно снизу вверх. Вывод подтверждается наличием повреждений задней стенки трахеи и передней стенки пищевода, и отсутствием повреждений гортани (данные от КТ 06.09.10.). Все повреждения находятся в хроническом периоде, давность более 2-х недель. Учитывая описанную в истории болезни дату травмы 28.08.2010. (ударилась гортанью о железную трубу, после чего… осиплость голоса, боли в горле и кровохарканье), возможно получение травмы и в описанное время.

Задача №2. **УК-1 ПК-1 ПК-2 ПК-3 ПК-5 ПК-7 ПК-8 ПК-9 ПК-10**

ОБСТОЯТЕЛЬСТВА ДЕЛА: в постановлении указано, что «06 апреля 2010г. В комнате № 0 общежития № 0 по ул. ……….г. К. обнаружен труп новорожденного младенца женского пола. Мать –1991 г.р.».

НАРУЖНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ: Труп девочки, завернут в наволочку синего и белого цветов с голубым рисунком, большие половые губы прикрывают малые. Масса тела 3300 грамм, длина 49 см. С зеленым прокрашиванием кожи лица и верхней трети грудной клетки, с неотделенной пуповиной, длина пупочного остатка 24 см. В толще пуповины очаговое кровоизлияние в зеленоватым прокрашиванием, пуповина блестящая, конец пуповины ровный. На левом плече и на голове сохранено небольшое количество сыровидной смазки, большое количество сыровидной смазки на уровне паховых сгибов. Нижние конечности и часть туловища опачканы подсохшей кровью. Из носа подтекает красноватая, гнилостная жидкость. Прямой размер головы 12 см, большой поперечный 9,0 см большой косой 14,5 см. С целью доступа к яремным отверстиям справа перекушена ветвь нижней челюсти и угол челюсти удален. Голова правильной формы, кости черепа и лицевого скелета на ощупь целы. Грудная клетка цилиндрическая, эластичная, упругая, ребра на ощупь целы. Живот на одном уровне с грудной клеткой. Слизистая оболочка губ синюшная, подсохшая. Анальное отверстие сомкнуто. Кости конечностей целы.

ПОВРЕЖДЕНИЯ. Видимых повреждений при наружном осмотре не выявлено. Кожные разрезы проведены методом Медведева с полной отсепаровкой кожи лица. В соединительных оболочках глаз наличие точечных кровоизлияний. При отсепаровке лица у крыльев носа с обеих сторон инфильтрирующие кровоизлияния в мягкие ткани на участках диаметром до 0,5 см, пропитывание кровью слизистой носа. При проведении воздушной пробы – получен воздух из плевральных полостей, из полостей сердца не получен. При проведении судебно-медицинского исследования трупа использовались: кожные разрезы по методу Медведева.

ВНУТРЕННЕЕ ИССЛЕДОВАНИЕ

Извлечение органокомплекса произведено по методу Шора, с рассечением ребер спереди. Череп вскрывался циркулярным распилом. Доступ к спинному мозгу осуществлялся сзади по методу Медведева.

ПОЛОСТЬ ЧЕРЕПА: в кожно-мышечном лоскуте головы в проекции большого родничка темно-красное кровоизлияние полулунной формы выпуклостью вверх, 2х0,5см в самой толстой части. В проекции правой части венечного шва в 2 см от центра большого родничка ориентированное спереди назад темно-красное кровоизлияние 4,5х2,5 см с более широкой частью до 1,5 см на теменной кости. Аналогичное овальное кровоизлияние ориентированное слева направо, диаметром 1,5х0,7 см в проекции условного центра стреловидного шва между большим и малым родничком. Кзади от него на 0,7 см округлое кровоизлияние диаметром 0,5 см. По центру лямбдовидного шва в коже неправильно прямоугольное горизонтальное кровоизлияние 1,5х1 см. Под надкостницей в теменно-затылочной области с центром на вершине лямбдовидного шва на участке диаметром 9 см пластинчатое кровоизлияние из жидкой крови. В правой теменной кости в условном центре стреловидного шва в 1 см от него пластинчатая поднадкостничная гематома диаметром 1 см. Студневидный отек в апоневрозе. Большой родничок 2х1,7 см. Эпидурально по ходу стреловидного шва в правой теменной кости жидкая темная кровь в небольшом количестве. При ревизии в проекции описанной выше кефалогематомы незрелость костной ткани с образованием округлого дефекта прикрытого соединительной тканью диаметром около 0,7 см, спереди от дефекта на 1,5 см и отступя от соединительнотканной части стреловидного шва на 0,3 см - радиальная трещина внутренней костной пластинки правой теменной кости длиной 0,7 см. В указанных участках в зоне трещины и кефалогематомы в серпе интрадуральное кровоизлияние на протяжении 4 см и на глубину до 2 см. Интрадурально в области стока пазух распространяясь по ходу поперечных синусов симметрично на 1,5 см и вниз до края чешуи - разволокнение и кровоизлияние в толще твердой мозговой оболочки. Головной мозг расползается под пальцами кашицеобразный с выраженным гниением с пропитыванием кровью мягких мозговых оболочек по базальной поверхности мозга и в задней черепной ямке. Головной моз весом 360 грамм.

Деформации и повреждений шейного отдела позвоночника при вскрытии методом Медведева не выявлено. Спинной мозг с аутолизом.

ОРГАНЫ ШЕИ, ГРУДНОЙ И БРЮШНОЙ ПОЛОСТЕЙ: язык синюшный, влажный, не обложен серовато-желтым, не снимающимся налетом. Слизистые оболочки носоглотки синюшные, влажные, блестящие. При ревизии мягких тканей шеи видимых глазом повреждений не выявлено. При детальной ревизии системы блуждающего нерва справа и слева на границе с яремным отверстием кровоизлияние вокруг сосудистого пучка до 1 см по его ходу. 1-2 шейные позвонки с мягкими тканями суставов изъяты на гистологию. В венах темная жидкая кровь. Щитовидная железа обычных размеров, с равновеликими долями, плотно-эластичная, темно-коричневая, на разрезе полнокровна, дольчатого строения. Аорта эластична, со следами жидкой крови в просвете. В просвете воздухопроводящих путей мелкопузырчатая, пенистая, слегка розовая жидкость, пенистая жидкость в просвете всех мелких бронхов. Слизистые оболочки воздухопроводящих путей бледно-серые. Легкие выполняют плевральные полости на 3/4, пестрые за счет множественных мозаично чередующихся бледно-розовых и темно-розовых очагов. Под висцеральной плеврой, особенно, в прикорневых отделах легких и по базальным поверхностям, единичные точечные кровоизлияния. Легкие весом 50 грамм оба. На разрезах легкие с чередующимися бледно-розовыми и темно-розовыми участками и пенистой жидкостью выделяющейся с поверхности разрезов при надавливании. В полости перикарда следы прозрачной с гнилостным запахом жидкости, листки его гладкие, влажные, блестящие. Сердце 4,5х4х3,5 см, эластичное с правильно сформированными сосудами и полостями. Баталов проток и овальное окно открыты. В полостях сердца жидкая кровь с гнилостными изменениями, пороков не выявлено. Толщина правого и левого желудочков по 0,5 см. Желудок раздут гнилостными газами. Толстый кишечник выполнен меконием, поворот завершен, тонкий кишечника пустой. Селезенка расползается под пальцами из-за аутолиза, размером 5,5х2,5х1 см. Печень весом 180 грамм, 13х7,5х7х3 см, коричневая эластичная полнокровная. 11х6х4х2 см. Поджелудочная железа обычных размеров, плотно-эластичная, бледно-серая, на разрезах – дольчатого строения Почки равновелики, размером 3,5х2х2 см дряблые с аутолизом, полнокровные. Капсула снимается легко, обнажая эмбриональную дольчатость. Слизистые оболочки лоханок и чашечек бледно-синюшные, гладкие, блестящие, просвет их свободен. Мочеточники проходимы на всем протяжении, с бледно-серой слизистой. Мочевой пузырь пуст, слизистая оболочка его складчатая, бледно-серая, уретра свободно проходима.

Рассечен эпифиз правой бедренной кости, ядро Беклара диаметром 0,5 см.

ПРИМЕЧАНИЕ:

Кровь и мочевой пузырь направлены в судебно-химическое отделение для определения наличия этилового спирта.

Кусочки внутренних органов направлены в судебно-гистологические отделение для определения патоморфологических изменений.

Кровь направлена в судебно-биологическое отделение для определения видовой принадлежности.

ДАННЫЕ ДОПОЛНИТЕЛЬНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ.

Представлен акт судебно-химического исследования При судебно-химическом исследовании вещественных доказательств, изъятых при вскрытии трупа, не обнаружен этиловый спирт.

Представлена справка биологического исследования. Групповая характеристика крови а/г А.

А К Т Судебно-гистологического исследования. Судебно-медицинским экспертом, произведено исследование кусочков внутренних органов от трупа НОВОРОЖДЕННОЙ. ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Легкие - альвеолы расправлены, просветы их содержат немного эозинофильной жидкости с примесью роговых чешуек и кусочков мекония. Во всех полях зрения диаметр просвета перибронхиальных артерий значительно преобладает над толщиной стенки. Под висцеральной плеврой кровоизлияния вокруг сосудов со стазом крови. Небольшое количество вторичных ателектазов.

Головной мозг – аутолиз.

Вопросы:

1. Является ли труп младенца новорожденным, доношенным, срок внутриутробной жизни?
2. Причина смерти?
3. Степень тяжести вреда причиненного здоровью человека?
4. Время наступления смерти?
5. Состояние опьянения?

Эталон:

1. Наличие сыровидной смазки и неотделенной пуповины говорит о том, что ребенок новорожденный. Согласно антропометрическим данным, наличию ядра Беклара, ребенок является доношенным, со сроком внутриутробной жизни 36-40 недель, жизнеспособным, зрелым. Наличие дышавших легких говорит, что ребенок является живорожденным. Длительность внеутробной жизни – не менее нескольких минут.
2. Смерть новорожденной наступила в результате наступила в результате механической асфиксия от закрытия отверстий рта и носа со сдавлением головы, что подтверждается наличием общеасфиктической картины, признаков давления на мягкие ткани носа, наличием черепно-мозговой травмы сдавления, проявления которой стали 5-ть кровоизлияний в коже волосистой части головы, поднадкостничная гематома в правой теменной кости, радиальная трещина внутренней костной пластинки правой теменной кости, эпидуральная гематома по ходу стреловидного шва в правой теменной кости, интрадуральные кровоизлияния в серпе, в области стока пазух распространяясь по ходу поперечных синусов симметрично до края чешуи затылочной кости, пропитывание кровью мягких мозговых оболочек по базальной поверхности мозга и в задней черепной ямке. Повреждения возникли от давления твердых тупых предметов без четких идентифицирующих признаков навстречу друг другу. Кровоизлияния в коже головы могли возникнуть, в том числе и при воздействии пальцев рук человека.
3. Обнаруженная при судебно-медицинской экспертизе трупа черепно-мозговая травма сдавления по тяжести вреда здоровья не оценивается, т.к. входит в комплекс повреждений при механической асфиксии, которая согласно пункту 4.а Правил определения степени тяжести вреда, причиненного здоровью человека (Постановление Правительства РФ от 17 августа 2007 г. N 522) квалифицируется, как обусловившая тяжкий вред здоровью и имеет прямую причинную связь со смертью.
4. Согласно динамике трупных явлений давность смерти не менее 2-х суток на момент вскрытия трупа в морге.
5. Данных о наличия алкоголя в крови пострадавшего не обнаружено.

Задача № 3. **УК-1 ПК-1 ПК-2 ПК-3 ПК-5 ПК-7 ПК-8 ПК-9 ПК-10**

ОБСТОЯТЕЛЬСТВА ДЕЛА: в постановлении указано, что «01.06.2010 около 06:00 возле здания поисково-спасательного отряда, расположенного по адресу: г. К., о. Отдыха, строение 10, был обнаружен на берегу труп Я., (возраст 2 года 8 месяцев) с признаками утопления в воде».

НАРУЖНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ: На секционный стол доставлен труп, с которого снята следующая одежда: шапка шерстяная белого цвета с полосками синего, красного и желтого цвета, куртка спортивная светло-коричневого цвета с белыми лампасами и оранжевыми и синими вставками, майка зеленого цвета с рисунком, штаны спортивные темно-синего цвета с оранжевыми вставками, плавки белого цвета с рисунком, носки коричневого цвета, сандалии коричневого цвета. По снятию одежды труп мальчика, правильного телосложения, удовлетворительного питания, длиной 102 см, весом 16,5кг. Выраженная синюшность лица и верхней части грудной клетки. Трупное окоченение достаточно выражено. Трупные пятна не бледнеют, не исчезают, интенсивные. Из правого носового хода подтекание бурой, подсохшей жидкости. Кровоизлияний в соединительные оболочки глаз не выявлено. Левый зрачок диаметром 0,6см, правый 0,3см. Яички подтянуты в мошонку. Голова правильной формы, кости черепа и лицевого скелета на ощупь целы. Грудная клетка цилиндрическая, эластичная, упругая, ребра на ощупь целы. Живот на одном уровне с грудной клеткой. Естественные отверстия тела и полости рта и носоглотки свободны, чистые. Слизистая оболочка губ синюшная, подсохшая. Анальное отверстие сомкнуто, кожа вокруг него чистая. Половые органы развиты правильно. Кости конечностей целы.

ПОВРЕЖДЕНИЯ: В проекции рукоятки грудины от ее верхнего края ориентированная вертикальная ссадина 1,5х0,5см неправильно-прямоугольная, в ее нижней части 2 косо направленных трассы ориентированных справа налево снизу верх, верхняя 0,7см, нижняя 0,2см, с промежутком в 0,2см. Синюшные кровоподтеки диаметром 1,5см и 1 см по тыльной поверхности правой стопы. Желто-коричневый кровоподтек диаметром 1,5см по передненаружной поверхности правого коленного сустава. По левому краю подбородка вертикальная царапина длиной 3,2см. Каких-либо других повреждений при наружном исследовании не выявлено.

При проведении воздушной пробы – из левой плевральной полости вышло несколько пузырьков воздуха. При проведении судебно-медицинского исследования трупа использовались: кожные разрезы по методу Медведева.

ВНУТРЕННЕЕ ИССЛЕДОВАНИЕ

Извлечение органокомплекса произведено по методу Шора, с распилом ребер спереди. Череп вскрывался угловым распилом. Доступ к спинному мозгу осуществлялся сзади по методу Медведева.

ПОЛОСТЬ ЧЕРЕПА и ШЕЙНО-ЗАТЫЛОЧНАЯ ОБЛАСТЬ: Голова правильной формы. Прямой размер 20см, большой поперечный 14,5 см. Кости черепа и лицевого скелета на ощупь целы. Слева на 2см выше верхнего края основания ушной раковины в 10,5 см от стреловидного шва округлое кровоизлияние в коже диаметром 1 см. Других повреждений не выявлено. Кости свода черепа целы, швы заращены. Череп вскрыт угловым распилом. Твердая мозговая оболочка перламутровая напряжена, в синусах ее темная жидкая кровь в небольшом количестве. Борозды мозга сглажены, извилины уплощены. Мягкая мозговая оболочка тонкая прозрачная с полнокровными сосудами. Справа по нижней поверхности лобной доли субарахноидальное кровоизлияние, диаметром 2 см, ограниченно диффузного характера. Кровоизлияние распространяется на верхние отделы коры. Головной мозг дряблый, весом 1550 грамм. На разрезах головной мозг блестящий тянется к лезвие ножа, набухший. Граница серого и белого вещества хорошо выражена, сосуды мозга полнокровные. Каких-либо локальных повреждений не выявлено. Толщина лобной кости 0,2 см, височных 0,2 см, теменных и затылочных по 0,3 см. При снятии твердой мозговой оболочки кости основания черепа целы. В основной пазухе вода не обнаружена. Интрадуральных кровоизлияний и кровоизлияний в задней атлантозатылочной мембране не выявлено. Отмечаются полосчатые кровоизлияния в передней атлантозатылочной мембране вертикально ориентированы. Наличие полосчатых кровоизлияний интра- и эпидурально на соединении пирамиды височной кости и клиновидной кости, на вертикальном участке 1х0,5см. В ножках мозга отмечаются точечные перивазальные кровоизлияния. При удалении чешуи затылочной кости методом Медведева с отмыванием задней затылочной мембраны на границе прикрепления связок атланто-затылочного сочленения с чешуей по задней поверхности множественные полосчатые вертикально ориентированные кровоизлияния длиной не более 0,5см. При ревизии позвоночного столба отклонения от средней линии остистых отростков не выявлено. В межпозвоночных связках между 1-ым шейным и 2-ми шейным позвонками кровоизлияние по задней и боковой поверхности. При ревизии связок атланто-оксиального сочленения и суставов атланто-затылочной области в связках зубовидного отростка спереди и слева отмечается темно-красное кровоизлияние. Аналогичное кровоизлияние слева по задней поверхности в связках атланто-затылочного сустава. Справа кровоизлияние в мышцах паравертебральных между 1-2-ым шейными позвонками на участке диаметром 1,5см. Кровоизлияние в наружные связки правого атланто-затылочного сустава и передние и наружные левого атланто-затылочного сустава. Эпи- и субдуральные пространства свободны, твердая мозговая оболочка напряжена, бледно-серая, блестящая, мягкие мозговые оболочки тонкие, прозрачные, спинной мозг дряблый, на разрезах обычного рисунка.

ГРУДНАЯ И БРЮШНАЯ ПОЛОСТИ: При послойных разрезах в зоне описанной на груди ссадины кровоизлияние на всю толщу подкожной клетчатки шириной 0,7см. Язык синюшный, влажный, обложен серовато-желтым, не снимающимся налетом. Слизистые оболочки носоглотки синюшные, влажные, блестящие. Просвет пищевода свободен, слизистая его бледно-серая, продольно складчатая.

Легкие выполняют плевральные полости на 3/4 без отпечатков ребер, однородно розово-синего цвета с мелкими бледно-розовыми участками по передней поверхности, листки плевры гладкие блестящие, кровоизлияний под плеврой не выявлено. Органы в брюшной полости расположены правильно. Вход гортани свободен, слизистая оболочка ее бледно-серая. Подъязычная кость и хрящи гортани целы, в мягких тканях ее повреждений не обнаружено. Щитовидная железа обычных размеров, с равновеликими долями, плотно-эластичная, темно-коричневая, на разрезе полнокровна, дольчатого строения. Аорта эластична, со следами жидкой крови в просвете. Листки брюшины влажные, гладкие блестящие. Просвет гортани, трахеи, главных долевых бронхов пустой, слизистая оболочка бледно-серая. Правое легкое весом 140 грамм, левое 110грамм. Правое легкое целиком отправлено на исследование на диатомовый планктон. При надавливании на разрезах из мелких бронхов выделяется крайне скудное количество слегка пенистой, серой жидкости. Легкие на разрезе темно-красные, консистенция тестоватая. Вилочковая железа 6х5х1,5 см. По передней поверхности клетчатки перед вилочковой железой светло-красное кровоизлияние. В полости перикарда следы прозрачной жидкости, листки его гладкие, влажные, блестящие. Сердце 8х7х3,5см, эластичное, полости выполнены жидкой кровью с наличием пристеночных темно-вишневых свертков, весом 100 грамм. Миокард розовато-синюшный, эластичный полнокровный, эластичный. Толщина стенки правого желудочка 0,3 см, левого 1,0 см.

В желудке 70 мл пенистой жидкости с мелкопузырчатой пеной. Содержимое кишечника отделам соответствует. В тонком кишечнике зеленоватая жидкость. В толстом кишечнике кашицеобразные каловые массы. При ревизии органов брюшной полости отмечается наличие кровоизлияний в головке поджелудочной железы на участке диаметром 1 см. Печень весом 680 грамм, 21х13х9х8 см, фрагмент печени с желчным пузырем изъят для судебно-химического исследования. Селезенка 8х5,5х2 см, весом 60грамм, эластичная синюшная, без соскоба. Надпочечники листовидной формы, обычных размеров, на разрезах граница слоев четкая. Множественные кровоизлияния с обеих сторон в околопочечной клетчатке. Почки равновелики, бобовидной формы, 9х3,5х2,5 см, весом 50 грамм левая и 60 грамм правая. Левая почка целиком взята на диатомовый планктон. Мочеточники проходимы на всем протяжении, с бледно-серой слизистой. Мочевой пузырь пуст, слизистая оболочка его складчатая, бледно-серая, уретра свободно проходима.

ПРИМЕЧАНИЕ:

Кровь и стенка мочевого пузыря направлены в судебно-химическое отделение для определения наличия этилового спирта.

Кусочки внутренних органов направлены в судебно-гистологические отделение для определения патоморфологических изменений.

Почка в капсуле и часть легкого направлены в медико-криминалистическое отделение для определения планктона.

Часть печени с желчным пузырем, почка и селезенка направлены в судебно-химическое отделение для определения наркотических и лекарственных веществ.

Представлена «Карта осмотра трупа (приложение к протоколу осмотра трупа на месте его обнаружения)» от 01.06.2010г, заполненная судмедэкспертом, согласно которой: Время начала и окончания осмотра с 09:20 мин. до 09:40 мин. Местонахождение трупа – на улице. Трупные явления: трупное окоченение отсутствует во всех группах мышц; образование идиомускулярной опухоли – тяж определяется пальпаторно; высыхание роговой оболочки открытых глаз; трупные пятна багрово-синюшные, восстанавливаются через 12 секунд, трупные пятна при надавливании исчезают, ненасыщенные. Других сведений в «Карте осмотра трупа» нет.

При исследовании трупного материала в минерализатах легкого обнаружены створки диатомового планктона рода синедра, мелозира, навикуля, а в почке не обнаружено.

При судебно-химическом исследовании наркотических веществ, психотропных и лекарственных не обнаружено.

А К Т Судебно-гистологического исследования. Судебно-медицинским экспертом, произведено исследование кусочков внутренних органов от трупа Яковлева Никиты Юрьевича

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Вилочковая железа – стаз крови в сосудах, слои различимы, тельца Гассаля в разных стадиях развития.

Почка – стаз крови в сосудах, воспалительных и некротических изменений не выявлено.

Головной мозг – в коре головного мозга нарушение гистоархитектоники с выпадением нейронов всех слоев без глиальной пролиферации, стаз крови в сосудах, периваскулярный отек. В стволовых отделах мозга выражена внеклеточная гипергидратация вплоть до формирования криброзных структур, выражен периваскулярный и перицеллюлярный отек, в сосудах стаз крови. В ножках мозга стаз крови и перивазальные кровоизлияния с разрушением по периферии вещества мозга. Во всех отделах головного мозга выражен периваскулярный и перицеллюлярный отек.

Печень – гистоархитектоника печеночных балок нарушена из-за увеличения размера цитоплазмы клеток за счет мелких вакуолей со сдавлением просвета синусоидов. Воспаления не выявлено. Стаз крови в сосудах триад.

Селезенка – неравномерное кровенаполнение синусов и пульпы лимфоидные фолликулы крупные с наличием светлых центров, без пролиферации герминоцитов и герминобластов.

Легкие – мелкие очаги эмфиземы, вторичного ателектаза. В сосудах стаз крови. Бронхи респираторные бронхиолы звездчатой формы, в поляризованном свете мышечные и соединительнотканные волокна, стенки имеют прерывистый вид. Гистологическая картина выраженного бронхоспазма.

Миокард – Неравномерное кровенаполнение сосудов вплоть до стаза, умеренный межуточный отек.

Поджелудочная железа – строение обычное, стаз крови сосудов.

Спиной мозг – повреждений не выявлено, выраженный периваскулярный и перицеллюлярный отек, стаз крови в сосудах, хроматолиз нейронов.

Маркировка Б- в мышцах шеи множественные инфильтрирующие кровоизлияния, из неизмененных эритроцитов.

Маркировка А- в связках первого шейного позвонка очаговое кровоизлияние, как из неизмененных эритроцитов так и эритроцитов с частичным гемолизом.

Вопросы:

1. Судебно-медицинский диагноз?
2. Сопутствующие?
3. Причина смерти?
4. Соответствует ли повреждения обстоятельствам описанным в постановлении?
5. Наличие отравляющих веществ в организме?

Эталон:

1. Механическая асфиксия от закрытия просвета дыхательных путей водой, спастический тип утопления: тотальный бронхоспазм, очаги эмфиземы и ателектаза легких, венозное полнокровие внутренних органов, отсутствие планктона в почках, анизокория.

2. Сопутствующие: краниовертебральная травма - полосчатые кровоизлияния в передней атлантозатылочной мембране, кровоизлияния в связки шейного отдела позвоночника, субарахноидальное кровоизлияние в правой лобной доле, точечные кровоизлияния в ножках мозга.

3. Смерть гр. Я. наступила в результате механической асфиксии от закрытия просвета дыхательных путей водой с развитием спастического типа утопления, подтверждением выводов являются - тотальный бронхоспазм, очаги эмфиземы и ателектаза легких, венозное полнокровие внутренних органов, анизокория, отсутствие планктона в почках.

4. Обнаруженная при экспертизе трупа краниовертебральная травма возникла в результате ротационного смещения головы и шеи, что подтверждается наличием повреждений в связочном аппарате шейно-затылочной области и наличия незначительного субарахноидального кровоизлияния по базальной поверхности лобной доли и точечных кровоизлияний в ножках мозга. Краниовертебральная травма в причинной связи со смертью не состоит, клинической картиной повреждения нервной системы не проявлялась и, установить ее тяжесть вреда здоровью не представляется возможным. Указанная травма могла возникнуть, в том числе при обстоятельствах дела, указанных в постановлении, при условии падения ребенка на мать.

5. При судебно-химическом исследовании алкоголя, наркотических, психотропных и лекарственных веществ не обнаружено.

Задача №4. **УК-1 ПК-1 ПК-2 ПК-3 ПК-5 ПК-7 ПК-8 ПК-9 ПК-10**

ОБСТОЯТЕЛЬСТВА ДЕЛА: в направлении указано, что «ОВД по Ивановскому району направляет Вам труп новорожденного ребенка мужского пола, без внешних признаков насильственной смерти, изъятый при осмотре помещения нежилой квартиры № 1 дома 00 ул. Мира д. Есауловка Ивановского района К. края 24.05.2011 года, для установления причины смерти».

НАРУЖНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ: Труп ребенка мужского пола, доставлен в картонной коробке в трех целлофановых пакетов, без плаценты. Масса тела 2400грамм, длина 45см. Правильного телосложения. С неотделенной пуповиной, длиной 57 см, с косым фестончатым краем. Кожа с зеленоватым прокрашиванием, с множественными, гнилостными пузырями, с мацерацией кожи на лице, шее с пергаментным подсыханием вскрывшихся пузырей на подбородке и на правой верхней конечности. Кожа головы в сыровидной смазке. Яички в мошонке. Из носа подтекает красноватая, гнилостная жидкость. Прямой размер головы 12 см, большой поперечный 9,0 см большой косой 14,5 см. Голова правильной формы, кости черепа и лицевого скелета на ощупь целы. Грудная клетка цилиндрическая, эластичная, упругая, ребра на ощупь целы. Живот на одном уровне с грудной клеткой. Слизистая оболочка губ синюшная, подсохшая. Анальное отверстие сомкнуто. Кости конечностей целы. Ядро Беклара отсутствует.

ПОВРЕЖДЕНИЯ. Видимых повреждений при наружном осмотре не выявлено. Кожные разрезы проведены методом Медведева с полной отсепаровкой кожи лица. В соединительных оболочках глаз наличие точечных кровоизлияний. Произведены кожные разрезы по методу Медведева, при отсепаровке шеи по ходу левой грудино-ключично-сосцевидной мышцы в мышцы и под кожу инфильтрирующие кровоизлияния, в подкожной клетчатке 5х3см, а по ходу правой грудино-ключично-сосцевидной мышцы кровоизлияние в ее основание шириной 3см, далее распространяется до височных мышц на общем участке 12х4см. Слева кровоизлияние в мягкие ткани лица по ходу спинки носа на участке 3х2см. Инфильтрирующее кровоизлияние по всей передней поверхности нижней челюсти. Инфильтрация кровью с зеленоватым прокрашиванием слизистой обеих губ. Инфильтрирующее кровоизлияние на левом верхнем веке. Справа на уровне сосцевидного отростка кровоизлияние в мягкие ткани диаметром 1 см. При проведении воздушной пробы – получен воздух из плевральных полостей, из полостей сердца не получен.

ВНУТРЕННЕЕ ИССЛЕДОВАНИЕ

Извлечение органокомплекса произведено по методу Шора, с рассечением ребер спереди. Череп вскрывался циркулярным распилом. Доступ к спинному мозгу осуществлялся сзади по методу Медведева.

ПОЛОСТЬ ЧЕРЕПА: кровоизлияние в коже лобной области по центру диаметром 3 см, под накостницей справа скопление жидкой крови на поперечно расположенном на теменной кости участке 8х3см. При рассечении надкостницы и осушивания жидкой крови - полный поперечный перелом правой теменной кости от стреловидного шва в 1,5 см от заднего края большого родничка и до чешуйчатого шва в проекции сосцевидного отростка. При отсепаровке кожи затылочной области в области подзатылочной ямки с переходом на 1-ые шейные позвонки горизонтальное полосовидное кровоизлияние в тканях 8,5х2,5см. В теменно-затылочной области не связанное с указанными кровоизлияниями округлое кровоизлияние под надкостницей с центром на вершине лямбдовидного шва диаметром 3см. Соответственно данному участке в коже головы студневидный отек с кровоизлияниями только в апоневрозе на участке диаметром 7 см, без кровоизлияний в коже головы. Соответственно перелому в правой теменной кости, кровоизлияние в коже на участке 7х6см. Родовой конфигурации головы не определяется, отмечается наползание теменных костей на лобные и на затылочную по швам. Интрадурально - множественные кровоизлияния с обеих сторон в парусах мозжечкового налета, в участках примыкающих в поперечному синусу и кровоизлияния по ходу сагитального синуса от большого родничка до стока-пазух. При отсепаровке твердой мозговой оболочки от основания черепа - полный поперечный отрыв чешуи затылочной кости от латеральных частей с обеих сторон с эпи- и интрадуральными кровоизлияниями в этой зоне. Латерально-базилярные синхондрозы целы. Головной мозг вытек из-за выраженного гниения, но в мягких мозговых оболочках справа в зоне перелома отмечается пропитывание темно-вишневой кровью оболочек по наружной поверхности теменной доли на участке 4х5см. Пропитывание кровью мягких мозговых оболочек и на основании мозга. При ревизии позвоночного столба в межостистых связках с 3 по 5-ый шейные позвонки инфильтрирующее кровоизлияние. Спинной мозг вскрыт сзади по Медведеву, эпидурально в шейном и грудном отделах пропитывание кровью клетчатки кольцевидно наиболее выраженное в шейном отделе, где спиной мозг окружен кольцевидной гематомой с 3 по 7-й шейные позвонки. При ревизии задней прямой связки на уровне 1-3-го шейных позвонков полосчатое кровоизлияние шириной 03 см. Деформации и повреждений шейного отдела позвоночного столба при вскрытии методом Медведева не выявлено. Спинной мозг с аутолизом кашицеобразный.

ОРГАНЫ ШЕИ, ГРУДНОЙ И БРЮШНОЙ ПОЛОСТЕЙ: язык грязно-серый влажный, не обложен. Слизистые оболочки носоглотки грязно-серые, влажные, блестящие. В венах темная жидкая кровь. Щитовидная железа обычных размеров, с равновеликими долями, плотно-эластичная, темно-коричневая, на разрезе полнокровна, дольчатого строения. Аорта эластична, со следами жидкой крови в просвете. Легкие с наличием пятнистых субплевральных кровоизлияний. Легкие выполняют полностью плевральные полости с очагами буллезной эмфиземы, бледно-розовые с положительной плавательной пробой на всех этапах. На разрезах легкие также бледно-розовые, воздушные, просвет воздухопроводящих путей свободен. Вокруг трахеи справа и по задней поверхности сплошная инфильтрация кровью. Легкие весом 50 грамм оба. В полости перикарда следы прозрачной с гнилостным запахом жидкости, листки его гладкие, влажные, блестящие. Сердце 4,5х4х3,5 см, эластичное с правильно сформированными сосудами и полостями. Баталов проток и овальное окно открыты. В полостях сердца жидкая кровь с гнилостными изменениями, пороков не выявлено. Толщина правого и левого желудочков по 0,5 см. Желудок раздут гнилостными газами. Толстый кишечник выполнен меконием, поворот завершен, тонкий кишечника пустой. Селезенка расползается под пальцами из-за аутолиза, размером 5,5х2,5х1 см. Печень весом 130 грамм, коричневая эластичная полнокровная. 11х6х4х2 см. Поджелудочная железа обычных размеров, плотно-эластичная, бледно-серая, на разрезах – дольчатого строения Почки равновелики, размером 3х2х1,5 см дряблые с аутолизом, полнокровные. Капсула снимается легко, обнажая эмбриональную дольчатость. Слизистые оболочки лоханок и чашечек бледно-синюшные, гладкие, блестящие, просвет их свободен. Мочеточники проходимы на всем протяжении, с бледно-серой слизистой. Мочевой пузырь пуст, слизистая оболочка его складчатая, бледно-серая, уретра свободно проходима.

ПРИМЕЧАНИЕ:

Печень, обе почки, толстый кишечник с меконием и пуповина направлены в судебно-химическое отделение для определения наличия этилового алкоголя, наркотических средств, лекарственных веществ (абортивные препараты, возможно окситоцин).

Кусочки внутренних органов направлены в судебно-гистологическое отделение для определения патоморфологических изменений.

В судебно-биологическое отделение направлена кровь для определения видовой принадлежности.

В МКО направлен свод черепа для определения механизма повреждений.

ДАННЫЕ ДОПОЛНИТЕЛЬНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ.

1. При судебно-химическом исследовании этиловый алкоголь, наркотические средства, психотропные, лекарственные вещества, абортивные препараты, окситоцин не обнаружены.
2. При медико-криминалистическом исследовании дано заключение:

На представленных костях черепа обнаружен перелом последних, который возник от воздействия тупого твердого предмета с преобладающей контактирующей поверхностью, и направление воздействий силы было сверху вниз.

1. А К Т Судебно-гистологического исследования. Судебно-медицинским экспертом, произведено исследование кусочков внутренних органов от трупа НОВОРОЖДЕННОЙ. ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Легкие (4к) - альвеолы расправлены, просветы их пустые, рассеянные мелкие вторичные ателектазы, во всех полях зрения диаметр просвете перебронхиальных бронхиол преобладает над толщиной стенки, встречаются очаги эмфиземы с разрывом альвеол, в сосудах стаз крови.

Маркировка А – мышцы шеи – геалиновый хрящ с прикрепленными мышцами и участками соединительной ткани, в сосудах стаз крови, в обоих кусочках и в одном из кусочков очаговые перивазальные кровоизлияния.

Маркировка Б- большие полушария головного мозга – в мягких мозговых оболочках стаз крови, очаговые инфильтрирующие кровоизлияния, не распространяющиеся на кору головного мозга с гемолизом эритроцитов.

Мышцы шеи подчелюстной области с наличием аутолизированного подчелюстной слюнной железы, с множественными инфильтрирующими кровоизлияниями, с гемолизом эритроцитов.

Кожа (2к) с нижней губы с множественными кровоизлияниями в дерме, с гемолизом эритроцитов.

Мягкие ткани шеи с фрагментом трахеи – с кровоизлияниями, с гемолизом эритроцитов.

Вопросы:

1. Является ли труп младенца новорожденным, доношенным, срок внутриутробной жизни?
2. Причина смерти?
3. Степень тяжести вреда причиненного здоровью человека?
4. Время наступления смерти?
5. Состояние опьянения?

Эталон:

1. Наличие неотделенной пуповины говорит о том, что ребенок новорожденный. Согласно антропометрическим данным, ребенок является недоношенным, со сроком внутриутробной жизни 31-33 недели, жизнеспособным, зрелым. Наличие дышавших легких говорит, что ребенок является живорожденным. Длительность внеутробной жизни – не менее нескольких минут.
2. Смерть новорожденной наступила в результате в результате механической асфиксия от закрытия отверстий рта и носа со сдавлением головы и шеи, что подтверждается наличием общеасфиктической картины, признаков давления на мягкие ткани головы и шеи, наличием черепно-спинальной травмы с локальными переломами правой теменной кости и латерально-сквамального синхондроза возникшей в результате одновременного действия травмирующих сил навстречу друг другу спереди назад и сверху вниз (Новая медицинская технология ФС по надзору в сфере здравоохранения и социального развития ФС №2011/169 от 15.06.11 «Судебно-медицинская дифференциальная диагностика родовой травмы нервной системы от травмы насильственного происхождения»). Кровоизлияния в мягких тканях головы и шеи могли возникнуть, в том числе и при воздействии пальцев рук человека.
3. Обнаруженная при судебно-медицинской экспертизе трупа черепно-спинальная травма по тяжести вреда здоровья не оценивается, т.к. входит в комплекс повреждений при механической асфиксии, которая согласно пункту 4.а Правил определения степени тяжести вреда, причиненного здоровью человека (Постановление Правительства РФ от 17 августа 2007 г. N 522) квалифицируется, как обусловившая тяжкий вред здоровью и имеет прямую причинную связь со смертью.
4. Согласно динамике трупных явлений давность смерти не менее 5-х суток на момент вскрытия трупа в морге.
5. Данных о наличия алкоголя в крови пострадавшего не обнаружено.

Задача №5. **УК-1 ПК-1 ПК-2 ПК-3 ПК-5 ПК-7 ПК-8 ПК-9 ПК-10**

ОБСТОЯТЕЛЬСТВА ДЕЛА: в постановлении указано, что «04.06.2010г. около 16 часов 30 минут в кв. 00 д. 000 по ул. Мира г. К… обнаружен труп гр. Г., 05.2010г.р.».

НАРУЖНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ: Масса тела 2200 гр., длина 49,5 см. Пупочное кольцо обработано бриллиантовой зеленью. От мечевидного отростка в 7,5 см, от симфиза в 5 см. Прямой размер головы 13,5 см, большой поперечный 9 см, малый поперечный 6 см, срединный размер 8,5 см., от большого поперечного до затылочного бугра 5,5 см, от малого поперечного до лобного 0,7 см. Лицо синюшное. Зрачки равновелики по 0,3 диаметром. Кровоизлияний в оболочки глаз не выявлены. Пупочное кольцо в 7 см от мечевидного отростка и в 6 см от верхнего края симфиза. Трупные пятна не бледнеют и не исчезают, синюшные как на передних и по задним поверхностям тела. Губы темно-синюшные. Трупное окоченение выражено во всех обычно исследуемых группах мышцах. Голова правильной формы, кости черепа на ощупь целы. Грудная клетка цилиндрическая. Живот выше уровня грудной клетки.

ПОВРЕЖДЕНИЯ. При послойной отсепаровке мягких тканей лица и мягкие ткани шеи отмечаются кровоизлияния в слизистой внутренней поверхности губ в проекции краев челюстей. Отмечаются кровоизлияния в слизистой и в ткани вокруг хряща, окаймляющие носовые ходы в виде полосы. При проведении воздушной пробы – воздух из плевральных полостей и полостей сердца не получен. При проведении судебно-медицинского исследования трупа использовались: кожные разрезы по методу, Медведева.

ВНУТРЕННЕЕ ИССЛЕДОВАНИЕ

Извлечение органокомплекса произведено по методу Шора с рассечением ребер спереди. Доступ к спинному мозгу осуществлялся сзади по методу Медведева.

В кожно-мышечном лоскуте головы повреждений не выявлено. Большой родничок 2х2 см, западает. Кости черепа подвижны по швам. Сохранение наползание правой лобной кости на теменную с локально деформацией края кости по центру правой части лямбовидного шва. Череп вскрыт методом Фишера. Большой родничок 2х2 см, не напряжен.Кости свода и основания черепа целы. Твердая мозговая оболочка серо-перламутрового цвета, цела, блестящая, гладкая, влажная, просвет ее синусов выполнен жидкой темной кровью в большом количестве. Мягкие мозговые оболочки тонкие, прозрачные со студневидным отеком и полнокровными сосудами. Сосуды Вилизиева круга с тонкими стенками, пустым просветом. Масса мозга 420 гр. Борозды мозга сглажены, извилины уплощены, на миндаликах мозжечка кольцевидная полоса вдавления от краев большого затылочного отверстия отсутствует. Головной мозг дрябло-эластичный, на разрезах с отсутствием дифференцировки серого и белого вещества. Поверхности разрезов тускловаты, липнут к лезвию ножа. Желудочки мозга симметричны, обычного объема, эпендима их бледно-серая, блестящая, влажная, в полостях желудочков следы прозрачной соломенного цвета жидкости. Сосудистые сплетения обычного вида, полнокровны.

ПОЗВОНОЧНИК И СПИННОЙ МОЗГ: при ревизии позвоночного столба повреждений не обнаружено. Эпи- и субдуральные пространства свободны, твердая мозговая оболочка напряжена, бледно-серая, блестящая, мягкие мозговые оболочки тонкие, прозрачные, спинной мозг дряблый, на разрезах обычного рисунка.

ОРГАНЫ ГОЛОВЫ, ШЕИ, ГРУДНОЙ и БРЮШНОЙ ПОЛОСТЕЙ: язык синюшный, влажный, не обложен. Слизистые оболочки носоглотки синюшные, влажные, блестящие. Небные миндалины округлые, диаметром по 0,5 см, с гладкой поверхностью, без наложений, синюшные. В мягких тканях шеи повреждений и кровоизлияний не обнаружено. Лимфоузлы шеи эластичны, сочные на разрезах, диаметром не более 0,5 см. Просвет пищевода свободен слизистая его бледно-серая, продольно складчатая. Подъязычная кость и хрящи гортани целы, в мягких тканях ее повреждений не обнаружено. Аорта эластична, со следами жидкой крови в просвете и гладкой бледно-желтой интимой. Гиперемия слизистой преддверии гортани, гиперемия слизистой надгортанника. В наружном слое пищевода на уровне щитовидной железы кровоизлияния 2х0,7 см. Просвет трахеи свободен, хрящи трахеи целы. Щитовидная железа обычных размеров, с равновеликими долями, плотно-эластичная, темно-коричневая, на разрезе полнокровна, дольчатого строения. В плевральных полостях следы прозрачной жидкости. Легкие выполняют 3/4 полостей, без отпечатков ребер, с множественными точечными мелкоочаговыми кровоизлияниями, под висцеральной плеврой. Правое легкое 40гр., левое легкое 35гр. На разрезах - структура легкие с четким рисунком, розовые, полнокровны. С поверхности разреза из сосудов стекает темная жидкая кровь в повышенном количестве, поверхность разрезов суховата. Слизистые оболочки воздухо-проводящих путей светло-серые. Бифуркационные лимфоузлы диаметром до 0,5, эластичные, не спаянные между собой и с окружающими тканями, темно-синюшные, на разрезах сочные, с обычным рисунком. Вилочковая железа дрябло-эластичная, бледно-серая, диаметром 7 см, дольчатого строения. В полости перикарда следы прозрачной жидкости, листки его гладкие, влажные, блестящие. Под эпикардом единичные точечные рассеянные темно-красные кровоизлияния. Сердце 3,5х3х2,5 см. В полостях сердца жидкая кровь в повышенном количестве. Миокард розовато-синюшный, эластичный, полнокровен. Толщина стенки правого желудочка 0,2 см, левого 0,5 см. Клапанный и пристеночный эндокард тонкий, прозрачный, клапаны сформированы правильно. Коронарные артерии с тонкими стенками, пустым просветом.

Органы брюшной полости расположены анатомически правильно. В полости 50 мл прозрачной жидкости соломенного цвета. Листки брюшины гладкие, влажные, блестящие. В желудке 20 мл густой белой массы. В кишечнике желтого цвета кашицеобразные каловые массы, признаков непроходимости не выявлено. Слизистая желудочно-кишечного тракта бледно-серая. Мезентериальные лимфоузлы располагаются пакетами, диаметр их не более 0,3 см, эластичны. Печень – 148 гр., 12х6х4,5 см, не выступает из под края реберной дуги, эластичная, коричневая с поверхности и на разрезах, полнокровная. Желчный пузырь пустой. Просвет внепеченочных желчевыводящих путей свободно проходим. Селезенка 4х2,5х1 см. Селезенка эластичная, без соскоба, темно-красная. Поджелудочная железа обычных размеров, эластичная, бледно-серая, на разрезах - дольчатого строения. Надпочечники листовидной формы, слои четко различимы. Почки равновелики, эластичные, бобовидной формы 4х3х1,5 см. Капсула сползает при надрезе, обнажая ровную поверхность. По краю разреза паренхима наползает на капсулу. На разрезах корковый слой - синюшный, с подчеркнутым рисунком, мозговой слой также с подчеркнутым рисунком, граница слоев отчетливо выражена. Слизистые оболочки лоханок и чашечек бледно-синюшные, гладкие, блестящие, просвет их свободен. Мочеточники проходимы на всем протяжении, с бледно-серой слизистой. Мочевой пузырь пуст, слизистая оболочка его складчатая, бледно-серая, уретра свободно проходима.

ДАННЫЕ ДОПОЛНИТЕЛЬНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ:

Кровь, стенка мочевого пузыря направлены на судебно-химическое исследование для определения наличия алкоголя.

Кровь направлена на судебно-биологическое исследование для определения групповых характеристик.

На судебно-гистологическое исследование направлены кусочки внутренних органов для определения патоморфологических особенностей.

При судебно-химическом исследовании этиловый спирт в крови, в стенке мочевого пузыря не обнаружен.

А К Т Судебно-гистологического исследования. Судебно-медицинским экспертом, произведено исследование кусочков внутренних органов от трупа

Гр. Г. ЗАКЛЮЧЕНИЕ.

Легкие – очаги эмфиземы на фоне диффузных кровоизлияний с пропитыванием легких гемолизированной кровью. Множественные очаги вторичных ателектазов, единичные мелкие первичные ателектазы..

Слюнные железы – картина цитомегалического сиалоаденита.

Мозжечок мононуклеарный инфильтрат стаз крови в сосудах и перивазальное кровоизлияние в мягких мозговых оболочках, выпадение клеток Пуркинье нет. Умеренный периваскулярный отек.

Мягкие ткани шеи – в лимфоузлах шеи стаз крови, в сосудах мягких тканей аналогичный стаз крови, очаговое кровоизлияние в ганглиях шеи, мононуклеарный инфильтрат и в единичных нервных клетках цитомегаловирусный метаморфоз.

Головной мозг – мелкие раздробленные фрагменты со стазом крови в сосудах и перивазальными кровоизлияниями.

Печень – строение не нарушено, воспалительных изменений нет.

Почки – стаз крови в сосудах, воспаления не выявлено.

Миокард- межуточный отек, неравномерное кровенаполнение сосудов, воспаления не выявлено.

Одно стекло со слюнной железой и одно стекло со срезом яремного ганглия оставлено в архиве кафедры.

Вопросы:

1. Причина смерти?
2. Характер предмета которым были нанесены повреждения?
3. Степень тяжести вреда причиненного здоровью человека?
4. Время наступления смерти?
5. Состояние опьянения?

Эталон:

1. Смерть гр. Г. в результате наступила в результате механической асфиксия от закрытия отверстий рта и носа со сдавлением шеиы, что подтверждается наличием общеасфиктической картины, признаков давления на мягкие ткани лица и шеи.
2. Повреждения возникли от давления твердых тупых предметов без четких идентифицирующих признаков.
3. Обнаруженная при судебно-медицинской экспертизе трупа механической асфиксия согласно пункту 4.а Правил определения степени тяжести вреда, причиненного здоровью человека (Постановление Правительства РФ от 17 августа 2007 г. N 522) квалифицируется, как обусловившая тяжкий вред здоровью и имеет прямую причинную связь со смертью.
4. Согласно динамике трупных явлений давность смерти не менее 12 час. на момент вскрытия трупа в морге.
5. Данных о наличия алкоголя в крови пострадавшего нет.

**6. Перечень практических умений по изучаемой теме**  **УК-1 ПК-1 ПК-2 ПК-3 ПК-5 ПК-7 ПК-8 ПК-9 ПК-10**

- установить причину смерти;

- провести судебно-медицинское исследование трупа при различных видах насильственной смерти;

- определить степень тяжести телесных повреждений;

- установить причинно-следственную связь между повреждением и неблагоприятным исходом.

**7. Рекомендации по выполнению НИР**

Примерная тематика по НИР по теме - не предусмотрена.

**8. Рекомендованная литература по теме занятия** (обязательная, дополнительная, электронные ресурсы, включая законодательные и нормативно-правовые документы)

**Занятие № 32**

**1. Индекс ОД.О.01.1.5.35 Тема: «Механическая асфиксия от сдавления дыхательных путей».**

**2. Форма организации занятия:** подготовка к практическому занятию.

**3. Перечень вопросов для самоподготовки по теме практического занятия**

1. ВОПРОС **УК-1 ПК-1 ПК-2 ПК-3 ПК-5 ПК-7 ПК-8 ПК-9 ПК-10**

Что называют повешением и в каких условиях оно возможно?

ОТВЕТ: Повешение — это механическая асфиксия от сдавления шеи петлей под тяжестью тела человека, иногда только части тела. Повешение может быть полным,когда ноги не касаются земли, и неполным, при положении сидя, полусидя, лежа или в случаях касания подогнутых ног поверхности.

Повешение обычно бывает в петле, однако в некоторых случаях сдавление шеи наступает в развилке дерева, при сдавлении дверцей и стойкой автомашины или в положении лежа на твердой перекладине.

Особенности описания места происшествия при повешении приведены ниже. Не снимая петли, ее описывают и сравнивают с оставленным следом на шее — странгуляционной бороздой. Петля при повешении является важным вещественным доказательством.

Петлю с шеи снимают, не развязывая узла, а при необходимости разрезая ее вдали от него. После сшивания она изучается и подробно описывается судмедэкспертом, а затем сдается следователю для назначения криминалистической экспертизы.

2. ВОПРОС **УК-1 ПК-1 ПК-2 ПК-3 ПК-5 ПК-7 ПК-8 ПК-9 ПК-10**

Какие бывают петли и какое судебно-медицинское значение это имеет?

ОТВЕТ: Петли различают жесткие (проволока, электропровод), полужесткие (веревка, ремень) и мягкие (полотенце, шарф). По устройству могут быть скользящими, когда можно раздвинуть отверстие, и неподвижные, завязывающиеся на шее. В зависимости от числа оборотов различают одиночные, двойные или множественные петли. Способ завязывания узла имеет криминалистическое значение, ибо некоторым профессиям (моряк, рыбак, пожарник и др.), а также жителям отдельных регионов свойственно вязать особые узлы. Все эти особенности петли используются при судебно-медицинской и криминалистической экспертизе.

Расположение петли на шее может быть типичным, когда узел располагается сзади, обычно в затылочной области; сбоку, на правой или левой стороне шеи; и атипичным — при расположении узла спереди, чаще над щитовидным хрящом.

3. ВОПРОС **УК-1 ПК-1 ПК-2 ПК-3 ПК-5 ПК-7 ПК-8 ПК-9 ПК-10**

Какой след. на шее остается от сдавления петлей при повешении и его судебво-медицинское значение?

ОТВЕТ: Основным признаком в исследовании трупа при повешении является странгуляционная борозда — негативный след петли. Обращают внимание на расположение борозды по отношению к щитовидному хрящу и подбородку спереди, затылочному бугру сзади, углом нижней челюсти с боков. Описываются отдельные фрагменты — отпечатки узла и прочее, отмечаются ширина, глубина, наличие валиков ущемления, степень и особенности осаднения, рельеф, возможный рисунок, особенности краев, цвет, плотность, наличие инородных частиц, волокон, металлизации. Все это позволяет выявить особенности использованной петли.

Понятно, что в зависимости от числа борозд на шее определяют число оборотов петли, ширина борозды зависит от толщины петли. Глубокие борозды свидетельствуют о жесткой петле и большой силе сдавления, плохо выраженные петли с нечеткими границами указывают мягкий материал петли. Тонкая странгуляционная борозда может быть скрыта в естественных складках кожи пожилых людей.

Индивидуальное значение для идентификации могут иметь отпечаток пряжки ремня с отдельными деталями и соответствующей металлизацией, рисунок витков веревки с отображением узла и волокнами ткани на поверхности.

При повешении в вертикальном положении об этом свидетельствует косовосходящее направление борозды, обычно расположенной выше щитовидного хряща, незамкнутость и разная степень давления: больше на стороне, противоположной узлу, меньше — с боков. Иногда прерывистость может иметь место не в области узла, а в других местах, и объясняться воротником или другой частью одежды, ущемленной петлей. С другой стороны, бледная полоса на фоне трупных пятен, образуясь от сдавления краем плотно застегнутого воротника, может создать видимость стангуляционной борозды.

4. ВОПРОС **УК-1 ПК-1 ПК-2 ПК-3 ПК-5 ПК-7 ПК-8 ПК-9 ПК-10**

Каковы возможности и значение определения прижизненного возникновения стангуляционной борозды?

ОТВЕТ: Обнаружение повешенного трупа не всегда означает смерть от повешения, ибо зная о частом применении такого способа самоубийства, преступник вешает уже труп человека, что не исключает образования странгуляционной борозды. Поэтому обязательным при исследовании такого трупа следует установление прижизненности повешения. Прежде всего, с этой целью изучают странгуляционную борозду. В начале вскрытия трупа у секционного стола от-сепаровывают кожный лоскут с участком борозды и неизмененной кожи, отделяют от подлежащих тканей, натягивают на стеклянную пластину и рассматривают на просвет. Эта предварительная проба Н. С. Бокариуса при выявлении участков кровоизлияний, особенно в валиках ущемления, предварительно устанавливает прижизненный характер возникновения борозды. Она не исключает необходимости оставлять кусочки кожи для дальнейшего гистологического исследования, при котором кровоизлияния и другие признаки выявятся более надежно.

Признаком прижизненного повешения являются кровоизлияния и надрывы в мышцах шеи при натяжении, особенно в местах прикрепления их к грудине и ключице. Об этом свидетельствуют также поперечные надрывы с кровоизлияниями внутренней стенки общей сонной артерии (признак Амюсса). Примерно в половине случаев при повешении повреждаются хрящи гортани и подъязычковой кости с кровоизлиянием в окружающие ткани. При этом должны иметь место вышеприведенные признаки быстрой смерти. Учитывается и расположение трупных пятен, которые при повешении в вертикальном положении образуются в нижних отделах верхних и нижних конечностей, преимущественно на кистях и стопах.

5. ВОПРОС **УК-1 ПК-1 ПК-2 ПК-3 ПК-5 ПК-7 ПК-8 ПК-9 ПК-10**

Каковы экспертные возможности в решении юридического вопроса о роде смерти?

ОТВЕТ: При повешении в процессе расследования всегда решается вопрос о роде смерти. Чаше всего это самоубийство, однако бывают и случаи убийства. Поэтому судебно-медицин-ский эксперт особое внимание уделяет повреждениям на одежде и теле, характерным для борьбы и самообороны, положению тела и особенностям места происшествия, возможности самостоятельно дотянуться до места закрепления петли и способу затягивания узла. Случайное повешение встречается в виде исключения. Например, мальчик, убегая от сторожа сада, через забор, спрыгивая зацепился майкой, собранной в складки на шее, и оказался повешенным.

6. ВОПРОС **УК-1 ПК-1 ПК-2 ПК-3 ПК-5 ПК-7 ПК-8 ПК-9 ПК-10**

От чего наступает смерть при повешении?

ОТВЕТ: Существует мнение, что смерть от повешения наступает в результате сдавления шеи и прекращения доступа воздуха. Это правильно только частично, ибо смерть при повешении наступает от нескольких факторов. Кроме прекращения (иногда частичного) поступления воздуха, чему способствует смещение кзади и кверху языка, закрывающего просвет гортани, важное значение имеет сдавление сосудов шеи (сонных артерий и яремных вен). Иногда роковую роль играет сдавление нервных стволов шеи и сино-каротидного узла. Резкое сдавление шеи, приводя к комплексу изменений, повышает внутричерепное давление и приводит к потере сознания через 1—2 сек., а затем к расслаблению мускулатуры и прекращению дыхания. Однако в некоторых случаях смерть наступает от первичной остановки сердца. Поэтому попытки самоспасения невозможны. Редкое исключение составляют неполное повешение и слабое затягивание петли.

7. ВОПРОС **УК-1 ПК-1 ПК-2 ПК-3 ПК-5 ПК-7 ПК-8 ПК-9 ПК-10**

 Чем отличается повешение от удавления петлей?

ОТВЕТ: Другой вид странтуляционной асфиксии — удавление петлей, также приводит к образованию странгуляционной борозды и к таким же общим признакам быстрой смерти. Много общего в механизме наступления смерти, в значении особенностей петли и узла, в методике определения прижизнен ности борозды. Между тем, удавление петлей, в отличие от повешения, обычно наступает при ее затягивании посторонней рукой (реже при помощи какого-то механизма) и поэтому является убийством. Это означает, что после выявления странгуляционной борозды, помимо определения ее при-жизненности, следует решить вопрос о происхождении борозды: от повешения или удушения шеи при затягивании руками. Сразу следует напомнить, что при кислородном голодании и сдавлении сосудов в первые же секунды человек теряет сознание, расслабляется его мускулатура. Это исключает возможность самоудавления, так как для наступления биологической смерти даже от действия комплекса факторов нужно 4—5 минут.

8. ВОПРОС **УК-1 ПК-1 ПК-2 ПК-3 ПК-5 ПК-7 ПК-8 ПК-9 ПК-10**

Каковы особенности борозды при удавлении петлей и всегда ли она образуется при убийстве?

ОТВЕТ: Борозда от удавления отличается от описанной выше, образующейся в результате от повешения. Она горизонтальная, расположена на разном уровне, замкнута и на всем протяжении равномерна по глубине. При удавлении, особенно жесткой петлей, чаще, чем при повешении, обнаруживают переломы подъязычной кости, хрящей гортани, с обширным кровоизлиянием вокруг. В таких случаях особенно тщательно надо искать следы борьбы как на месте происшествия, так и на теле.

Самоудавление петлей возможно при использовании предметов, закручивающих петлю, которые обнаруживаются при осмотре. Очень редко бывает удавление петлей в результате несчастного случая, от затягивания косынки, шарфа работающими станками на производстве при нарушении правил техники безопасности.

9. ВОПРОС **УК-1 ПК-1 ПК-2 ПК-3 ПК-5 ПК-7 ПК-8 ПК-9 ПК-10**

Каково происхождение механической асфиксии от удавления руками и как его можно доказать?

ОТВЕТ: Удавление руками всегда убийство, ибо себя таким образом убить невозможно. Сдавливают шею одной или двумя руками. Поэтому в зависимости от этого на передних или боковых поверхностях шеи образуются полулунные ссадины от ногтей или овальные кровоподтеки от подушечек пальцев. Можно учесть, что при удавлении правой рукой, одно повреждение располагается на правой, а большее число — на левой поверхности шеи. При сдавлении руками повреждения будут с двух сторон. При сдавлении шеи ребенка, повреждения будут и сзади. Однако при сопротивлении жертвы повреждения не имеют такой формы. При наличии прокладки из ткани на шее повреждений может вовсе не быть.

При этом виде сдавления шеи во всех случаях встречаются переломы гортани, подъязычной кости, щитовидного хряща. В некоторых случаях имеет значение направление перелома. Как правило, на подобных трупах бывают и другие повреждениям, свидетельствующие о борьбе и самообороне. Сдавление шеи может быть коленом, между плечом и предплечьем, что не оставляет следов. Следует обратить внимание на обязательное наличие признаков быстрой смерти.

10. ВОПРОС **УК-1 ПК-1 ПК-2 ПК-3 ПК-5 ПК-7 ПК-8 ПК-9 ПК-10**

Что такое компрессионная асфиксия и как доказать этот вид механической асфиксии?

ОТВЕТ: К асфиксии от сдавления относится и компрессионная асфиксия. Она возникает от сдавления только груди или живота, но быстрее наступает при одновременном сдавлении груди и живота, так как приводит к ограничению или прекращению дыхания, нарушению кровообращения. Обычно это бывает при различных авариях на стройке, транспорте, во время разрушения, обвалов зданий от землетрясений или взрыва. Сдавления бывают в толпе, при падении человека и его затаптывании.

Общие изменения на трупе такие же, как при других видах асфиксии, но для диагностики имеют значение и некоторые особенности. Это более резко выраженная одутловатость и синюш-ность лица, на фоне которой обнаруживается множество точечных кровоизлияний — экхимо-зов. Поэтому этот признак называют экхимоти-ческая маска, а иногда глаза выпячиваются из орбит. Такие же точечные кровоизлияния иногда распространяются на шею и грудь. Встречаются следы кровоизлияний в носу и ушах. При осмотре трупа имеют значение следы сдавления тела: осаднения, отпечатки одежды или предметов, инородные частицы песка, гравия, стекла и пр. При внутреннем исследовании трупа в отличие от общих признаков асфиксии полнокровные легкие окрашены в красный цвет по сравнению с темной кровью в других местах. Это называют карминовым отеком. Объясняется это тем, что воздух при сдавлении все-таки проникает в легкие. Иногда выявляются и повреждения внутренних органов (переломы костей, раз-мозжения, разрывы органов) от сдавления. Если сдавление тела было постепенным, то воздух из легких выходит через естественные пути, если же внезапным и быстрым, то и через плевру легких, приводя к воздушным пузырям в легких — эмфиземе.

**4. Самоконтроль по тестовым заданиям данной темы**

1. ФАЗА АСФИКТИЧЕСКОГО ПРОЦЕССА

ПК-5

1) потеря сознания

2) непроизвольный акт дефекации

3) кратковременная остановка сердца

4) поверхностное дыхание

5) инспираторная отдышка

Правильный ответ: 5

1. МЕХАНИЗМ РАЗВИТИЯ КАРМИНОВОГО ОТЕКА ЛЕГКИХ

ПК-5

1) повышение белков крови

2) увеличение углекислого газа в крови

3) понижение проницаемости легочных капилляров в условиях гипоксии легких

4) застой крови в легких вследствие невозможности совершать дыхательные движения

5) расширение межреберных промежутков

Правильный ответ: 4

1. ГОРИЗОНТАЛЬНО РАСПОЛОЖЕННАЯ, РАВНОМЕРНО ВДАВЛЕННАЯ, ЗАМКНУТАЯ (ЦИРКУЛЯРНАЯ) СТРАНГУЛЯЦИОННАЯ БОРОЗДА МОЖЕТ БЫТЬ ПРИ

ПК-5

1) повешении

2) удавлении петлей

3) несчастном случае

4) удавлении руками

5) удавлении твердым тупым предметом

Правильный ответ: 2

1. ПРИ ОСМОТРЕ ТРУПА НА МЕСТЕ ЕГО ОБНАРУЖЕНИЯ ПЕТЛЯ

1) развязывается и предается следователю

2) снимается с трупа и передается следователю

3) разрезается с последующим скреплением концов и передается следователю

4) остается на трупе

5) снимается с трупа и передается родственникам погибшего

Правильный ответ: 3

1. СПОСОБ ОБНАРУЖЕНИЯ ЕДИНИЧНЫХ МЕЛКИХ ИНОРОДНЫХ ЧАСТИЦ В ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЯХ

ПК-5

1) непосредственная микроскопия

2) исследование гистологических срезов легких и бронхов

3) исследование смывов со слизистой оболочки дыхательных путей

4) исследование мазков или отпечатков со слизистой оболочки дыхательных путей

5) осмотр вскрытых дыхательных путей в ультрафиолетовых лучах

Правильный ответ: 4

1. К ОБТУРАЦИОННОЙ АСФИКСИИ ОТНОСИТСЯ

ПК-5

1) асфиктический тип утопления

2) механическая асфиксия от сдавления грудной клетки

3) закрытие дыхательных отверстий инородными телами (предметами)

4) повешение

5) удавление петлей

Правильный ответ: 3

1. РАСПОЛОЖЕНИЕ УЗЛА СКОЛЬЗЯЩЕЙ ПЕТЛИ НА ШЕЕ ПРИ ТИПИЧНОМ ПОВЕШЕНИИ

ПК-5

1) спереди

2) сзади

3) сбоку слева

4) сбоку справа

5) в нижней трети шеи

Правильный ответ: 2

1. ЭЛЕМЕНТ СТРАНГУЛЯЦИОННОЙ БОРОЗДЫ

ПК-5

1) кровоизлияния по верхнему краю

2) стенки

3) признак Амюсса

4) пятна Тардье

5) дно

Правильный ответ: 5

1. ВИД (ТИП) УТОПЛЕНИЯ

ПК-5

1) от сдавления живота

2) ложный

3) инспирационный

4) аспирационный

5) рецепторный

Правильный ответ: 4

1. ПЯТНА РАССКАЗОВА-ЛУКОМСКОГО-ПАЛЬТАУФА ЯВЛЯЮТСЯ ПРИЗНАКОМ

ПК-5

1) давности наступления смерти при утоплении

2) смерти от ишемической болезни сердца

3) смерти от утопления (в воде)

4) смерти от острой кровопотери

5) пребывания трупа в воде

Правильный ответ: 3

**5. Самоконтроль по ситуационным задачам**

Задача №1. **УК-1 ПК-1 ПК-2 ПК-3 ПК-5 ПК-7 ПК-8 ПК-9 ПК-10**

ОБСТОЯТЕЛЬСТВА ДЕЛА: в направлении указано, что «около 21,00 минут 30 мая 2011 в приусадебном участке д.№ 00 по ул. Мира п. …….. Ивановского района К. края в земле в картонной коробке обнаружен труп младенца, рожденный гр. Н. 1983 г.р., в ходе проверки по сообщению, 28.05.11г. ».

НАРУЖНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ: Труп ребенка женского пола, доставлен в картонной коробке в целлофановом пакете, плацента 220 гр., диаметром 14 см. Масса тела 1100 грамм, длина 39 см. Правильного телосложения. С неотделенной пуповиной, длиной 43 см. Кожа обильно опачкана землей, по отмыванию земли в сыровидной смазке. На плечах пушковые волосы. Большие половые губы не прикрывают малые. В соединительных оболочках глаз и слизистой век множественные кровоизлияния. Пупочное кольцо по центру передней брюшной стенки. Из носа подтекает красноватая, гнилостная жидкость. Прямой размер головы 10 см, большой поперечный 8,0 см большой косой 11,5 см. Голова правильной формы, кости черепа и лицевого скелета на ощупь целы. Грудная клетка цилиндрическая, эластичная, упругая, ребра на ощупь целы. Живот на одном уровне с грудной клеткой. Слизистая оболочка губ синюшная, подсохшая. Анальное отверстие сомкнуто. Кости конечностей целы. Ядро Беклара отсутствует.

ПОВРЕЖДЕНИЯ. Видимых повреждений при наружном осмотре не выявлено. Кожные разрезы проведены методом Медведева с полной отсепаровкой кожи лица. При послойной отсепаровке кожи лица, грудной клетки - слева в мышцах над грудино-ключичным сочленением округлое кровоизлияние диаметром 1см. Кровоизлияние в виде полосы шириной в 2,5см, условно начинающееся слева в височных мышцах проходящее по мышцам подчелюстной области и мягким тканям передней поверхности нижней челюсти и заканчивающееся справа в мышцах в проекции сосцевидного отростка. В зоне кровоизлияние пропитывание мягких тканей до кости. В области нижнечелюстных суставов с обеих сторон в подкожной клетчатке кровоизлияние диаметром по 2 см. При проведении воздушной пробы – получен воздух из плевральных полостей, из полостей сердца не получен.

Извлечение органокомплекса произведено по методу Шора, с рассечением ребер спереди. Череп вскрывался циркулярным распилом. Доступ к спинному мозгу осуществлялся сзади по методу Медведева.

ПОЛОСТЬ ЧЕРЕПА: Незначительное смещение левой теменной кости на правую, в теменной области с центром в 3см от венечного шва поднадкостничное кровоизлияние диаметром 5см, к этой же зоне кровоизлияние и студневидный отек кожи. Череп вскрыт методом Фишера. При ревизии слева немного жидкой темной крови в средней и передней черепных ямках. Интрадуральное кровоизлияние в серпе от петушиного гребня и до вершины лямбдовидного шва по ходу сагиттального синуса, краевые надрывы длиной по 0,5см, с обеих сторон радиально от тинкториальной вырезки парусов мозжечкового намета с инфильтрацией их кровью, с разволокнениями и кровоизлияниями в парусах намета. Субарахноидально резкое полнокровие сосудов оболочек. Справа и слева пои наружной и верхней поверхностям теменных и затылочных долей отграниченно диффузные темно-красные кровоизлияния диаметром по 4 см, с максимальной интенсивностью в глубине борозд. Под надкостницей затылочного бугра кровоизлияние диаметром 1 см. В задней черепной ямке немного жидкой крови, в зоне стока пазух интрадуральных кровоизлияний не выявлено. Отмечается полный отрыв чешуйки затылочной кости от боковой части с массивными эпидуральными кровоизлияниями в данной зоне, и слева - инфильтрирующеся кровоизлияние в лямбдовидном синдосмозе на границе с чешуйчатым швом, на участке длиной 1 см. При ревизии шейного отдела позвоночника и позвоночных артерий каких-либо повреждений не выявлено. Головной мозг студневидный, видимых глазом повреждений не выявлено.

ОРГАНЫ ШЕИ, ГРУДНОЙ И БРЮШНОЙ ПОЛОСТЕЙ: язык грязно-серый влажный, не обложен. Слизистые оболочки носоглотки грязно-серые, влажные, блестящие. В венах темная жидкая кровь. Щитовидная железа обычных размеров, с равновеликими долями, плотно-эластичная, темно-коричневая, на разрезе полнокровна, дольчатого строения. Аорта эластична, со следами жидкой крови в просвете. Левое легкое выполняет половину грудной клетки, правое легкое 2/3. В передних отделах легкие розовые, в остальных отделах темно-розовые. При проведении воздушной пробы концевые отделы передней поверхности нижней доли правого легкого плавают, остальные отделы легких тонут. Оба легких, кроме плавающих частей изъяты на диатомовый планктон. В субплевральном и под эпикардом точечные кровоизлияния. Легкие весом 30 грамм оба. В полости перикарда следы прозрачной с гнилостным запахом жидкости, листки его гладкие, влажные, блестящие. Сердце 2,5х2х1,5 см, эластичное с правильно сформированными сосудами и полостями. Баталов проток и овальное окно открыты. В полостях сердца жидкая кровь с гнилостными изменениями, пороков не выявлено. Толщина правого и левого желудочков по 0,3 см. Желудок раздут гнилостными газами. Толстый кишечник выполнен меконием, поворот завершен, тонкий кишечника пустой. Селезенка расползается под пальцами из-за аутолиза, размером 3,5х1,5х1 см. Печень весом 110 грамм, коричневая эластичная полнокровная. 10х5х3х2 см. Поджелудочная железа обычных размеров, плотно-эластичная, бледно-серая, на разрезах – дольчатого строения Почки равновелики, размером 2х1,5х1,1 см дряблые с аутолизом, полнокровные. Капсула снимается легко, обнажая эмбриональную дольчатость. Слизистые оболочки лоханок и чашечек бледно-синюшные, гладкие, блестящие, просвет их свободен. Мочеточники проходимы на всем протяжении, с бледно-серой слизистой. Мочевой пузырь пуст, слизистая оболочка его складчатая, бледно-серая, уретра свободно проходима.

На этиловый алкоголь взят фрагмент плаценты.

В судебно-биологическое отделение направлена селезенка для определения видовой принадлежности.

На диатомовый планктон почка, оба легких.

ДАННЫЕ ДОПОЛНИТЕЛЬНЫХ МЕТОДОВ ИССЛЕДОВАНИЯ.

1. Акт исследования трупного материала. В легком обнаружены створки диатомового планктона. В почках не обнаружены.
2. Акт судебно-химического исследования. В плаценте этиловый спирт не обнаружен.

Вопросы:

1.Является ли труп младенца новорожденным, доношенным, срок внутриутробной жизни?

2.Причина смерти?

3.Степень тяжести вреда причиненного здоровью человека?

4.Время наступления смерти?

5.Состояние опьянения?

Эталон:

1.Наличие неотделенной пуповины говорит о том, что ребенок новорожденный. Согласно антропометрическим данным, ребенок является недоношенным, со сроком внутриутробной жизни 27-29 недель, жизнеспособным, зрелым. Наличие дышавших легких, что подтверждается положительной плавательной пробой и наличием створок диатомового планктона в легких, говорит, что ребенок является живорожденным. Длительность внеутробной жизни – не менее нескольких минут.

2.Смерть новорожденной наступила в результате наступила в результате механической асфиксия от закрытия отверстий рта и носа со сдавлением головы, что подтверждается наличием общеасфиктической картины, признаков давления на мягкие ткани головы с наличием кровоизлияний (см. пункт 1), наличием черепно-мозговой травмы сдавления с действием травмирующих сил в передне-заднем направлении навстречу друг другу, с локальным переломом латерально-базиллярного синхондроза, перерастяжением с разрывами серпа и парусов мозжечкового намета, наличием отграничено-диффузных кровоизлияний в больших полушариях в проекции лябдовидного шва (Новая медицинская технология ФС по надзору в сфере здравоохранения и социального развития ФС №2011/169 от 15.06.11 «Судебно-медицинская дифференциальная диагностика родовой травмы нервной системы от травмы насильственного происхождения»). Повреждения возникли от давления твердых тупых предметов без четких идентифицирующих признаков навстречу друг другу. Кровоизлияния в коже головы могли возникнуть, в том числе и при воздействии пальцев рук человека.

3.Обнаруженная при судебно-медицинской экспертизе трупа черепно-мозговая травма сдавления по тяжести вреда здоровья не оценивается, т.к. входит в комплекс повреждений при механической асфиксии, которая согласно пункту 4.а Правил определения степени тяжести вреда, причиненного здоровью человека (Постановление Правительства РФ от 17 августа 2007 г. N 522) квалифицируется, как обусловившая тяжкий вред здоровью и имеет прямую причинную связь со смертью.

4.Согласно динамике трупных явлений давность смерти не менее 2-х суток на момент вскрытия трупа в морге.

5.Данных о наличия алкоголя в крови пострадавшей не обнаружено.

Задача №2. **УК-1 ПК-1 ПК-2 ПК-3 ПК-5 ПК-7 ПК-8 ПК-9 ПК-10**

ОБСТОЯТЕЛЬСТВА ДЕЛА. В направлении указано, что «19.02.2012г. примерно в 09 часов 00 минут по адресу: г. К….., проезд Мира, 00 обнаружен труп мужчины неустановленного».

Представлена «Карта осмотра трупа (приложение к протоколу осмотра трупа на месте его обнаружения)», заполненная судебно-медицинским экспертом 19.02.2012г., согласно которой: Время начала и окончания осмотра 12:15-13:00. Температура воздуха +7,0С. Местонахождение трупа – в помещении, в строительном вагончике, в одежде, положение «сидя» на полу. Трупные явления: ректальная температура 22,0С (12:15), 21,5С (13:00); трупное окоченение хорошо выражено во всех группах мышц; образование идиомускулярной опухоли – вмятина на месте удара; трупные пятна синюшно-фиолетовые, насыщенные, разлитые, на задней поверхности, при дозированном надавливании исчезают и восстанавливаются через 55 секунд. Повреждения: Ушибленные раны на лице и волосистой части головы, слизистой губ. Кровоподтек на шее. Примечание: кожные покровы лица, волосы на голове, пальцы кистей опачканы кровью. Кровь на одежде (одежда была изъята в ходе осмотра следователем). Других сведений в «Карте осмотра трупа» нет.

НАРУЖНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ. Труп доставлен в секционную в следующей одежде: шорты х/б черного цвета, На секционном столе труп мужского пола, правильного телосложения, удовлетворительного питания, длиной тела 170 см, массой 76 кг, кожные покровы бледно-серого цвета, холодные на ощупь. Трупные пятна разлитые, багрово-синюшного цвета, расположены на заднебоковых поверхностях туловища и конечностей, при надавливании пальцем окраски не меняют. Трупное окоченение разрешено во всех группах мышц. Волосы на голове черные с проседью, длиной до 10см. Кости мозгового черепа и лицевого скелета на ощупь целы. Глаза закрыты, зрачки равномерные, по 0,4 см в диаметре. Склеры инъецированы, с множеством мелкоточечных темно-красных кровоизлияний. В склере наружного угла левого глаза имеется темно-красное кровоизлияние, размером 1х2см. Кости и хрящи носа на ощупь целы. Рот закрыт, язык расположен за линией зубов. Лунки отсутствующих зубов заращены, сглажены. Переходная кайма губ, слизистая оболочка десен и внутренней поверхности губ бледно-розового цвета, не повреждены. Ушные раковины обычной формы, наружные слуховые проходы свободные. Шея развита пропорционально туловищу, без патологической подвижности. Грудная клетка цилиндрической формы, на ощупь без патологической подвижности. Передняя стенка живота расположена на уровне реберных дуг. Наружные половые органы развиты правильно, по мужскому типу. Рубцовых и язвенных изменений, а также патологических выделений из наружного отверстия мочеиспускательного канала нет. Заднепроходное отверстие сомкнуто, кожа вокруг него чистая. На лучистых складках переходной части слизистой оболочки прямой кишки повреждений нет. Конечности развиты пропорционально туловищу. Длинные трубчатые кости верхних и нижних конечностей, кости таза и грудной клетки на ощупь целы.

СЛОВЕСНЫЙ ПОРТРЕТ: На вид 50-55 лет. Лицо европеоидной расы, овальной формы. Волосы на голове черные с проседью, длиной до 10см. Лоб средней высоты, не скошен. Брови густые, дугообразные, несколько сросшиеся на переносице. Нос широкий, кончик закруглен. Радужка светло-коричневого цвета. Губы полные, прямые. Верхняя губа несколько выступает. Подбородок овальный, в профиль выступает. Ушные раковины овальной формы, мочки сросшиеся.

Зубная формула: на верхней челюсти справа 1,4 зубы целы, 2,3,6,7 зубы сколоты до шейки, кариозно изменены, слева 1,4,5 зубы целы, остальные зубы отсутствуют; на нижней челюсти справа 1-3 зубы целы, 4 зуб сколот на 3/4, кариозно изменен, 8 зуб сколот на 1/2 сколот, кариозно изменен, слева 1-4 зубы целы, 7 зуб сколот до шейки, кариозно изменен, остальные зубы отсутствуют. Лунки отсутствующих зубов заращены, сглажены.

ОСОБЫЕ ПРИМЕТЫ: На наружной поверхности левого плеча темно-синяя татуировка в виде изображения церкви с куполами.

КРАТКИЕ АНТРОПОМЕТРИЧЕСКИЕ ДАННЫЕ: длина тела 170см, длина стопы 24см.

ПОВРЕЖДЕНИЯ. В области наружного конца левой брови расположена рана углообразной формы, горизонтальный луч проходит от средней трети брови до ее наружного конца, длиной 4,5см. Вертикальный луч раны проходит от средней трети брови на лобную область под углом 90 градусов к горизонтальному лучу, длиной 3см. Края описанной раны неровные, кровоподтечные, концы, приближаются к острым, в углах раны видны соединительно-тканные перемычки.

- В области наружного конца правой брови расположена горизонтальная линейная рана, с неровными кровоподтечными краями, концами, приближающимися к острым, длиной 1,5см.

- В левой теменной области, на 5см левее средней линии и на 2см кзади от передней линии роста волос, расположена линейная рана, ориентированная спереди назад и несколько слева направо, с характеристиками аналогичными вышеописанным, длиной 3,5см.

- На 0,5см кзади от описанной раны расположена аналогичная линейная рана, ориентированная параллельно вышеописанной ране, длиной 5см.

- В левой теменно-затылочной области, на 6см левее средней линии, на 6см выше затылочного бугра, расположена линейная рана, ориентированная косо-вертикально, с аналогичными вышеописанным характеристиками.

- На слизистой внутренней поверхности верхней губы, на 1,5см левее средней линии расположена вертикальная линейная рана, с характеристиками аналогичными вышеописанным, длиной 1,5см. На одном уровне с данной раной обнаружены две горизонтальные линейные аналогичные раны на слизистой нижней губы, длиной 0,5см и 1,5см.

- Все выше описанные раны не имеют признаков заживления.

- В левой лобной области, на 4см левее средней линии, на 1,5см ниже линии роста волос, расположена прерывистая полосовидная ссадина, ориентированная горизонтально, с бледно-коричневым влажным дном ниже уровня окружающей кожи, размером 0,8х4см.

- Ссадины в аналогичными характеристиками расположены в правой щечной и в скуловой областях, размером 3х7см; в левой щечной области, размером 2,5х5см; в левой околоушной и нижнечелюстной областях, размером 2х10см; в подбородочной области, размером 2,5х7см.

- На наружной поверхности левой ушной раковины в нижней трети расположена косо-вертикальная линейная рана, с неровными кровоподтечными краями, концами, приближающимися к острым, длиной 0,8см.

- На передней поверхности шеи в средней трети кровоподтек синюшно-фиолетового цвета, неправильно-овальной формы, размером 4х7см.

- На задней поверхности правого предплечья в верхней трети кровоподтек синюшно-фиолетового цвета, неправильно-овальной формы, размером 3х5см.

При наружном исследовании трупа каких-либо других повреждений не обнаружено.

ВНУТРЕННЕЕ ИССЛЕДОВАНИЕ. Полость черепа: кожно-мышечный лоскут головы бледно-розового цвета, влажный, блестящий, с наличием темно-красного кровоизлияния в правой лобно-орбитальной области, размером 6х7см, а также в проекции кожных ран левой лобной области, левой теменной и левой теменно-затылочной областей. Череп вскрыт угловым распилом. Твердая мозговая оболочка серо-перламутрового цвета, не напряжена, в синусах ее темная, жидкая кровь. Под твердой мозговой оболочкой по наружной поверхности правой лобной доли обнаружено скопление темно-красных, рыхлых свертков крови, в виде прослойки толщиной 0,3-0,5см, общим объемом 7мл. Свертки крови легко отделяются от твердой мозговой оболочки, неплотно прикреплены. Мягкая мозговая оболочка утолщена, приподнята светлой, находящейся под ней жидкостью. Под мягкой мозговой оболочкой по наружной поверхности правой лобной доли в средней трети верхней лобной извилины четыре пятнистых темно-красных очаговых кровоизлияния, округлой формы, диаметром от 0,5см до 1см. Рельеф мозга сглажен. Извилины увеличены в размере, неравномерно уплощены, борозды сглажены. Масса мозга 1340 гр. Вещество мозга дряблое, тянется за лезвием секционного ножа. Серое вещество коры и подкорковых ядер имеет бледную желтоватую окраску. На поверхности разрезов в большом количестве появляются красные точки, легко снимаемые спинкой ножа при поглаживании. Желудочки мозга не расширены, содержат около 10 мл светло-серой, прозрачной жидкости. Внутренняя стенка желудочков бледно-желтого цвета, дряблая, влажная, блестящая, с выраженным сосудистым рисунком. Сосудистые сплетения желудочков серо-синюшного цвета, зернистые. Мозжечок на разрезе имеет древовидное строение, с четкой границей между слоями, без очаговых изменений. На миндалинах мозжечка определяется борозда вдавления от краев большого затылочного отверстия на глубину до 0,5см. Сосуды основания мозга на разрезе зияют, стенки их утолщены, эксцентрически расположенными атеросклеротическими бляшками в стадии фиброза, просвет сосудов на поперечных разрезах сужен на 1/3. По удалению твердой мозговой оболочки кости свода и основания черепа целы.

ГРУДНАЯ И БРЮШНАЯ ПОЛОСТИ: Подкожно-жировая клетчатка выражена удовлетворительно. Мышцы шеи, груди, живота бледно-коричневого цвета, влажные. Легкие полностью выполняют плевральные полости. В плевральных полостях свободной жидкости и спаек нет. В брюшной полости свободной жидкости и спаек нет. Петли кишечника прикрыты большим сальником, равномерно вздуты. Печень выступает из-под края реберной дуги на 3 см. Дно мочевого пузыря расположено ниже уровня лонного сочленения. Органы в полостях расположены анатомически правильно, для исследования извлечены единым органокомплексом. Язык обложен белым налетом, на разрезе без признаков кровоизлияний. Миндалины размерами по 2,5х2х1,5см, дряблые, на разрезе серо-желтого цвета, сочные. При ревизии органокомплекса шеи отмечаются темно-красные кровоизлияниями в мягких тканях вокруг гортани. Вход в гортань свободен, голосовая щель зияет. Хрящи гортани и трахеи, подъязычная кость целы. Щитовидная железа двудольчатая, доли размерами по 3,5х2х1,5см, соединены тонким перешейком, «мясистого» вида, цвета и консистенции. В просвете аорты темная жидкая кровь в большом количестве, стенка ее утолщена и уплотнена. Внутренняя стенка аорты желтого цвета, с наличием в брюшном отделе атеросклеротических бляшек серо-желтого цвета в стадии фиброза. Ширина аорты в грудном отделе 5 см, края её на поперечном разрезе расходятся на 2 см. Просвет пищевода не расширен, в просвете светло-серая слизь в небольшом количестве; слизистая пищевода серо-синюшного цвета, продольная складчатость сглажена. В просвете трахеи и крупных бронхов бледно-розовая слизь в небольшом количестве; слизистая оболочка влажная, блестящая, светло-розового цвета, без очаговых изменений. Легкие эмфизематозно вздуты, с поверхности светло-розового цвета с множеством мелкоточечных, темно-красных кровоизлияний, располагающихся под легочной плеврой. Масса правого лёгкого 950гр, левого - 800гр. На разрезах ткань легких тёмно-фиолетового цвета, с участками темно-серого прокрашивания, с тяжами плотной, белесовато-серой ткани, сосудистый и бронхиальный рисунок выражен, стенки бронхов утолщены, сближены друг с другом, выступают выше уровня разрезов; при надавливании с поверхности разрезов стекает большое количество темной, жидкой крови. Околопочечная клетчатка развита удовлетворительно. Надпочечники имеют листовидную форму, размерами 3,5х3х0,5см каждый, на разрезе кора желтого цвета, мозговое вещество серо-коричневое, граница между ними хорошо выражена. Почки парные, бобовидной формы, размером по 11х8х5,5см, массой по 200гр. Фиброзная капсула серого цвета, снимается с трудом, поверхность под ней гладкая. На разрезе ткань почек полнокровная, кора толщиной до 0,5 см, тёмно-коричневого цвета; пирамиды красно-фиолетового цвета, границы между слоями хорошо выражены; сосуды не выступают выше уровня разрезов, стенки их несколько утолщены. Просвет лоханок и чашечек почек не расширен. Мочеточники проходимы на всем протяжении. В мочевом пузыре 50мл светло-желтой, прозрачной мочи, слизистая оболочка пузыря бледно-серого цвета, складчатость в области дна сглажена. Сердечная сорочка не повреждена, в полости ее следы светло-желтой, прозрачной жидкости. Сердце плотное на ощупь, конусовидной формы, верхушка закруглена, по ходу коронарных сосудов слабо обложено жиром, размерами 11х10х8см. Масса сердца 400гр. Полости сердца не расширены, в них тёмная жидкая кровь. Створки клапанов сердца и крупных сосудов непрозрачные, гладкие, подвижные, смыкаются полностью. Внутренняя оболочка (эндокард) равномерного бледно-коричневого цвета, сосочковые мышцы утолщены, сухожильные хорды клапанов укорочены. Мышца сердца на разрезе тёмно-коричневого цвета, с участками более темного – серо-вишневого цвета (полнокровия), и более светлого – бледно-коричневого цвета (малокровия). Толщина мышечного слоя стенки левого желудочка 1,6см, правого - 0,4см, межжелудочковой перегородки – 1,5см. Коронарные артерии на разрезе не спадаются; просвет их сужен плотными, эксцентрически расположенными атеросклеротическими бляшками в стадии фиброза до 1/3 диаметра. Печень размерами 27х18х13х11см, массой 1680гр, на ощупь плотная, поверхность гладкая, тёмно-коричневого цвета, край закруглен. На разрезах ткань печени тёмно-коричневого цвета, полнокровная. Желчный пузырь грушевидной формы, не напряжен, содержит около 5мл жидкой светло-оливковой желчи, стенка его не утолщена, слизистая бархатистая, темно-зеленого цвета. Селезенка размером 10х7х3см, массой 85гр, плотная на ощупь, капсула светло-серого цвета; на разрезе ткань ее тёмно-вишневого цвета, соскоба не даёт. Поджелудочная железа в виде плотного тяжа, размером 16х3,5х3см, на разрезе ткань дольчатого строения серо-жёлтого цвета. В желудке около 40мл светло-серых кашицеобразных полупереваренных пищевых масс, без различимых пищевых фрагментов, складчатость слизистой сглажена, без кровоизлияний. В двенадцатиперстной кишке содержится слизь в виде «рисового отвара». Отмечается отек Фатерова соска. В просвете тонкого и толстого кишечника светло-коричневые каловые массы.

ПРИМЕЧАНИЕ:

Кровь и моча направлены на судебно-химическое исследование для определения наличия этилового спирта.

Кусочки головного мозга, печени, сердца, почек, легких направлены на судебно-гистологическое исследование для определения патоморфологических изменений.

Кровь, моча, почка, желудок с содержимым направлены на судебно-химическое исследование для определения наличия спиртов и растворителей, ацетальдегида.

Образец крови направлен в судебно-биологическое отделение для определения групповой принадлежности.

Органокомплекс шеи направлен на медико-криминалистическое исследование для определения наличия повреждения, механизма их образования; кожный лоскут с раной левой брови для определения характера повреждения, механизма образования, свойств травмирующего предмета.

Кровь из синусов твердой мозговой оболочки и гематома из черепа направлены на судебно-биохимическое исследование для определения концентрации метгемоглобина.

Труп сфотографирован.

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛАБОРАТОРНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ:

1. При судебно-химическом исследовании (служебная записка от 29.02.12г., судмедэксперт) обнаружен этиловый спирт в концентрации в крови – 2,8 промилле, в моче – 4,15 промилле.

2. Судебно-гистологическое исследование (акт от 02.03.12г., получен 05.03.12г., судмедэксперт), заключение: острая гематома с одной из поверхностей твердой мозговой оболочки. Два мелкоочаговых субарахноидальных кровоизлияния в области извилины больших полушарий головного мозга без выраженных реактивных изменений. Отсутствие очагов деструкции, кровоизлияний в коре больших полушарий, два мелкоочаговых кровоизлияния в стволовых отделах головного мозга. Диффузно-очаговые инфильтрирующие кровоизлияния в «мягких тканях головы» и массивные инфильтрирующие кровоизлияния в «мягких тканях шеи» с начальными реактивными изменениями (согласно литературным данным – на скорость появления и развития воспалительно-репаративного процесса, кроме временного, влияют и другие факторы – процессы заживления замеляют некоторые заболевания и травмы, иммунодефицитные состоянии, алкогольная интоксикация и др.). Мелкие очажки острой альвеолярной эмфиземы, гиперемия сосудистого русла в легком (с диапедезом единичных эритроцитов в просветы альвеол). Очаговая смешанная (белковая, жировая) дистрофия печени. Умеренное полнокровие сосудов микроциркуляции в почке. Неравномерное кровенаполнение сосудистого русла в сердце, очаговое набухание миофибрилл в кардиомиоцитах.

3. При судебно-химическом исследовании (акт от 06.03.12г.) заключение: в крови обнаружен ацетальдегид в концентрации 3,518 мг%. В крови, моче, содержимом желудка не обнаружено: метилового, пропиловых, бутиловых, амиловых спиртов; ацетона, ядовитых галогенопроизводных, бензола, толуола, ксилола. Обнаружен этиловый алкоголь в крови 2,8 промилле, в моче 4,15 промилле (Акт судебно-химического исследования от 29.02.12г.)

4. При судебно-биологическом исследовании (справка от 21.02.12г.) групповая характеристика крови из трупа неизвестного мужчины – выявлен лишь антиген В.

5. При медико-криминалистическом исследовании (акт от 16.03.12г., получен 19.03.2012г.) установлено: 1. На препарате кожи ушибленная рана, с признаками однократного ударного воздействия твердым тупым предметом с плоской ограниченной контактирующей поверхностью, вероятней всего, с наличием угла, образованного схождением ребер. Посторонних включений на стенках раны не обнаружено. На органокомплексе шеи обнаружен полный косо-вертикальный сгибательный перелом в средней трети левого большого рожка подъязычной кости, возникший от механического воздействия с направлением силы слева направо и вовнутрь.

6. При судебно-биохимическом исследование (Акт от 06.03.12г.) определена концентрация метгемоглобина в крови из синусов ТМО – 0,13%, в гематоме из черепа – 1,40%, разность 1,27%.

Представлен протокол осмотра места происшествия от 19.02.12г. Осмотром установлено: объектом осмотра является вагончик строительный, расположенный рядом с домом № 00, проезд связистов г. К……. Вагончик выполнен из металлической конструкции, белого цвета. Вход в вагончик осуществляется через деревянную дверь, на момент осмотра, которая находится в открытом состоянии. На расстоянии 70 см от пола с наружной и внутренней сторон имеются врезные дверные ручки, которые обрабатываются дактопорошком, как «Атроцитон». Следов, пригодных для идентификации, не обнаружено. При входе в указанную дверь, оказываешься в помещении размерами 4х3х3 метра. На пороге обнаружен нож кухонный с рукоятью черного цвета, лезвие примерно 7 см. Указанный нож изымается. В ближнем левом углу расположена полка с обувью. Далее за ним стоит двустворчатый платяной шкаф, при обработке двери данного шкафа атроцитоном, следов, пригодных для идентификации, не обнаружено. В шкафу расположены предметы одежды, далее за данным шкафом расположена тумбочка деревянная, белого цвета. На ней расположена тумба коричневого цвета с телевизором. Далее в дальнем левом углу расположена односпальная кровь, на которой расположены 2 фрагмента ДСП: первый размером 6х15 см, второй размером 7х10 см. Следов биологического происхождения на них не обнаружено. При обработке следов, пригодных для идентификации, не обнаружено. Справа от входа расположена тумба, за ней в углу расположена раковина с умывальником. Рядом с раковиной расположена бутылка, объемом 0,5 л, стеклянная, при обработке следов, пригодных для идентификации, не обнаружено. Далее за раковиной расположен кухонный шкаф с посудой. Напротив входа в вагончик, у противоположной стены расположен кухонный стол с едой. На расстоянии 30 см от стола обнаружен кухонный нож, который изымается. В дальнем правом углу расположена кровать односпальная, рядом с которой обнаружен труп мужчины.

Осмотр трупа с участием смэ. Труп в помещении, полусидя на полу, голова, задняя поверхность наклонена назад, прислонены к краю кровати, голова запрокинута, наклонена и резко повернута в правую сторону. Левая рука прижата к туловищу, часть предплечья прислонена к ножке столика, пальцы сжаты в кулак. Правая рука отведена в сторону от туловища, разогнута в локтевом суставе, передняя поверхность наклонена, правая рука на сиденье кровати, ноги сближены между собой, полусогнуты в коленных суставах, направлены в левую сторону. Ягодицы касаются пола правая, несколько возвышается. Для дальнейшего осмотра перемещен. Одежда: куртка из х/б ткани спецодежды, спереди замок типа «молния», расстегнута до низа. Куртка черно-серого цвета, ворот куртки преимущественно слева, капюшон опачкан веществом красно-бурого цвета. Кофта с начесом темно-зеленого и темно-синего цвета, спереди замок «молния», расстегнут до средней длины. Пуловер полушерстяной машинной вязки. Штаны из х/б ткани черного цвета, гульфик расстегнут, пояс связан веревкой, ботинки черного цвета со средним голенищем, трико из полусинтетической ткани, портянки суконные, носки х/б черные, шорты синтетические, темно-синие. Вся одежда снята с трупа, при осмотре карманов штанов, в левом кармане обнаружен листок бумаги с надписью: 05468797431. Акиф и цепочка из металла серого цвета. Одежда изымается и упаковывается. В области левой брови «Л» образной формы рана с неровными тупым краями и с наличием перемычек в концах. Дном являются мягкие ткани. В области раны выраженная припухлость мягких тканей. Кожные покровы обильно опачканы подсохшей кровью, на слизистой верхней и нижней губы раны в проекции передних зубов, аналогичные вышеописанным. На волосистой части головы, в проекции теменно-затылочной области слева рана, ориентированная на 5 и 11 часов условного циферблата. Дно – мягкие ткани. По морфологическим свойствам аналогичная. На передне-боковой поверхности слева синюшно-фиолетовый кровоподтек, других повреждений нет.

Вопросы:

1. Причина смерти?

2. Время наступления смерти?

3. Телесные повреждения? Степень тяжести вреда причиненного здоровью человека?

4. Сопровождались ли данные повреждения кровотечением?

5. Употреблял ли пострадавший не задолго до смерти алкоголь?

Эталон:

1. Причиной смерти его явилась механическая асфиксия от сдавления органов шеи тупым твёрдым предметом при удавлении, что подтверждается наличием кровоподтёка на передней поверхности шеи в средней трети, кровоизлияниями в мягких тканях шеи вокруг гортани, кровоизлияниями в соединительные оболочки глаз, полным косо-вертикальным сгибательным переломом в средней трети левого большого рожка подъязычной кости, эмфизематозным вздутием легких, очагами повышенной воздушности альвеол с очаговыми разрывами межальвеолярных септ, жидким состоянием крови, отеком легких и головного мозга, венозным полнокровием внутренних органов.

2. Согласно стадии выраженности трупных явлений зарегистрированных в карте осмотра трупа (приложение к протоколу осмотра трупа на месте его обнаружения) от 19.02.2012г. «ректальная температура 22,0С (12:15), 21,5С (13:00); трупное окоченение хорошо выражено во всех группах мышц; образование идиомускулярной опухоли – вмятина на месте удара; трупные пятна синюшно-фиолетовые, насыщенные, разлитые, на задней поверхности, при дозированном надавливании исчезают и восстанавливаются через 55 секунд», можно предположить, что смерть неустановленного мужчины наступила не менее, чем за 9 часов, но не более 15 часов до момента осмотра трупа на месте его обнаружения.

3. При исследовании трупа обнаружены повреждения в виде кровоподтёка на передней поверхности шеи в средней трети, кровоизлияний в мягких тканях шеи вокруг гортани, полного косо-вертикального перелома левого большого рожка подъязычной кости. Данные повреждения являются прижизненными, что подтверждается наличием кровоизлияний в области их расположения, возникли незадолго до наступления смерти от воздействия твёрдого тупого предмета. Сдавление органов и тканей шеи с развитием состояния в виде механической асфиксии привело к необратимым изменениям внутренних органов и тканей и развитию острой дыхательной недостаточности, что и явилось непосредственной причиной смерти.

Состояние в виде механической асфиксии находится в прямой причинно-следственной связи с наступлением смерти и соответственно пункта № 6.2.10 согласно приказу МЗиСР РФ 194н от 24.04.2008г. отнесено к критериям вреда, опасного для жизни человека. По указанному признаку, согласно правилам «Определения тяжести вреда, причиненного здоровью человека» (постановление правительства РФ № 522 от 17.08.2007г.) механическая асфиксия квалифицируется как ТЯЖКИЙ вред здоровью.

- При исследовании трупа также обнаружена закрытая черепно-мозговая травма, сопровождавшаяся ушибленной раной правой брови с кровоизлиянием в кожно-мышечном лоскуте правой лобно-орбитальной области, субдуральной гематомой по наружной поверхности правой лобной доли из темно-красных рыхлых свертков, объемом 7мл, пятнистыми субарахноидальными кровоизлияниями в области верхней лобной извилины правой лобной доли. Данная травма в прямой причинной связи со смертью не состоит, возникла незадолго (не более 24 часов, согласно выраженности клеточной реакции в кровоизлияниях) до наступления смерти от одного воздействия твердого тупого предмета, с местом приложения травмирующей силы в области правой брови. Степень тяжести вреда, причиненного здоровью закрытой черепно-мозговой травмой, согласно приказу МЗиСР РФ №194н от 24.04.2008г., пункт 27, не определяется, так как в связи со смертью потерпевшего в результате удавления не ясен исход вреда здоровью, не опасного для жизни человека.

- При исследовании трупа также обнаружены повреждения в виде ушибленных ран левой брови, левой теменной области, левой теменно-затылочной области, слизистой верхней и нижней губы, ссадин лица, кровоподтека правой верхней конечности. Данные повреждения являются прижизненными, что подтверждается наличием кровоизлияний в мягкие ткани, возникли незадолго до наступления смерти от не менее тринадцати воздействий твердого тупого предмета (предметов), или при ударе о таковой (таковые), в прямой причинно-следственной связи с наступлением смерти не состоят. Степень тяжести вреда, причиненного здоровью ушибленными ранами, согласно приказу МЗиСР РФ №194н от 24.04.2008г., пункт 27, не определяется, так как в связи со смертью потерпевшего в результате удавления не ясен исход вреда здоровью, не опасного для жизни человека. Однако в случае временной нетрудоспособности продолжительностью до 21 дня (включительно) данные повреждения могут быть расценены как ЛЕГКИЙ вред здоровью. Обнаруженные при исследовании ссадины на лице и кровоподтёк на правой верхней конечности, согласно пункту 9 раздела №2 приказа МЗиСР РФ 194н от 24.04.2008г. расцениваются как повреждения, не причинившие вред здоровью человека.

4. Повреждения в виде ушибленных ран могли сопровождаться необильным наружным кровотечением. Признаков фонтанирования крови при исследовании не обнаружено.

5. При судебно-химическом исследовании обнаружен этиловый спирт в крови в концентрации – 2,8 промилле, в моче – 4,15 промилле, что, по аналогии с живыми лицами, соответствует СИЛЬНОЙ степени алкогольного опьянения, в стадии выведения.

Задача № 3. **УК-1 ПК-1 ПК-2 ПК-3 ПК-5 ПК-7 ПК-8 ПК-9 ПК-10**

ОБСТОЯТЕЛЬСТВА ДЕЛА: В постановлении указано, что «19.02.2012 около 14 часов возле межевого столба № 000 границы между г. К…….и Б…… районом К…… края, в теплой речке обнаружен труп женщины».

Представлена «Карта осмотра трупа (приложение к протоколу осмотра трупа на месте его обнаружения)» от 19.02.2012г., заполненная судмедэкспертом, согласно которой: Время начала и окончания осмотра с 16:15 мин. до 16:45 мин. Температура воды 20°С, температура воздуха -17°С. Местонахождение трупа – в воде, теплая речка, межевой столб № 805. Трупные явления: температура печеночная, ректальная 19°С и 18°С (16:20); трупное окоченение хорошо выражено во всех группах мышц; образование идиомускулярной опухоли – не образуется; трупные пятна багрово-синюшные, ненасыщенные, располагаются на передней поверхности туловища, при надавливании бледнеют и восстанавливают свой цвет через 5 минут. Повреждения: одиночная замкнутая горизонтальная странгуляционная борозда 1,5-3см шириной. Примечание: петля сделана из ремня куртки жертвы шириной 4см, из х/б ткани, узел – спереди. Найдена в воде. Петля скользящая. Других сведений в «Карте осмотра трупа» нет.

НАРУЖНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ: На секционный стол доставлен труп, с которого снята одежда: джинсы синего цвета, колготки коричневого цвета, сапоги коричневого цвета замшевые, плавки желтого цвета, бюстгальтер белого цвета. Труп женщины удовлетворительного питания, длиной тела 175 см, массой 82 кг. Кожные покровы бледно-серо-розовые. Трупные пятна насыщенные, розово-фиолетового цвета, расположены по заднебоковым поверхностям туловища, конечностей, при надавливании окраску не изменяют. Кожа кистей рук белого цвета, набухшая, со слабо выраженной складчатостью. Трупное окоченение равномерно выражено во всех группах обычно исследуемых мышц. Мышечная опухоль не вызывается. Голова симметричной формы, патологической подвижности костей черепа не отмечается. Волосы на голове окрашены в желтый цвет, у корней светло-русые, длиной около 45 см. Кожные покровы волосистой части головы не повреждены. Хрящи ушных раковин без патологической подвижности, наружные слуховые проходы свободные, чистые. Лицо синюшное. Глаза закрыты, соединительные оболочки глаз увеличены в объеме со сплошными темно-красными кровоизлияниями, роговицы прозрачные. Зрачки равны слева и справа по 0,3 см в диаметре. Кости и хрящи носа на ощупь без патологической подвижности. В носовых ходах содержимого нет. Рот закрыт, слизистая губ и десен синюшная, язык в полости рта за линией зубов. Зубы целы. Полость рта свободна. Шея пропорциональна туловищу, патологической подвижности нет. Грудная клетка овально-цилиндрической формы, эластичная, патологической подвижности нет. Грудные железы крупные, полушаровидные, эластичные, пигментации околососковых кружков нет. Передняя брюшная стенка расположена на 1 см выше уровня грудины, мягкая, не напряжена. Наружные половые органы развиты правильно по женскому типу, выделений из половой щели нет. Заднепроходное отверстие сомкнуто, кожные покровы в области промежности без каких-либо опачкиваний и повреждений. Ампула прямой кишки без содержимого. Верхние и нижние конечности пропорциональны туловищу. Длинные трубчатые кости верхних и нижних конечностей на ощупь целы. Отеков мягких тканей нет. Периферические лимфоузлы не увеличены.

ПОВРЕЖДЕНИЯ: На шее трупа имеются ссадины с неравномерно осадненными поверхностями (странгуляционные борозды), осадненные поверхности красного цвета, подсохшие несколько ниже уровня окружающей кожи.

Первая располагается по нижнему краю нижней челюсти от подбородочной области до правого угла, имеет прерывистый характер, размерами 9х0,5-1см, имеет неравномерно осадненое красное дно, без краевых валиков. Вторая располагается в подчелюстной области на границе с верхней третью шеи на участке общим размером 11,5х2,5см, представляет из себя три наслаивающихся друг на друга параллельных отрезка – верхний размерами около 8х0,5см, средний 11,5х0,5-0,8см, нижний по нижнему краю данного участка размерами около 4,5х0,7см. Дно их всех неравномерно осаднено, красное, со слабо выраженными краевыми валиками. Третья странгуляционная борозда выражена слабее, является замкнутой, расположена горизонтально на границе верхней и средней третей шеи, имеет ширину на всем протяжении 0,9-1,2см, по передней поверхности на участке 4х1см дно ее слабо осаднено. На остальном протяжении дно третьей странгуляционной борозды почти не осаднено, без краевых валиков с уплощенным рисунком эпидермиса, с отдельными крупноточечными красными кровоизлияниями по краям.

Имеются бледно-фиолетовые кровоизлияния, с нечеткими контурами – в лобно-височной области справа 3х2см, в области переносицы 4х1,5см, кончика и спинки носа 3,5х1,5см, тыльной поверхности левой кисти у основания 3-го пальца 1,5х1см.

Также имеются ссадины с красным подсохшим дном ниже уровня окружающей кожи – передней поверхности правого лучевого сустава 3х1см, передней поверхности левого плечевого сустава 0,7х0,5см, наружной поверхности нижней трети левого плеча неправильно-линейной формы вертикально ориентированная размерами 7,5х0,4см.

Имеются ссадины с желтыми подсохшими поверхностями – на тыльной поверхности правой кисти 3 от 0,7х0,5см до 1,5х1см, передней поверхности правой молочной железы прерывистого характера на участке 15х4см, нижнего края реберной дуги справа между среднеключичной и средней подмышечной линии 18х5см.

Каких-либо других телесных повреждений при наружном исследовании не обнаружено.

ВНУТРЕННЕЕ ИССЛЕДОВАНИЕ: Кожно-мышечный лоскут головы с внутренней поверхности полнокровный, окрашен в светло-розовый цвет. Имеются прерывистого характера темно-красные кровоизлияния – в лобной области справа от средней линии, по верхнему краю глазницы неправильно-четырехугольной формы 4х3см; по переднему краю правой височной мышцы 2,5х2см. Височные мышцы розово-коричневого цвета, влажные, блестящие. Произведено вскрытие полости черепа посредством углового распила его свода. После снятия фрагмента свода черепа толщина костей на распиле составляет от 0,1 см в височных, до 0,4 см в затылочной областях. С внутренней поверхности имеется множество ветвистых борозд и углублений. Видимый участок твердой мозговой оболочки светло-серого цвета, влажный, напряжен. В сагиттальном синусе жидкая темная кровь в большом количестве. Мягкая мозговая оболочка не склерозирована, светло-серая, полупрозрачная, утолщена за счет отека, с резко полнокровными сосудами. Стенки сосудов мягкой мозговой оболочки не склерозированы. Под мягкой мозговой оболочкой в небольшом количестве светло-розовая, прозрачная спинномозговая жидкость. Кровоизлияний над и под оболочки головного мозга нет. Твердая мозговая оболочка не плотно сращена с костями черепа. После отделения твердой мозговой оболочки повреждений костей свода и основания черепа не обнаружено. Вещество мозга плотно выполняет полость черепа. Ткань мозга эластично-дряблая на ощупь, по извлечении форму сохраняет. Масса мозга 1300 гр. Извилины полушарий головного мозга уплощены, борозды уплощены. Артерии основания мозга спавшиеся, стенки их не гипертрофированы, без бляшек. Произведено вскрытие головного мозга по методу Вирхова. Мозолистое тело серовато-желтовато-розоватого цвета, влажное, гладкое, тусклое. Боковые желудочки не расширены, частично спавшиеся, в них бесцветный, прозрачный ликвор. Эпендима желудочков светло-желто-серая, гладкая, влажная, тусклая, мягкая, с полнокровными сосудами. Серое корковое вещество полушарий головного мозга однородного желтовато-сероватого цвета, толщиной по 0,2 см. На основании височных долей толщина серого вещества коры по 0,2 см. Кровоизлияний и участков размягчений в корковом и белом веществе больших полушарий головного мозга не имеется. Белое вещество полушарий головного мозга на разрезе розово-белесоватого цвета, влажное, тусклое. На поверхности разрезов выступают множественные, мелкие капельки жидкой крови темно-красного цвета, расплывающиеся в розовую пленку. Отмечается некоторое прилипание боковой поверхности секционного ножа к поверхности разрезов белого вещества. На поверхности разрезов полушарий серое вещество несколько выступает над белым; граница между ними четко различима. Сосудистые сплетения серо-розово-синюшного цвета, не склерозированные, резко полнокровные. Серое вещество подкорковых ядер желтовато-сероватого цвета. Структура строения подкорковых образований сохранена. Эпендима третьего желудочка тусклая, влажная, гладкая, мягкая. Мозжечок на разрезах имеет древовидное строение, белое и серое вещество на разрезах четко выражено, границы между серовато-коричневатым серым веществом и серовато-желтоватым белым веществом мозжечка четко прослеживаются. Эпендима четвертого желудочка гладкая, влажная, тусклая. Структура строения стволовых образований не нарушена. Ядерные образования серовато-розового цвета. Изменений в стволовом отделе мозга нет.

Произведен основной срединный разрез. Подкожно-жировая клетчатка удовлетворительно развита, толщина на уровне груди 0,8 см, пупка - 2,6 см. Скелетные мышцы розово-коричневого цвета, влажные, блестящие. Кровоизлияний в мягких тканях груди и живота не обнаружено. Широко отсепарована кожа и подкожно-жировая клетчатка шеи до нижней челюсти. В проекции всех трех странгуляционных борозд имеются множественные мелко- и крупноточечные красные кровоизлияния в подкожную жировую клетчатку. В проекции странгуляционных борозд кровоизлияний в мышцы шеи нет. Обнаружено овальной формы кровоизлияние в области правой пластины щитовидного хряща, размерами 1,5х0,9см.

Венозные сосуды полнокровные, содержат жидкую темную кровь. Произведено вскрытие грудной клетки посредством рассечения, грудино-ключичных сочленений и хрящевые части 1-10 ребер с обеих сторон. Хрящи ребер серовато-белесоватого цвета, не склерозированы. Органы в брюшной полости и в плевральных полостях анатомически расположены правильно. В брюшной полости жидкости и спаек нет. В плевральных полостях спаек и жидкости нет. Брюшина кишечника синюшно-серая, гладкая, тусклая. Кишечник и желудок равномерно резко вздуты воздухом. Пристеночная брюшина светло-розовая, гладкая, тусклая. Легкие целиком выполняют объем плевральных полостей. Пристеночная плевра без повреждений, гладкая, влажная, розово-серого цвета. Край печени выступает на 1 см из-под края правой реберной дуги справа. Большой сальник серовато-желтого цвета, частично прикрывает петли кишечника. Мочевой пузырь ниже уровня лона. Внутренние органы анатомически расположены правильно и извлечены единым комплексом по методу Шора. Язык чист, сосочки у корня языка четко выражены. На разрезе мышца языка желтовато-розово-коричневого цвета. Обнаружены кровоизлияния в мышцу языка по нижней поверхности кончика – неправильно-четырехугольной формы образующие малой кривизны дугу, открытую кзади. Стенки сонных артерий не склерозированы, не гипертрофированы, на разрезах интима их без надрывов. Миндалины размером 1х0,5х0,5 см, розово-серого цвета, не склерозированы, мелкозернистого рисунка. Вход в гортань и пищевод свободен. Подъязычная кость и хрящи гортани, полукольца трахеи целы. Доли щитовидной железы размерами 3х2х0,5 см, розово-серого цвета, не склерозированы, мелко-дольчатого рисунка. Просвет пищевода на всем протяжении свободен, продольная складчатость его выражена, слизистая розовая, полнокровная. В просвете трахеи в умеренном количестве розовая жидкая слизь, слизистая розового цвета, влажная, гладкая, блестящая. Легкие мягкой консистенции, края их закруглены, между долями спаек нет. Со всех поверхностей плевра легких гладкая, темно-вишневого цвета, с равномерно расположенными не многочисленными пузырьками воздуха. Масса левого легкого 810 гр., масса правого легкого 990 гр. На разрезах ткань легких вишневого цвета, пониженной воздушности, резко полнокровна. Различимых на глаз очаговых изменений легких нет. Бронхиальный рисунок обычно выражен, стенки бронхов не утолщены. Слизистые бронхов серо-розовые, гладкие, тусклые. Легочные сосуды имеют не гипертрофированные стенки. С поверхности разрезов из перерезанных сосудов в большом количестве стекает жидкая темная кровь. Лимфатические узлы бифуркации трахеи в размерах не увеличены, на разрезах розово-серого цвета, не склерозированы, с мелко-дольчатой структурой. В просвете аорты жидкая, темная кровь в большом количестве, внутренняя стенка ее серо-розово-желтого цвета, ровная. Стенка аорты не гипертрофирована на всем протяжении, режется легко. Ширина аорты в грудном отделе 3,5 см, края на поперечном разрезе расходятся на 3,5 см. Сердечная сорочка цела, содержит 2 мл прозрачной светло-розовой жидкости. Произведено вскрытие полости правого желудочка и легочных артерий – тромбоэмболов не обнаружено. Сердце эластичное на ощупь, размерами 12х12х6 см, массой 260 гр., верхушка сердца закруглена, по ходу коронарных сосудов имеются не обильные разрастания жировой ткани. Эпикард розово-коричневый, гладкий, тусклый. На разрезах стенки правой и левой венечных артерий не гипертрофированы на всем протяжении, просветы их не сужены, свободны, частично спавшиеся. На разрезах полости сердца равномерны, не расширены, в полостях сердца содержится жидкая, темная кровь в большом количестве. Клапанные кольца не склерозированы, створки гладкие, смыкаются полностью. Устья коронарных артерий не сужены. Сосочковые и трабекулярные мышцы утолщены, не склерозированы, хордальные нити не укорочены, утолщены. Толщина стенки левого желудочка 1,5 см, межжелудочковой перегородки 1,5 см, правого 0,3 см. Мышца сердца красно-коричневая, тусклая, резко полнокровная. Надпочечники эластичные листовидной формы размером 4х1,1х0,1-0,2 см левый, 5х1-2х0,1-0,2 см, с четкой границей коркового серо-желтого и мозгового серо-коричневого слоев. Околопочечная клетчатка выражена удовлетворительно, без кровоизлияний. Почки парные, эластичные на ощупь, бобовидной формы, размерами 13х7х5см обе. Масса правой почки 180 гр., левой 170 гр. Капсулы почек розовые, тонкие, снимаются относительно легко, обнажая ровные, вишневые поверхности. На разрезах почечная ткань вишневая, резко полнокровная. Корковые слои толщиной 0,5-0,6 см, границы коркового и мозгового слоев подчеркнуты расширенными кровью сосудами. Лоханки свободны, содержат розово-желтоватую слизь в небольшом количестве, слизистые их светло-серые, гладкие, отечные. Мочеточники проходимы на всем протяжении, в мочевом пузыре 2мл желто-розовой полупрозрачной мочи, слизистая розового цвета, складчатость выражена. Печень размерами 28х23х13х9 см, дрябло-эластичная, поверхность печени вишневого цвета, гладкая, нижний край закруглен. Масса печени 2000 гр. На разрезах ткань печени вишневого цвета, крупно-дольчатого рисунка. Ткань печени резко полнокровна, не склерозирована. Желчный пузырь грушевидной формы, в просвете его содержится 5мл маслянистой жидкости желто-зеленого цвета. Слизистая желчного пузыря бархатистая, зеленовато-коричневатая, без кровоизлияний. Общий желчный проток проходим. Селезенка размером 7х4х2 см, массой 60 гр. Капсула морщинистая, вишнево-серого цвета. Ткань селезенки дряблая, на разрезах ткань серо-вишневого цвета, не склерозирована, пульпа дает обильный кровянистый соскоб. Поджелудочная железа в виде эластичного тяжа, размером 14х5х0,5-1,5 см, на разрезах розово-желтого цвета, крупно-дольчатая. В желудке содержатся желто-серая жидкость, без различимых фрагментов пищи, объемом 20мл, слизистая розовая, полнокровная, кровоизлияний в слизистую желудка нет. В просвете 12-перстной кишки розово-сероватая слизь. Толстый и тонкий кишечники проходимы, в просвете тонкого и толстого кишечника содержимое свойственно его отделам в небольшом количестве. Лимфоузлы кишечника не увеличены. Матка размерами 7х9х3см, эластичная, симметричной формы, поверхность ее гладкая, придатки эластичные, размерами 1х0,3х0,2см оба. На разрезах полость матки свободна, не расширена. Длинные трубчатые кости верхних и нижних конечностей, кости тазового кольца, позвоночник, ребра, грудина и ключицы не повреждены.

Каких-либо повреждений слизистых полости рта, наружных половых органов, влагалища, анального отверстия, начального отрезка прямой кишки нет. В естественных отверстиях тела содержимого почти нет. Имеются следы слюны, слизистого секрета.

ПРИМЕЧАНИЕ:

На судебно-химическое исследование направлены кровь и моча для количественного определения этилового спирта.

На судебно-биологическое исследование направлена кровь для определения групповых свойств.

На судебно-биологическое исследование направлен контроль марли, тампон с содержимым влагалища, тампон со слизистой оболочки полости рта, тампон со слизистой оболочки прямой кишки для установления наличия спермы.

На судебно-гистологическое исследование направлены кусочки легкого для определения патоморфологических изменений, другие кусочки внутренних органов направлены в архив.

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛАБОРАТОРНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ:

1. При судебно-химическом исследовании (служебная записка от 29.02.12г., судмедэксперт) обнаружен этиловый спирт в концентрации в крови – 0,5 промилле, в моче этиловый спирт не обнаружен.

2. При судебно-биологическом исследование (справка от 29.02.12г.) проведенным исследованием установлено: на тампонах с содержимым влагалища и прямой кишки гр. Н. найдена сперма. На тампоне с содержимым полости рта гр. Н. сперматозоиды не обнаружены.

3. При судебно-гистологическом исследовании (акт от 01.03.12г., акт получен 07.03.12г.) заключение: признаки компрессионного воздействия в представленном кусочке кожи («странгуляционная борозда»). Очаговые дистелектазы, очаговый альвеолярный отек на фоне умеренного полнокровия сосудистого русла в легком. Очаговые ишемические изменения нейронов коры больших полушарий головного мозга.

Вопросы:

1. Причина смерти?

2. Степень тяжести вреда причиненного здоровью человека?

3. Время наступления смерти?

4. Механизм травмы?

5. Употреблял ли пострадавший не задолго до смерти алкоголь?

Эталон:

1. Причиной смерти ее явилась механическая асфиксия от сдавления органов шеи петлей при удушении, что подтверждается наличием на уровне верхней трети шеи трёх горизонтальных странгуляционных борозд, кровоизлияниями в соединительные оболочки глаз, пониженной воздушностью лёгких с наличием пузырьков воздуха под висцеральной плеврой, очаговыми дистелектазами, очаговым альвеолярным отеком на фоне умеренного полнокровия сосудистого русла в легких, очаговыми ишемическими изменениями нейронов коры больших полушарий головного мозга, жидким состоянием крови, острым венозным полнокровием внутренних органов. Странгуляционные борозды возникли от не менее трёх воздействий с достаточной силой жёсткого предмета, незадолго до наступления смерти и наложение их повлекло за собой сдавление органов шеи, что привело к развитию состояния в виде механической асфиксии, что и явилось непосредственной причиной смерти. После возникновения описанного состояния (механической асфиксии) смерть наступает в короткий промежуток времени (обычно 5-8 минут).

2. Обнаруженная при судебно-медицинской экспертизе механическая асфиксия от сдавления органов шеи петлей при удушении, согласно приказу МЗиСР РФ 194н от 24.04.2008г. п.6.2.10. отнесена к критериям, характеризующим квалифицирующий признак вреда, опасного для жизни человека. По указанному признаку, согласно правилам «Определения тяжести вреда, причиненного здоровью человека» (постановление правительства РФ №522 от 17.08.2008г.) механическая асфиксия от сдавления органов шеи петлей при удушении квалифицируется как ТЯЖКИЙ вред здоровью. При экспертизе трупа так же обнаружены кровоподтёки на лице и на левой кисти, ссадины на верхних конечностях, которые возникли незадолго до наступления смерти от не менее семи воздействий с достаточной силой твердого тупого предмета (предметов), либо при ударе о таковой (таковые), в какой-либо связи с наступлением смерти не состоят. Обнаруженные при экспертизе кровоподтёки и ссадины, согласно пункту 9 раздела №2 приказа МЗиСР РФ 194н от 24.04.2008г. расцениваются как повреждения, не причинившие вред здоровью человека.

3. Согласно выраженности трупных явлений, обнаруженных при осмотре трупа на месте его обнаружения 19.02.2012г (температура печеночная, ректальная 19°С и 18°С (16:20); трупное окоченение хорошо выражено во всех группах мышц; образование идиомускулярной опухоли – не образуется; трупные пятна багрово-синюшные, ненасыщенные, располагаются на передней поверхности туловища, при надавливании бледнеют и восстанавливают свой цвет через 5 минут) можно предположить, что смерть гр.Н. наступила за 1-2 суток к моменту регистрации трупных явлений.

4. После получения телесных повреждений в виде кровоподтёков и ссадин на лице и верхних конечностях потерпевшая могла осуществлять самостоятельные, целенаправленные действия. Причинение повреждений в виде странгуляционных борозд на шее повлекло за собой развитие механической асфиксии в короткий промежуток времени, что не позволяло потерпевшей осуществлять самостоятельные, целенаправленные действия. Кровоподтёки и ссадины на лице и верхних конечностях могли возникнуть при различных обстоятельствах, в том числе и при падении с высоты собственного роста на горизонтальную поверхность. Возникновение странгуляционных борозд на шее при падении с высоты собственного роста на горизонтальную поверхность маловероятно.

5. При судебно-химическом исследовании обнаружен этиловый спирт концентрацией в крови 0,5 промилле, что соответствует ЛЁГКОЙ степени алкогольного опьянения применительно к живым лицам.

Задача №4. **УК-1 ПК-1 ПК-2 ПК-3 ПК-5 ПК-7 ПК-8 ПК-9 ПК-10**

ОБСТОЯТЕЛЬСТВА ДЕЛА. В направлении указано, что "направляется труп гр.Н., 1938г.р., обнаруженный по адресу: г. К……., пер. Мира, 0-00».

НАРУЖНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ. Труп доставлен в морг в следующей одежде: трусы черные. По снятию одежды на секционном столе труп мужского пола, правильного телосложения, удовлетворительного питания, длиной тела 168 см, массой 74кг, с вытянутой правой рукой 195см. Кожные покровы бледно-серо­го цвета с синюшным оттенком, упругие, холодные на ощупь во всех областях. Трупные пятна циркулярные, разлитые, ненасыщенные, синюшно-багрового цвета, расположены на задней поверхности тела. Трупное пятно при надавливании пальцем не бледнеет и окрас­ки не меняет. Трупное окоченение выражено во всех группах мышц. Волосы на голове седые, коротко острижены. Кости мозгового черепа и лице­вого скелета на ощупь целы. Глаза закрыты, соединительнотканные оболочки светло-серого цвета с мелкоточечными темно-вишневыми кровоизлияниями, роговица помутневшая, зрачки правильной округлой формы, в диаметре по 0,3 см оба. Кости и хрящи носа на ощупь целы, носовые ходы сво­бодные, опачкиваний кожных покровов в окружности носовых ходов нет. Рот закрыт, язык в полости рта за линией зубов, кожные покровы в окружности губ без каких – либо опачкиваний. Лунки отсутствующих зубов сглажены, заращены. Красная кайма губ, слизистая оболочка десен и внутренней поверхности губ бледно-розового цвета, не повреждена. Наружные слуховые проходы свободные, опачкиваний кожи вокруг них не отмечается. Шея без патологической подвижности, кожный покров ее без каких-либо изменений. Грудная клетка симметричная, эластичная при надавливании с обеих сторон, без патологической подвижности. Живот не вздут. Передняя стенка живота расположена на уровне реберных дуг. Наружные половые органы развиты правильно, по мужскому типу, выделений из наружного отверстия мочеиспус­кательного канала нет. Заднепроходное отверстие сомкнуто, кожа вокруг него чистая. Конечности раз­виты пропорционально туловищу. Кости верхних и нижних конечностей на ощупь целы.

ПОВРЕЖДЕНИЯ. На передней поверхности шеи обнаружена одиночная косо восходящая спереди назад, снизу вверх и справа налево незамкнутая странгуляционная борозда с осадненными дном буро-коричневого цвета с четко выраженным нависающим кожным валиком. Правый луч борозды идет на расстоянии 2см от угла нижней челюсти, слепо затухает в проекции сосцевидного отростка справа, левый луч идет на расстоянии 1,5см от угла нижней челюсти, далее в проекции сосцевидного отростка, слепо затухает в проекции угла нижней челюсти.

При наружном исследовании трупа каких-либо других повреждений не обнаружено.

ВНУТРЕННЕЕ ИССЛЕДОВАНИЕ. Кожно-мышечный лоскут головы бледно-розового цвета, влажный, блестящий, без кровоизлияний. Чере­п вскрыт угловым распилом. Масса головного мозга 1200гр. Твердая мозговая оболочка серо-перламутрового цвета, умеренно напряжена, в синусах ее темная жидкая кровь. Мягкая мозговая оболочка тонкая, полупрозрачная, приподнята прозрачной, находящейся под ней жидкостью. Полушария головного мозга симметричные. Рельеф мозга несколько сглажен: извилины несколько сглажены, борозды несколько уплощены. На разрезе вещество головного мозга влажное, блестящее; рисунок строения головного мозга выражен отчетливо во всех отделах. На поверхности разрезов появляются множественные капли крови в виде точек и полос, исчезающие при проведении спинкой ножа по поверхности разрезов. При проведении разрезов вещество головного мозга тянется за лезвием секционного ножа. Границы между корой и белым веществом четкие. Желудочки мозга щелевидные, внутренняя стенка их гладкая, блестящая, содержат небольшое количество желтоватой, прозрачной жидкости. Сосудистые сплетения желудочков серо-синюшного цвета, зернистые на вид. Мозжечок на разрезе имеет древовидное строение, с четкой границей между слоями, без очаговых изменений. На миндалинах мозжечка отмечаются кольцевидные вдавления от большого затылочного отверстия. Сосуды основания мозга на разрезе зияют, стенки их на всем протяжении утолщены плотными бляшковидными образованиями в виде светло-желтых пятен и полос, выступающих в просвет сосудов. Просвет сосудов на поперечных раз­резах сужен до 2/3. По снятию твердой мозговой оболочки кости свода и основания черепа осушены с помощью сухой, чистой ткани: при осмотре целостность их не нарушена.

Подкожно-жировая клетчатка выражена удовлетворительно; толщина ее в области груди 1,4 см, в области живота - 2,5 см. Мышцы шеи, груди, живота розово-красного цвета, влажные, блестящие. Отмечаются темно-вишневого цвета кровоизлияния в мышцы шеи в проекции странгуляционной борозды. Спаек и жидкости в брюшной полости не отмечается. В плевральной полости справа спайки, разделяемые тупым путем, в плевральных полостях свободной жидкости не отмечается. Легкие выполняют плевральные полости почти полностью. Желудок и петли кишечника прикрыты большим сальником, равномерно вздуты. Пристеночная брюшина светло-серого цвета, влажная, блестящая. Печень выступает из-под края реберной дуги на 2 см. Дно мочевого пузыря ниже уровня лонного сочленения. Органы расположены анатомически правильно, для исследования извлечены единым органокомплексом по Шору. В просвете аорты темная жидкая кровь. Интима аорты, влажная, блестящая. Стенка аорты блестящая, с единичными пятнами и бляшками желто-белого цвета. Язык обложен сероватым налетом, с кровоизлияниями. Кончик языка подсохший, фиолетового цвета. Миндалины размерами 2,5х2х1,5см, дряблые, на разрезе серо-желтого цвета, сочные. Вход в гортань свободен, голосовая щель зияет. Отмечаются темно-вишневого цвета, студневидные кровоизлияния в мышцы гортани в проекции странгуляционной борозды. Хрящи гортани и трахеи, подъязычная кость целы. Щитовидная железа двудольчатая, симметричная, мягкая на ощупь, серо-красного цвета с поверхности, доли размерами 3х2,5х2см, соединены тонким перешейком, на разрезе ткань серо-красного цвета, мелкозернистая. В просвете пищевода небольшое количество серой жидкости, слизистая пищевода серо-синюшного цвета, влажная, блестящая, продольная складчатость сглажена. В просвете трахеи и крупных бронхов следы белесоватой слизи, слизистая оболочка влажная, блестящая, серо-розового цвета, без очаговых изменений. Легкие массой: левое - 380гр, правое - 400гр. Легкие на ощупь имеют воздушную консистенцию, без очаговых уплотнений, с поверхности синюшно-красного цвета с очагами эмфиземы более светлого цвета по передней поверхности. Под плеврой отмечаются единичные темно-вишневые кровоизлияния. На разрезе ткань легких равномерного красно-вишневого цвета, бронхи выступают выше уровней разрезов; при надавливании с поверхностей разрезов стекает обильное количество темной жидкой крови с примесью пены, из перерезанных бронхов выдавливается белесоватая слизь. Околопочечная клетчатка развита удовлетворительно. Надпочечники имеют листовидную форму, размерами 3,5х3х0,5см каждый, на разрезе кора желтого цвета, мозговое вещество серо-коричневое, граница между ними прослеживается не четко. Почки парные, неправильно-овальной формы. Правая почка размером 11,5х3х2,5см, массой - 120гр. Левая почка размером 12х3х3,5см, массой - 130гр. Фиброзная капсула серого цвета, снимается легко, обнажая гладкую, влажную поверхность почки. Почки плотные на ощупь, на разрезе корковый слой красно-коричневый, мозговой слой - вишнево-коричневый, граница коркового и мозгового слоев прослеживается отчетливо. Мочеточники проходимы. В мочевом пузыре около 5мл светло-желтой мочи, слизистая оболочка пузыря бледно-серого цвета, складчатость выражена. Сердечная сорочка не повреждена, в полости ее небольшое количество прозрачной жидкости. Сердце дрябловатое на ощупь, размерами 10,5х7х4см, умеренно обложено жиром. Полости сердца не расширены, в полостях сердца справа и слева жидкая темная кровь, правая половина сердца переполнена. Сердце массой 310гр. Створки клапанов сердца и крупных сосудов немного утолщены. Эндокард бледно-коричневого цвета, сосочковые мышцы не утолщены, сухожильные хорды клапанов не укорочены. Мышца сердца дряблая, на разрезе красно-коричневого цвета, влажная, блестящая, с участками неравномерного кровенаполнения. Толщина стенки левого желудочка 1,5см, правого - 0,5см. Просвет коронарных сосудов сужен на 1/3 за счет атеросклеротических бляшек. Селезенка плотная на ощупь, капсула серо-синюшного цвета, гладкая, размерами 9х7х2см, массой - 90гр. На разрезе ткань селезенки темно-вишневого цвета, пульпа дает обильный соскоб. Печень с поверхности желто-коричневого цвета, влажная, блестящая, на ощупь плотная, размерами 23х19х14х7см, массой 1750гр. На разрезе ткань печени желто-коричневого цвета, сосуды печени полнокровные. Желчный пузырь грушевидной формы, в нем до 2 мл оливковой желчи, слизистая его бархатистая, пропитана желчью. Поджелудочная железа с поверхности серо-розового цвета, плотная на ощупь, размерами 16х3х2см. На разрезе ткань железы неравномерного бледно-розового цвета, дольчатость определяется отчетливо. В просвете желудка около 700 мл жидких пищевых масс серого цвета, слизистая оболочка желудка бледно-серого цвета, складчатость сглажена. Слизистая оболочка тонкой и толстой кишки светло-серого цвета, влажная, блестящая; в просвете тонкой и толстой кишки содержимое, свойственное его отделам. Кости грудной клетки, таза, верхних и нижних конечностей целы.

ПРИМЕЧАНИЕ:

Кровь и моча направлены на судебно-химическое исследование для определения наличия этанола.

Кусочки внутренних органов направлены в архив судебно-гистологического отделения.

ДАННЫЕ ЛАБОРАТОРНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ.

1. При судебно-химическом исследовании (служебная записка от 05.03.2012г., эксперт-химик) в крови и почке этиловый спирт не обнаружен.

Вопросы:

1. Судебно-медицинский диагноз?
2. Причина смерти?
3. Время наступления смерти?
4. Степень тяжести вреда причиненного вреда здоровью человека?
5. Употреблял ли потерпевший не задолго до смерти алкоголь?

Эталон:

1. Механическая асфиксия от сдавления органов шеи петлей при повешении: наличие на передней поверхности шеи одиночной, незамкнутой, косо восходящей спереди назад, неравномерно вдавленной странгуляционной борозды, кровоизлияния в мягкие ткани по ходу странгуляционной борозды, кровоизлияния под плевру легких (пятна Тардье), острая эмфизема легких, венозное полнокровие внутренних органов и тканей, жидкое состояние крови.

2. Смерть его наступила в результате механической асфиксии от сдавления органов шеи петлей при повешении, что подтверждается наличием на передней поверхности шеи прижизненной, одиночной, косо-восходящей спереди назад, снизу вверх и справа налево, неравномерно вдавленной странгуляционной борозды, наличием кровоизлияний в мягкие ткани по ходу странгуляционной борозды, кровоизлияний под плевру легких (пятна Тардье), наличием повышенной воздушности легочной ткани, жидкого состояния крови в полостях сердца и крупных сосудах, отека и набухания вещества головного мозга, венозного полнокровия внутренних органов, а также данными судебно-гистологического исследования.

3.Учитывая степень выраженности трупных явлений, смерть наступила за 2-4 часа к моменту медицинского осмотра трупа на месте присшествия.

4. Обнаруженная механическая асфиксия от сдавления органов шеи петлей при повешении пункт № 6 согласно приказу МЗиСР РФ 194н от 24.04.2008г. № 6.2.10. отнесена к критериям, характеризующим квалифицирующий признак вреда, опасного для жизни человека. По указанному признаку, согласно правилам «Определения тяжести вреда, причиненного здоровью человека» (постановление правительства РФ № 522 от 17.08.2008г.) механическая асфиксия от сдавления органов шеи петлей при повешении, квалифицируется как ТЯЖКИЙ ВРЕД ЗДОРОВЬЮ.

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

Задача №5. **УК-1 ПК-1 ПК-2 ПК-3 ПК-5 ПК-7 ПК-8 ПК-9 ПК-10**

ОБСТОЯТЕЛЬСТВА ДЕЛА: В направлении указано, что «для определения причины смерти, а также для установления наличия либо отсутствия телесных повреждений, направляется труп гр. О., 1992г.р., обнаруженный на полу 10.03.2012 года по адресу: г. К……, ул. Мира, 00-00, с признаками самоповешения»

НАРУЖНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ. Труп доставлен в секционную в следующей одежде: плавки синие, шорты бежевого цвета. После снятия одежды на секционном столе труп мужского пола, правильного телосложения, удовлетворительного питания, длиной тела 165см, с вытянутой правой рукой 202см. Масса трупа 47кг. Кожные покровы бледно-серого цвета с синюшным оттенком, упругие, холодные на ощупь во всех областях. На нижних конечностях отмечаются множественные, округлые темно-вишневые кровоизлияния, диаметром 0,1см. Трупные пятна разлитые, насыщенные, синюшно-багрового цвета, расположены циркулярно на верхних и нижних конечностях, на туловище, при надавливании пальцем не бледнеют. Трупное окоченение хорошо выражено во всех группах обычно исследуемых мышц. Волосы на голове светло-русые с рыжеватым оттенком, длиной в лобной области до 10см. Кости мозгового черепа и лицевого черепа на ощупь целы. Глаза закрыты, соединительнотканные оболочки век серого цвета, роговица прозрачная, радужные оболочки глаз коричневого цвета, без кровоизлияний, склеры инъецированы, зрачки округлой формы в диаметре по 0,3см. Кости и хрящи носа на ощупь целы, носовые ходы свободные. Рот закрыт, язык за линией зубов, кожные покровы в окружности губ без опачкиваний. На верхней челюсти справа все зубы целы, слева все зубы целы. На нижней челюсти справа все зубы целы, слева все зубы целы. Красная кайма губ с синюшным оттенком, слизистые оболочки десен и внутренней поверхности губ бледно-розового цвета с синюшным оттенком, не повреждены. Наружные слуховые проходы свободные, опачкиваний кожи вокруг них не отмечается. Шея без патологической подвижности. Грудная клетка симметричная, эластичная при надавливании с обеих сторон, без патологической подвижности. Живот не вздут. Передняя стенка живота расположена на уровне реберных дуг грудной клетки. Наружные половые органы развиты правильно, по мужскому типу, выделений из наружного отверстия мочеиспускательного канала нет. Заднепроходное отверстие сомкнуто, кожа вокруг него опачкана каловыми массами. Конечности развиты пропорционально туловищу. Кости верхних и нижних конечностей на ощупь целы.

ПОВРЕЖДЕНИЯ: В верхней трети шеи одиночная, замкнутая, косо-восходящая странгуляционная борозда, шириной от 0,5 до 0,8см на всем протяжении. Края ровные, четкие. Верхний валик нависает, нижний скошен. Дно борозды подсохшее, красно-коричневого цвета. Правый луч раздваивается под подбородком на участке 5,5см, проходит ниже угла нижней челюсти на 2,5см, ниже сосцевидного отростка 1,5см, далее постепенно затухает в волосистой части головы на 9,5см ниже затылочного бугра. Левый луч, проходит ниже угла нижней челюсти на 3см, ниже сосцевидного отростка на 3,5см., далее постепенно затухает в волосистой части головы. Произведено исследование борозды: для этого кусочек кожи с бороздой отсепаровывался и укладывался между предметными стеклами, при исследовании в проходящем свете обнаружено спадение и запустевание капилляров в дне борозды наряду с гиперемией и полнокровием сосудов в области краев (проба Бокариуса-Нейдинга).

По задней поверхности левого плеча в области локтевого сустава имеется ссадина округлой формы размером 0,6х0,8см, покрыта красно-коричневой корочкой ниже уровня кожи.

На левом коленном суставе аналогичная ссадина, прерывистого характера, на участке 1,5х0,6см.

ВНУТРЕННЕЕ ИССЛЕДОВАНИЕ: Кожно-мышечный лоскут головы с внутренней поверхности бледно-розового цвета, влажный, блестящий, без кровоизлияний. Череп вскрыт угловым распилом. Твердая мозговая оболочка серо-перламутрового цвета, напряжена, в синусах ее темная жидкая кровь. Мягкая мозговая оболочка тонкая, полупрозрачная, приподнята прозрачной, находящейся под ней жидкостью. Полушария головного мозга симметричные. Рельеф головного мозга резко сглажен: извилины головного мозга резко сглажены, борозды резко уплощены. На разрезе вещество головного мозга влажное, блестящее, рисунок строения мозга выражен во всех отделах; серое вещество выбухает над белым. На поверхности разреза появляется множество темно-красных капель крови в виде точек и полос, легко исчезающих при проведении спинкой ножа по поверхности разреза. Границы между корой и белым веществом головного мозга четкие. Очаговых изменений в веществе полушарий мозга и в стволовой части мозга не обнаружено. Желудочки мозга щелевидные, содержат небольшое количество прозрачной желтоватой жидкости, внутренняя стенка их бледно-серого цвета, гладкая, блестящая. Сосудистые сплетения желудочков серо-синюшного цвета, зернистые на вид. Мозжечок на разрезе имеет древовидное строение, с четкой границей между слоями, без очаговых изменений. На миндалинах мозжечка отмечаются кольцевидные вдавления от большого затылочного отверстия. Сосуды основания мозга на разрезе спавшиеся, стенки их на всем протяжении не утолщены. Просвет сосудов свободен на всем протяжении. По снятию твердой мозговой оболочки кости свода и основания черепа целы. Масса головного мозга 1300гр.

Подкожно-жировая клетчатка выражена удовлетворительно; толщина ее в области груди 0,6см, в области живота 1,7см. Мышцы шеи, груди, живота розово-красного цвета, влажные, блестящие. В подкожно-жировой клетчатке и мышцах шеи по ходу борозды имеются темно-вишневые, очаговые кровоизлияния. Произведено исследование сонных артерий, при этом обнаружены мелкие, сливающиеся, темно-красные кровоизлияния под адвентицию общей сонной артерии справа и слева. Отмечается темно-вишневое кровоизлияние в ножку грудино-ключично-сосцевидной мышцы справа и слева. Спаек и жидкости в брюшной полости не отмечается. В плевральных полостях спаек и свободной жидкости не отмечается. Легкие выполняют плевральные полости почти полностью. Большой сальник на 2/3 прикрывает петли кишечника. Пристеночная брюшина светло-серого цвета, влажная блестящая. Печень не выступает из-под края реберной дуги. Дно мочевого пузыря ниже уровня лонного сочленения. Органы расположены анатомически правильно, для исследования извлечены единым органокомплексом по Шору. В просвете аорты темная жидкая кровь. Интима аорты гладкая, влажная, блестящая. Стенка аорты блестящая, гладкая. Ширина аорты в грудном отделе 5см, в брюшном - 4см, края аорты на поперечном разрезе расходятся на 1,5см. Язык обложен сероватым налетом, с кровоизлияниями. Кончик языка подсохший, фиолетового цвета. Миндалины размерами 2,5х2х1,5см, дряблые, на разрезе серо-желтого цвета, сочные. Вход в гортань свободен, голосовая щель зияет. Отмечаются темно-вишневого цвета, студневидные кровоизлияния в мышцы гортани в проекции странгуляционной борозды. Хрящи гортани и трахеи, подъязычная кость целы. Щитовидная железа двудольчатая, симметричная, мягкая на ощупь, серо-красного цвета с поверхности, доли размерами 3х2,5х2см, соединены тонким перешейком, на разрезе ткань серо-красного цвета, мелкозернистая; отмечаются темно-вишневые кровоизлияния в левую долю щитовидной железы. В просвете пищевода следы белесовато-серой слизи, слизистая пищевода серо-синюшного цвета, влажная, блестящая, продольная складчатость сглажена. В просвете трахеи и крупных бронхов следы белесоватой слизи, слизистая оболочка влажная, блестящая, серо-розового цвета, без очаговых изменений. Легкие массой: левое - 390гр, правое - 360гр. Легкие на ощупь имеют тестовато-воздушную консистенцию, без очаговых уплотнений, с поверхности красно-вишневого цвета без очаговых уплотнений. Отмечаются мелкоточечные, темно-вишневые кровоизлияния под висцеральную плевру легких (пятна Тардье). На разрезе ткань легких равномерного красно-вишневого цвета в задних отделах, бронхи не выступают выше уровня разрезов; при надавливании с поверхностей разрезов стекает умеренное количество темной жидкой крови с примесью пены, из перерезанных бронхов выдавливается белесоватая слизь. Околопочечная клетчатка развита удовлетворительно. Надпочечники имеют листовидную форму, размерами 3,5х3х0,5см каждый, на разрезе кора желтого цвета, мозговое вещество серо-коричневое, граница между ними прослеживается не четко. Почки парные, неправильно-овальной формы, размерами по 9,5х4,5х3,5см, массой по 140гр. Фиброзная капсула серого цвета, снимается легко, обнажая гладкую, влажную поверхность почки. Почки плотные на ощупь, на разрезе корковый слой красно-коричневый, мозговой слой вишнево-коричневый, граница коркового и мозгового слоев прослеживается отчетливо. Мочеточники проходимы. В мочевом пузыре около 5мл прозрачной светло-желтой мочи, слизистая оболочка пузыря бледно-серого цвета, складчатость выражена. Сердечная сорочка не повреждена, в полости ее небольшое количество прозрачной жидкости. Сердце плотное на ощупь, размерами 8х8,5х5,5см умеренно обложено жиром. Отмечаются мелкоточечные темно-вишневые кровоизлияния под эпикардом. Полости сердца расширены, в полостях сердца справа и слева жидкая темная кровь, правая половина сердца переполнена. Сердце массой 250гр. Створки клапанов сердца и крупных сосудов не утолщены. Эндокард бледно-коричневого цвета, сосочковые мышцы не утолщены, сухожильные хорды клапанов не укорочены. Мышца сердца плотная, на разрезе красно-коричневого цвета, влажная, блестящая, с участками неравномерного кровенаполнения. Толщина стенки левого желудочка 1,4см, правого - 0,4см. Просвет коронарных сосудов свободен на всем протяжении. Селезенка плотно-эластичная на ощупь, капсула серо-синюшного цвета, гладкая, размерами 11,5х7,5х3см, массой 200гр. На разрезе ткань селезенки красно-вишневого цвета с белесоватым крапом, пульпа дает умеренный соскоб. Печень с поверхности красно-коричневого цвета, влажная, блестящая, на ощупь плотная, размерами 28х17х15х7,5см, массой 1310гр. На разрезе ткань печени красно-коричневого цвета, сосуды печени полнокровные. Желчный пузырь грушевидной формы, в нем до 5мл темно-оливковой желчи, слизистая его бархатистая, пропитана желчью. Поджелудочная железа в виде плотного тяжа, размерами 14,5х2,5х2х1,5см, с поверхности серо-красного цвета. На разрезе ткань железы неравномерного бледно-розового цвета, дольчатость определяется отчетливо, с полнокровными сосудами; отмечаются множественные, темно-вишневые кровоизлияния по все поверхности. В просвете желудка около 5мл серовато-зеленоватых слизеобразных масс, без различимых фрагментов пищи, слизистая оболочка желудка бледно-серого цвета, складчатость сглажена. На вершинах складок отмечаются мелкоточечные темно-вишневые кровоизлияния. Слизистая оболочка тонкой и толстой кишки светло-серого цвета, влажная, блестящая; в просвете тонкой и толстой кишки содержимое, свойственное его отделам. Кости грудной клетки, таза, верхних и нижних конечностей целы.

ПРИМЕЧАНИЕ:

В судебно-химическое отделение направлены кровь и моча для определения наличия этилового спирта.

В судебно-гистологическое отделение направлены кусочки внутренних органов для определения патоморфологических изменений.

На судебно-биохимическое исследование направлена кровь из синусов твёрдой мозговой оболочки головного мозга и из бедренной вены для определения концентрации глюкозы.

ДАННЫЕ ДОПОЛНИТЕЛЬНЫХ МЕТОДОВ ИССЛЕДОВАНИЯ.

Согласно служебной записке судебно-химического исследования от 20.03.2012 года, выполненного экспертом-химиком, этиловый спирт в крови и моче не обнаружен.

Представлен «Акт судебно-биохимического исследования» от 21.03.2012, эксперт-химик, согласно которому, концентрация глюкозы в крови из синусов ТМО – 3,31 ммоль/л, в крови из бедренной вены – 19,23 ммоль/л, мочевина 3,34 ммоль/л, креатинин 0,175 ммоль/л.

Согласно акту судебно-гистологического исследования от 23.03.2012, дано заключение: Кожа представлена папиломатозным выростом, в котором по краю среза на ограниченном участке наблюдается малокровие мелких сосудов дермы и их горизинтальное расположение по отношению к эпидермису, перифокально полнокровие сосудов. В миокарде очаги острой необратимой ишемии: диффузная субсегментарная релаксация и гиперрелаксация саркомеров, единичные мелкие очаги глыбчатого распада миофибрилл (при поляризационной микроскопии), неравномерное полнокровие, косвенные признаки артериолоспазма. В легком очаговый альвеолярный отек, расстройство микроциркуляторного кровообращения, диффузно-очаговые внутриальвеолярные кровоизлияния, хронический бронхит вне стадии обострения, бронхоэктазы. Диффузный экстракапиллярный мезангио-пролиферативный гломерулонефрит, расстройство микроциркуляторного кровообращения.

Вопросы:

1.Судебно-медицинский диагноз?

2.Причина смерти?

3.Степень тяжести вреда причиненного вреда здоровью человека?

4.Телесные повреждения?

5.Употреблял ли потерпевший не задолго до смерти алкоголь?

Эталон:

1. Механическая асфиксия от сдавления органов шеи петлей при повешении: одиночная, замкнутая, косо-восходящая спереди назад, странгуляционная борозда в верхней трети шеи, кровоизлияния в мягкие ткани шеи в проекции борозды, положительная проба Бокариуса-Нейдинга, кровоизлияние в ножку грудино-ключично-сосцевидной мышцы справа и слева, очаговая эмфизема, ателектазы, наличие кровоизлияний под легочную плевру (пятна Тардье), жидкое состояние крови, венозное полнокровие внутренних органов, снижение концентрации глюкозы в крови из синусов головного мозга по сравнению с концентрацией глюкозы в крови из бедренной вены.

СОП: Хронический бронхит.

2. Смерть его наступила в результате механической асфиксии от сдавления органов шеи петлей при повешении. Данное заключение подтверждается следующими морфологическими признаками: одиночная, замкнутая, неравномерно вдавленная, косо-восходящая спереди назад странгуляционная борозда в верхней трети шеи: кровоизлияния в мягкие ткани шеи в проекции борозды, положительная проба Бокариуса-Нейдинга, кровоизлияние в ножку грудино-ключично-сосцевидной мышцы справа и слева, очаговая эмфизема, ателектазы, наличие кровоизлияний под легочную плевру (пятна Тардье), жидкое состояние крови, венозное полнокровие внутренних органов, снижение концентрации глюкозы в крови из синусов головного мозга по сравнению с концентрацией глюкозы в крови из бедренной вены.

3. Обнаруженная механическая асфиксия от сдавления органов шеи петлей при повешении, согласно приложению к приказу МЗиСР РФ 194н от 24.04.2008г., пункт №6.2.10. отнесена к критериям, характеризующим квалифицирующий признак вреда, опасного для жизни человека. По указанному признаку, согласно правилам «Определения тяжести вреда, причиненного здоровью человека» (постановление правительства РФ № 522 от 17.08.2008г.), механическая асфиксия от сдавления органов шеи петлей при повешении, квалифицируется как ТЯЖКИЙ вред здоровью.

Обнаруженные ссадины на левом плече и левом коленном суставе ссадины в причинно-следственной связи с наступлением смерти не состоят и, согласно пункту 9 раздела №2 приложения к приказу МЗиСР РФ 194н от 24.04.2008г., расцениваются как повреждения, не причинившие вред здоровью человека.

4. Каких-либо других повреждений при исследовании трупа не обнаружено.

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

**6. Перечень практических умений**

- установить причину смерти;

- провести судебно-медицинское исследование трупа при различных видах насильственной смерти;

- определить степень тяжести телесных повреждений;

- установить причинно-следственную связь между повреждением и неблагоприятным исходом;

- организовать судебно-медицинскую экспертизу вещественных доказательств (изъять, упаковать и направить объекты судебно-медицинской экспертизы на лабораторные исследования);

**7. Рекомендации по выполнению НИР**

Примерная тематика по НИР по теме - не предусмотрена

**8. Рекомендованная литература по теме занятия** (обязательная, дополнительная, электронные ресурсы, включая законодательные и нормативно-правовые документы

**Занятие № 33**

**1.Индекс ОД.О.01.1.5.37 Тема: «Механическая асфиксия от закрытия дыхательных путей. Механическая асфиксия в замкнутом пространстве».**

**2. Форма организации занятия:** подготовка к практическому занятию.

**3. Перечень вопросов для самоподготовки по теме практического занятия**

1. ВОПРОС **УК-1  ПК-1  ПК-2  ПК-3  ПК-5  ПК-7  ПК-8  ПК-9  ПК-10**

Что называют повешением и в каких условиях оно возможно?

ОТВЕТ: Повешение — это механическая асфиксия от сдавления шеи петлей под тяжестью тела человека, иногда только части тела. Повешение может быть полным,когда ноги не касаются земли, и неполным, при положении сидя, полусидя, лежа или в случаях касания подогнутых ног поверхности.

Повешение обычно бывает в петле, однако в некоторых случаях сдавление шеи наступает в развилке дерева, при сдавлении дверцей и стойкой автомашины или в положении лежа на твердой перекладине.

Особенности описания места происшествия при повешении приведены ниже. Не снимая петли, ее описывают и сравнивают с оставленным следом на шее — странгуляционной бороздой. Петля при повешении является важным вещественным доказательством.

Петлю с шеи снимают, не развязывая узла, а при необходимости разрезая ее вдали от него. После сшивания она изучается и подробно описывается судмедэкспертом, а затем сдается следователю для назначения криминалистической экспертизы.

2. ВОПРОС **УК-1  ПК-1  ПК-2  ПК-3  ПК-5  ПК-7  ПК-8  ПК-9  ПК-10**

Какие бывают петли и какое судебно-медицинское значение это имеет?

ОТВЕТ: Петли различают жесткие (проволока, электропровод), полужесткие (веревка, ремень) и мягкие (полотенце, шарф). По устройству могут быть скользящими, когда можно раздвинуть отверстие, и неподвижные, завязывающиеся на шее. В зависимости от числа оборотов различают одиночные, двойные или множественные петли. Способ завязывания узла имеет криминалистическое значение, ибо некоторым профессиям (моряк, рыбак, пожарник и др.), а также жителям отдельных регионов свойственно вязать особые узлы. Все эти особенности петли используются при судебно-медицинской и криминалистической экспертизе.

Расположение петли на шее может быть типичным, когда узел располагается сзади, обычно в затылочной области; сбоку, на правой или левой стороне шеи; и атипичным — при расположении узла спереди, чаще над щитовидным хрящом.

3. ВОПРОС **УК-1  ПК-1  ПК-2  ПК-3  ПК-5  ПК-7  ПК-8  ПК-9  ПК-10**

Какой след. на шее остается от сдавления петлей при повешении и его судебво-медицинское значение?

ОТВЕТ: Основным признаком в исследовании трупа при повешении является странгуляционная борозда — негативный след петли. Обращают внимание на расположение борозды по отношению к щитовидному хрящу и подбородку спереди, затылочному бугру сзади, углом нижней челюсти с боков. Описываются отдельные фрагменты — отпечатки узла и прочее, отмечаются ширина, глубина, наличие валиков ущемления, степень и особенности осаднения, рельеф, возможный рисунок, особенности краев, цвет, плотность, наличие инородных частиц, волокон, металлизации. Все это позволяет выявить особенности использованной петли.

Понятно, что в зависимости от числа борозд на шее определяют число оборотов петли, ширина борозды зависит от толщины петли. Глубокие борозды свидетельствуют о жесткой петле и большой силе сдавления, плохо выраженные петли с нечеткими границами указывают мягкий материал петли. Тонкая странгуляционная борозда может быть скрыта в естественных складках кожи пожилых людей.

Индивидуальное значение для идентификации могут иметь отпечаток пряжки ремня с отдельными деталями и соответствующей металлизацией, рисунок витков веревки с отображением узла и волокнами ткани на поверхности.

При повешении в вертикальном положении об этом свидетельствует косовосходящее направление борозды, обычно расположенной выше щитовидного хряща, незамкнутость и разная степень давления: больше на стороне, противоположной узлу, меньше — с боков. Иногда прерывистость может иметь место не в области узла, а в других местах, и объясняться воротником или другой частью одежды, ущемленной петлей. С другой стороны, бледная полоса на фоне трупных пятен, образуясь от сдавления краем плотно застегнутого воротника, может создать видимость стангуляционной борозды.

4. ВОПРОС **УК-1  ПК-1  ПК-2  ПК-3  ПК-5  ПК-7  ПК-8  ПК-9  ПК-10**

с Каковы возможности и значение определения прижизненного возникновения стангуляционной борозды?

ОТВЕТ: Обнаружение повешенного трупа не всегда означает смерть от повешения, ибо зная о частом применении такого способа самоубийства, преступник вешает уже труп человека, что не исключает образования странгуляционной борозды. Поэтому обязательным при исследовании такого трупа следует установление прижизненности повешения. Прежде всего, с этой целью изучают странгуляционную борозду. В начале вскрытия трупа у секционного стола от-сепаровывают кожный лоскут с участком борозды и неизмененной кожи, отделяют от подлежащих тканей, натягивают на стеклянную пластину и рассматривают на просвет. Эта предварительная проба Н. С. Бокариуса при выявлении участков кровоизлияний, особенно в валиках ущемления, предварительно устанавливает прижизненный характер возникновения борозды. Она не исключает необходимости оставлять кусочки кожи для дальнейшего гистологического исследования, при котором кровоизлияния и другие признаки выявятся более надежно.

Признаком прижизненного повешения являются кровоизлияния и надрывы в мышцах шеи при натяжении, особенно в местах прикрепления их к грудине и ключице. Об этом свидетельствуют также поперечные надрывы с кровоизлияниями внутренней стенки общей сонной артерии (признак Амюсса). Примерно в половине случаев при повешении повреждаются хрящи гортани и подъязычковой кости с кровоизлиянием в окружающие ткани. При этом должны иметь место вышеприведенные признаки быстрой смерти. Учитывается и расположение трупных пятен, которые при повешении в вертикальном положении образуются в нижних отделах верхних и нижних конечностей, преимущественно на кистях и стопах.

5. ВОПРОС **УК-1  ПК-1  ПК-2  ПК-3  ПК-5  ПК-7  ПК-8  ПК-9  ПК-10**

Каковы экспертные возможности в решении юридического вопроса о роде смерти?

ОТВЕТ: При повешении в процессе расследования всегда решается вопрос о роде смерти. Чаше всего это самоубийство, однако бывают и случаи убийства. Поэтому судебно-медицин-ский эксперт особое внимание уделяет повреждениям на одежде и теле, характерным для борьбы и самообороны, положению тела и особенностям места происшествия, возможности самостоятельно дотянуться до места закрепления петли и способу затягивания узла. Случайное повешение встречается в виде исключения. Например, мальчик, убегая от сторожа сада, через забор, спрыгивая зацепился майкой, собранной в складки на шее, и оказался повешенным.

6. ВОПРОС **УК-1  ПК-1  ПК-2  ПК-3  ПК-5  ПК-7  ПК-8  ПК-9  ПК-10**

От чего наступает смерть при повешении?

ОТВЕТ: Существует мнение, что смерть от повешения наступает в результате сдавления шеи и прекращения доступа воздуха. Это правильно только частично, ибо смерть при повешении наступает от нескольких факторов. Кроме прекращения (иногда частичного) поступления воздуха, чему способствует смещение кзади и кверху языка, закрывающего просвет гортани, важное значение имеет сдавление сосудов шеи (сонных артерий и яремных вен). Иногда роковую роль играет сдавление нервных стволов шеи и сино-каротидного узла. Резкое сдавление шеи, приводя к комплексу изменений, повышает внутричерепное давление и приводит к потере сознания через 1—2 сек., а затем к расслаблению мускулатуры и прекращению дыхания. Однако в некоторых случаях смерть наступает от первичной остановки сердца. Поэтому попытки самоспасения невозможны. Редкое исключение составляют неполное повешение и слабое затягивание петли.

7. ВОПРОС **УК-1  ПК-1  ПК-2  ПК-3  ПК-5  ПК-7  ПК-8  ПК-9  ПК-10**

 Чем отличается повешение от удавления петлей?

ОТВЕТ: Другой вид странтуляционной асфиксии — удавление петлей, также приводит к образованию странгуляционной борозды и к таким же общим признакам быстрой смерти. Много общего в механизме наступления смерти, в значении особенностей петли и узла, в методике определения прижизнен ности борозды. Между тем, удавление петлей, в отличие от повешения, обычно наступает при ее затягивании посторонней рукой (реже при помощи какого-то механизма) и поэтому является убийством. Это означает, что после выявления странгуляционной борозды, помимо определения ее при-жизненности, следует решить вопрос о происхождении борозды: от повешения или удушения шеи при затягивании руками. Сразу следует напомнить, что при кислородном голодании и сдавлении сосудов в первые же секунды человек теряет сознание, расслабляется его мускулатура. Это исключает возможность самоудавления, так как для наступления биологической смерти даже от действия комплекса факторов нужно 4—5 минут.

8. ВОПРОС **УК-1  ПК-1  ПК-2  ПК-3  ПК-5  ПК-7  ПК-8  ПК-9  ПК-10**

Каковы особенности борозды при удавлении петлей и всегда ли она образуется при убийстве?

ОТВЕТ: Борозда от удавления отличается от описанной выше, образующейся в результате от повешения. Она горизонтальная, расположена на разном уровне, замкнута и на всем протяжении равномерна по глубине. При удавлении, особенно жесткой петлей, чаще, чем при повешении, обнаруживают переломы подъязычной кости, хрящей гортани, с обширным кровоизлиянием вокруг. В таких случаях особенно тщательно надо искать следы борьбы как на месте происшествия, так и на теле.

Самоудавление петлей возможно при использовании предметов, закручивающих петлю, которые обнаруживаются при осмотре. Очень редко бывает удавление петлей в результате несчастного случая, от затягивания косынки, шарфа работающими станками на производстве при нарушении правил техники безопасности.

9. ВОПРОС **УК-1  ПК-1  ПК-2  ПК-3  ПК-5  ПК-7  ПК-8  ПК-9  ПК-10**

Каково происхождение механической асфиксии от удавления руками и как его можно доказать?

ОТВЕТ: Удавление руками всегда убийство, ибо себя таким образом убить невозможно. Сдавливают шею одной или двумя руками. Поэтому в зависимости от этого на передних или боковых поверхностях шеи образуются полулунные ссадины от ногтей или овальные кровоподтеки от подушечек пальцев. Можно учесть, что при удавлении правой рукой, одно повреждение располагается на правой, а большее число — на левой поверхности шеи. При сдавлении руками повреждения будут с двух сторон. При сдавлении шеи ребенка, повреждения будут и сзади. Однако при сопротивлении жертвы повреждения не имеют такой формы. При наличии прокладки из ткани на шее повреждений может вовсе не быть.

При этом виде сдавления шеи во всех случаях встречаются переломы гортани, подъязычной кости, щитовидного хряща. В некоторых случаях имеет значение направление перелома. Как правило, на подобных трупах бывают и другие повреждениям, свидетельствующие о борьбе и самообороне. Сдавление шеи может быть коленом, между плечом и предплечьем, что не оставляет следов. Следует обратить внимание на обязательное наличие признаков быстрой смерти.

10. ВОПРОС **УК-1  ПК-1  ПК-2  ПК-3  ПК-5  ПК-7  ПК-8  ПК-9  ПК-10**

Что такое компрессионная асфиксия и как доказать этот вид механической асфиксии?

ОТВЕТ: К асфиксии от сдавления относится и компрессионная асфиксия. Она возникает от сдавления только груди или живота, но быстрее наступает при одновременном сдавлении груди и живота, так как приводит к ограничению или прекращению дыхания, нарушению кровообращения. Обычно это бывает при различных авариях на стройке, транспорте, во время разрушения, обвалов зданий от землетрясений или взрыва. Сдавления бывают в толпе, при падении человека и его затаптывании.

Общие изменения на трупе такие же, как при других видах асфиксии, но для диагностики имеют значение и некоторые особенности. Это более резко выраженная одутловатость и синюш-ность лица, на фоне которой обнаруживается множество точечных кровоизлияний — экхимо-зов. Поэтому этот признак называют экхимоти-ческая маска, а иногда глаза выпячиваются из орбит. Такие же точечные кровоизлияния иногда распространяются на шею и грудь. Встречаются следы кровоизлияний в носу и ушах. При осмотре трупа имеют значение следы сдавления тела: осаднения, отпечатки одежды или предметов, инородные частицы песка, гравия, стекла и пр. При внутреннем исследовании трупа в отличие от общих признаков асфиксии полнокровные легкие окрашены в красный цвет по сравнению с темной кровью в других местах. Это называют карминовым отеком. Объясняется это тем, что воздух при сдавлении все-таки проникает в легкие. Иногда выявляются и повреждения внутренних органов (переломы костей, раз-мозжения, разрывы органов) от сдавления. Если сдавление тела было постепенным, то воздух из легких выходит через естественные пути, если же внезапным и быстрым, то и через плевру легких, приводя к воздушным пузырям в легких — эмфиземе.

**4. Самоконтроль по тестовым заданиям данной темы**

1.ФАЗА АСФИКТИЧЕСКОГО ПРОЦЕССА

ПК-5

1) потеря сознания

2) непроизвольный акт дефекации

3) кратковременная остановка сердца

4) поверхностное дыхание

5) инспираторная отдышка

Правильный ответ: 5

2.МЕХАНИЗМ РАЗВИТИЯ КАРМИНОВОГО ОТЕКА ЛЕГКИХ

ПК-5

1) повышение белков крови

2) увеличение углекислого газа в крови

3) понижение проницаемости легочных капилляров в условиях гипоксии легких

4) застой крови в легких вследствие невозможности совершать дыхательные движения

5) расширение межреберных промежутков

Правильный ответ: 4

3. ГОРИЗОНТАЛЬНО РАСПОЛОЖЕННАЯ, РАВНОМЕРНО ВДАВЛЕННАЯ, ЗАМКНУТАЯ (ЦИРКУЛЯРНАЯ) СТРАНГУЛЯЦИОННАЯ БОРОЗДА МОЖЕТ БЫТЬ ПРИ

ПК-5

1) повешении

2) удавлении петлей

3) несчастном случае

4) удавлении руками

5) удавлении твердым тупым предметом

Правильный ответ: 2

4.ПРИ ОСМОТРЕ ТРУПА НА МЕСТЕ ЕГО ОБНАРУЖЕНИЯ ПЕТЛЯ

ПК-5

1) развязывается и предается следователю

2) снимается с трупа и передается следователю

3) разрезается с последующим скреплением концов и передается следователю

4) остается на трупе

5) снимается с трупа и передается родственникам погибшего

Правильный ответ: 3

5.СПОСОБ ОБНАРУЖЕНИЯ ЕДИНИЧНЫХ МЕЛКИХ ИНОРОДНЫХ ЧАСТИЦ В ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЯХ

ПК-5

1) непосредственная микроскопия

2) исследование гистологических срезов легких и бронхов

3) исследование смывов со слизистой оболочки дыхательных путей

4) исследование мазков или отпечатков со слизистой оболочки дыхательных путей

5) осмотр вскрытых дыхательных путей в ультрафиолетовых лучах

Правильный ответ: 4

6. К ОБТУРАЦИОННОЙ АСФИКСИИ ОТНОСИТСЯ

ПК-5

1) асфиктический тип утопления

2) механическая асфиксия от сдавления грудной клетки

3) закрытие дыхательных отверстий инородными телами (предметами)

4) повешение

5) удавление петлей

Правильный ответ: 3

7. РАСПОЛОЖЕНИЕ УЗЛА СКОЛЬЗЯЩЕЙ ПЕТЛИ НА ШЕЕ ПРИ ТИПИЧНОМ ПОВЕШЕНИИ

ПК-5

1) спереди

2) сзади

3) сбоку слева

4) сбоку справа

5) в нижней трети шеи

Правильный ответ: 2

8. ЭЛЕМЕНТ СТРАНГУЛЯЦИОННОЙ БОРОЗДЫ

ПК-5

1) кровоизлияния по верхнему краю

2) стенки

3) признак Амюсса

4) пятна Тардье

5) дно

Правильный ответ: 5

9.ВИД (ТИП) УТОПЛЕНИЯ

ПК-5

1) от сдавления живота

2) ложный

3) инспирационный

4) аспирационный

5) рецепторный

Правильный ответ: 4

10. ПЯТНА РАССКАЗОВА-ЛУКОМСКОГО-ПАЛЬТАУФА ЯВЛЯЮТСЯ ПРИЗНАКОМ

ПК-5

1) давности наступления смерти при утоплении

2) смерти от ишемической болезни сердца

3) смерти от утопления (в воде)

4) смерти от острой кровопотери

5) пребывания трупа в воде

Правильный ответ: 3

**5. Самоконтроль по ситуационным задачам**

Задача №1. **УК-1  ПК-1  ПК-2  ПК-3  ПК-5  ПК-7  ПК-8  ПК-9  ПК-10**

ОБСТОЯТЕЛЬСТВА ДЕЛА: в направлении указано, что «около 21,00 минут 30 мая 2011 в приусадебном участке д.№ 00 по ул. Мира п. …….. Ивановского района К. края в земле в картонной коробке обнаружен труп младенца, рожденный гр. Н. 1983 г.р., в ходе проверки по сообщению, 28.05.11г. ».

НАРУЖНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ: Труп ребенка женского пола, доставлен в картонной коробке в целлофановом пакете, плацента 220 гр., диаметром 14 см. Масса тела 1100 грамм, длина 39 см. Правильного телосложения. С неотделенной пуповиной, длиной 43 см. Кожа обильно опачкана землей, по отмыванию земли в сыровидной смазке. На плечах пушковые волосы. Большие половые губы не прикрывают малые. В соединительных оболочках глаз и слизистой век множественные кровоизлияния. Пупочное кольцо по центру передней брюшной стенки. Из носа подтекает красноватая, гнилостная жидкость. Прямой размер головы 10 см, большой поперечный 8,0 см большой косой 11,5 см. Голова правильной формы, кости черепа и лицевого скелета на ощупь целы. Грудная клетка цилиндрическая, эластичная, упругая, ребра на ощупь целы. Живот на одном уровне с грудной клеткой. Слизистая оболочка губ синюшная, подсохшая. Анальное отверстие сомкнуто. Кости конечностей целы. Ядро Беклара отсутствует.

ПОВРЕЖДЕНИЯ. Видимых повреждений при наружном осмотре не выявлено. Кожные разрезы проведены методом Медведева с полной отсепаровкой кожи лица. При послойной отсепаровке кожи лица, грудной клетки - слева в мышцах над грудино-ключичным сочленением округлое кровоизлияние диаметром 1см. Кровоизлияние в виде полосы шириной в 2,5см, условно начинающееся слева в височных мышцах проходящее по мышцам подчелюстной области и мягким тканям передней поверхности нижней челюсти и заканчивающееся справа в мышцах в проекции сосцевидного отростка. В зоне кровоизлияние пропитывание мягких тканей до кости. В области нижнечелюстных суставов с обеих сторон в подкожной клетчатке кровоизлияние диаметром по 2 см. При проведении воздушной пробы – получен воздух из плевральных полостей, из полостей сердца не получен.

Извлечение органокомплекса произведено по методу Шора, с рассечением ребер спереди. Череп вскрывался циркулярным распилом. Доступ к спинному мозгу осуществлялся сзади по методу Медведева.

ПОЛОСТЬ ЧЕРЕПА: Незначительное смещение левой теменной кости на правую, в теменной области с центром в 3см от венечного шва поднадкостничное кровоизлияние диаметром 5см, к этой же зоне кровоизлияние и студневидный отек кожи. Череп вскрыт методом Фишера. При ревизии слева немного жидкой темной крови в средней и передней черепных ямках. Интрадуральное кровоизлияние в серпе от петушиного гребня и до вершины лямбдовидного шва по ходу сагиттального синуса, краевые надрывы длиной по 0,5см, с обеих сторон радиально от тинкториальной вырезки парусов мозжечкового намета с инфильтрацией их кровью, с разволокнениями и кровоизлияниями в парусах намета. Субарахноидально резкое полнокровие сосудов оболочек. Справа и слева пои наружной и верхней поверхностям теменных и затылочных долей отграниченно диффузные темно-красные кровоизлияния диаметром по 4 см, с максимальной интенсивностью в глубине борозд. Под надкостницей затылочного бугра кровоизлияние диаметром 1 см. В задней черепной ямке немного жидкой крови, в зоне стока пазух интрадуральных кровоизлияний не выявлено. Отмечается полный отрыв чешуйки затылочной кости от боковой части с массивными эпидуральными кровоизлияниями в данной зоне, и слева - инфильтрирующеся кровоизлияние в лямбдовидном синдосмозе на границе с чешуйчатым швом, на участке длиной 1 см. При ревизии шейного отдела позвоночника и позвоночных артерий каких-либо повреждений не выявлено. Головной мозг студневидный, видимых глазом повреждений не выявлено.

ОРГАНЫ ШЕИ, ГРУДНОЙ И БРЮШНОЙ ПОЛОСТЕЙ: язык грязно-серый влажный, не обложен. Слизистые оболочки носоглотки грязно-серые, влажные, блестящие. В венах темная жидкая кровь. Щитовидная железа обычных размеров, с равновеликими долями, плотно-эластичная, темно-коричневая, на разрезе полнокровна, дольчатого строения. Аорта эластична, со следами жидкой крови в просвете. Левое легкое выполняет половину грудной клетки, правое легкое 2/3. В передних отделах легкие розовые, в остальных отделах темно-розовые. При проведении воздушной пробы концевые отделы передней поверхности нижней доли правого легкого плавают, остальные отделы легких тонут. Оба легких, кроме плавающих частей изъяты на диатомовый планктон. В субплевральном и под эпикардом точечные кровоизлияния. Легкие весом 30 грамм оба. В полости перикарда следы прозрачной с гнилостным запахом жидкости, листки его гладкие, влажные, блестящие. Сердце 2,5х2х1,5 см, эластичное с правильно сформированными сосудами и полостями. Баталов проток и овальное окно открыты. В полостях сердца жидкая кровь с гнилостными изменениями, пороков не выявлено. Толщина правого и левого желудочков по 0,3 см. Желудок раздут гнилостными газами. Толстый кишечник выполнен меконием, поворот завершен, тонкий кишечника пустой. Селезенка расползается под пальцами из-за аутолиза, размером 3,5х1,5х1 см. Печень весом 110 грамм, коричневая эластичная полнокровная. 10х5х3х2 см. Поджелудочная железа обычных размеров, плотно-эластичная, бледно-серая, на разрезах – дольчатого строения Почки равновелики, размером 2х1,5х1,1 см дряблые с аутолизом, полнокровные. Капсула снимается легко, обнажая эмбриональную дольчатость. Слизистые оболочки лоханок и чашечек бледно-синюшные, гладкие, блестящие, просвет их свободен. Мочеточники проходимы на всем протяжении, с бледно-серой слизистой. Мочевой пузырь пуст, слизистая оболочка его складчатая, бледно-серая, уретра свободно проходима.

На этиловый алкоголь взят фрагмент плаценты.

В судебно-биологическое отделение направлена селезенка для определения видовой принадлежности.

На диатомовый планктон почка, оба легких.

ДАННЫЕ ДОПОЛНИТЕЛЬНЫХ МЕТОДОВ ИССЛЕДОВАНИЯ.

1.Акт исследования трупного материала. В легком обнаружены створки диатомового планктона. В почках не обнаружены.

2.Акт судебно-химического исследования. В плаценте этиловый спирт не обнаружен.

Вопросы:

1.Является ли труп младенца новорожденным, доношенным, срок внутриутробной жизни?

2.Причина смерти?

3.Степень тяжести вреда причиненного здоровью человека?

4.Время наступления смерти?

5.Состояние опьянения?

Эталон:

1.Наличие неотделенной пуповины говорит о том, что ребенок новорожденный. Согласно антропометрическим данным, ребенок является недоношенным, со сроком внутриутробной жизни 27-29 недель, жизнеспособным, зрелым. Наличие дышавших легких, что подтверждается положительной плавательной пробой и наличием створок диатомового планктона в легких, говорит, что ребенок является живорожденным. Длительность внеутробной жизни – не менее нескольких минут.

2.Смерть новорожденной наступила в результате наступила в результате механической асфиксия от закрытия отверстий рта и носа со сдавлением головы, что подтверждается наличием общеасфиктической картины, признаков давления на мягкие ткани головы с наличием кровоизлияний (см. пункт 1), наличием черепно-мозговой травмы сдавления с действием травмирующих сил в передне-заднем направлении навстречу друг другу, с локальным переломом латерально-базиллярного синхондроза, перерастяжением с разрывами серпа и парусов мозжечкового намета, наличием отграничено-диффузных кровоизлияний в больших полушариях в проекции лябдовидного шва (Новая медицинская технология ФС по надзору в сфере здравоохранения и социального развития ФС №2011/169 от 15.06.11 «Судебно-медицинская дифференциальная диагностика родовой травмы нервной системы от травмы насильственного происхождения»). Повреждения возникли от давления твердых тупых предметов без четких идентифицирующих признаков навстречу друг другу. Кровоизлияния в коже головы могли возникнуть, в том числе и при воздействии пальцев рук человека.

3.Обнаруженная при судебно-медицинской экспертизе трупа черепно-мозговая травма сдавления по тяжести вреда здоровья не оценивается, т.к. входит в комплекс повреждений при механической асфиксии, которая согласно пункту 4.а Правил определения степени тяжести вреда, причиненного здоровью человека (Постановление Правительства РФ от 17 августа 2007 г. N 522) квалифицируется, как обусловившая тяжкий вред здоровью и имеет прямую причинную связь со смертью.

4.Согласно динамике трупных явлений давность смерти не менее 2-х суток на момент вскрытия трупа в морге.

5.Данных о наличия алкоголя в крови пострадавшей не обнаружено.

Задача №2. **УК-1  ПК-1  ПК-2  ПК-3  ПК-5  ПК-7  ПК-8  ПК-9  ПК-10**

ОБСТОЯТЕЛЬСТВА ДЕЛА. В направлении указано, что «19.02.2012г. примерно в 09 часов 00 минут по адресу: г. К….., проезд Мира, 00 обнаружен труп мужчины неустановленного».

Представлена «Карта осмотра трупа (приложение к протоколу осмотра трупа на месте его обнаружения)», заполненная судебно-медицинским экспертом 19.02.2012г., согласно которой: Время начала и окончания осмотра 12:15-13:00. Температура воздуха +7,0С. Местонахождение трупа – в помещении, в строительном вагончике, в одежде, положение «сидя» на полу. Трупные явления: ректальная температура 22,0С (12:15), 21,5С (13:00); трупное окоченение хорошо выражено во всех группах мышц; образование идиомускулярной опухоли – вмятина на месте удара; трупные пятна синюшно-фиолетовые, насыщенные, разлитые, на задней поверхности, при дозированном надавливании исчезают и восстанавливаются через 55 секунд. Повреждения: Ушибленные раны на лице и волосистой части головы, слизистой губ. Кровоподтек на шее. Примечание: кожные покровы лица, волосы на голове, пальцы кистей опачканы кровью. Кровь на одежде (одежда была изъята в ходе осмотра следователем). Других сведений в «Карте осмотра трупа» нет.

НАРУЖНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ. Труп доставлен в секционную в следующей одежде: шорты х/б черного цвета, На секционном столе труп мужского пола, правильного телосложения, удовлетворительного питания, длиной тела 170 см, массой 76 кг, кожные покровы бледно-серого цвета, холодные на ощупь. Трупные пятна разлитые, багрово-синюшного цвета, расположены на заднебоковых поверхностях туловища и конечностей, при надавливании пальцем окраски не меняют. Трупное окоченение разрешено во всех группах мышц. Волосы на голове черные с проседью, длиной до 10см. Кости мозгового черепа и лицевого скелета на ощупь целы. Глаза закрыты, зрачки равномерные, по 0,4 см в диаметре. Склеры инъецированы, с множеством мелкоточечных темно-красных кровоизлияний. В склере наружного угла левого глаза имеется темно-красное кровоизлияние, размером 1х2см. Кости и хрящи носа на ощупь целы. Рот закрыт, язык расположен за линией зубов. Лунки отсутствующих зубов заращены, сглажены. Переходная кайма губ, слизистая оболочка десен и внутренней поверхности губ бледно-розового цвета, не повреждены. Ушные раковины обычной формы, наружные слуховые проходы свободные. Шея развита пропорционально туловищу, без патологической подвижности. Грудная клетка цилиндрической формы, на ощупь без патологической подвижности. Передняя стенка живота расположена на уровне реберных дуг. Наружные половые органы развиты правильно, по мужскому типу. Рубцовых и язвенных изменений, а также патологических выделений из наружного отверстия мочеиспускательного канала нет. Заднепроходное отверстие сомкнуто, кожа вокруг него чистая. На лучистых складках переходной части слизистой оболочки прямой кишки повреждений нет. Конечности развиты пропорционально туловищу. Длинные трубчатые кости верхних и нижних конечностей, кости таза и грудной клетки на ощупь целы.

СЛОВЕСНЫЙ ПОРТРЕТ: На вид 50-55 лет. Лицо европеоидной расы, овальной формы. Волосы на голове черные с проседью, длиной до 10см. Лоб средней высоты, не скошен. Брови густые, дугообразные, несколько сросшиеся на переносице. Нос широкий, кончик закруглен. Радужка светло-коричневого цвета. Губы полные, прямые. Верхняя губа несколько выступает. Подбородок овальный, в профиль выступает. Ушные раковины овальной формы, мочки сросшиеся.

Зубная формула: на верхней челюсти справа 1,4 зубы целы, 2,3,6,7 зубы сколоты до шейки, кариозно изменены, слева 1,4,5 зубы целы, остальные зубы отсутствуют; на нижней челюсти справа 1-3 зубы целы, 4 зуб сколот на 3/4, кариозно изменен, 8 зуб сколот на 1/2 сколот, кариозно изменен, слева 1-4 зубы целы, 7 зуб сколот до шейки, кариозно изменен, остальные зубы отсутствуют. Лунки отсутствующих зубов заращены, сглажены.

ОСОБЫЕ ПРИМЕТЫ: На наружной поверхности левого плеча темно-синяя татуировка в виде изображения церкви с куполами.

КРАТКИЕ АНТРОПОМЕТРИЧЕСКИЕ ДАННЫЕ: длина тела 170см, длина стопы 24см.

ПОВРЕЖДЕНИЯ. В области наружного конца левой брови расположена рана углообразной формы, горизонтальный луч проходит от средней трети брови до ее наружного конца, длиной 4,5см. Вертикальный луч раны проходит от средней трети брови на лобную область под углом 90 градусов к горизонтальному лучу, длиной 3см. Края описанной раны неровные, кровоподтечные, концы, приближаются к острым, в углах раны видны соединительно-тканные перемычки.

- В области наружного конца правой брови расположена горизонтальная линейная рана, с неровными кровоподтечными краями, концами, приближающимися к острым, длиной 1,5см.

- В левой теменной области, на 5см левее средней линии и на 2см кзади от передней линии роста волос, расположена линейная рана, ориентированная спереди назад и несколько слева направо, с характеристиками аналогичными вышеописанным, длиной 3,5см.

- На 0,5см кзади от описанной раны расположена аналогичная линейная рана, ориентированная параллельно вышеописанной ране, длиной 5см.

- В левой теменно-затылочной области, на 6см левее средней линии, на 6см выше затылочного бугра, расположена линейная рана, ориентированная косо-вертикально, с аналогичными вышеописанным характеристиками.

- На слизистой внутренней поверхности верхней губы, на 1,5см левее средней линии расположена вертикальная линейная рана, с характеристиками аналогичными вышеописанным, длиной 1,5см. На одном уровне с данной раной обнаружены две горизонтальные линейные аналогичные раны на слизистой нижней губы, длиной 0,5см и 1,5см.

- Все выше описанные раны не имеют признаков заживления.

- В левой лобной области, на 4см левее средней линии, на 1,5см ниже линии роста волос, расположена прерывистая полосовидная ссадина, ориентированная горизонтально, с бледно-коричневым влажным дном ниже уровня окружающей кожи, размером 0,8х4см.

- Ссадины в аналогичными характеристиками расположены в правой щечной и в скуловой областях, размером 3х7см; в левой щечной области, размером 2,5х5см; в левой околоушной и нижнечелюстной областях, размером 2х10см; в подбородочной области, размером 2,5х7см.

- На наружной поверхности левой ушной раковины в нижней трети расположена косо-вертикальная линейная рана, с неровными кровоподтечными краями, концами, приближающимися к острым, длиной 0,8см.

- На передней поверхности шеи в средней трети кровоподтек синюшно-фиолетового цвета, неправильно-овальной формы, размером 4х7см.

- На задней поверхности правого предплечья в верхней трети кровоподтек синюшно-фиолетового цвета, неправильно-овальной формы, размером 3х5см.

При наружном исследовании трупа каких-либо других повреждений не обнаружено.

ВНУТРЕННЕЕ ИССЛЕДОВАНИЕ. Полость черепа: кожно-мышечный лоскут головы бледно-розового цвета, влажный, блестящий, с наличием темно-красного кровоизлияния в правой лобно-орбитальной области, размером 6х7см, а также в проекции кожных ран левой лобной области, левой теменной и левой теменно-затылочной областей. Череп вскрыт угловым распилом. Твердая мозговая оболочка серо-перламутрового цвета, не напряжена, в синусах ее темная, жидкая кровь. Под твердой мозговой оболочкой по наружной поверхности правой лобной доли обнаружено скопление темно-красных, рыхлых свертков крови, в виде прослойки толщиной 0,3-0,5см, общим объемом 7мл. Свертки крови легко отделяются от твердой мозговой оболочки, неплотно прикреплены. Мягкая мозговая оболочка утолщена, приподнята светлой, находящейся под ней жидкостью. Под мягкой мозговой оболочкой по наружной поверхности правой лобной доли в средней трети верхней лобной извилины четыре пятнистых темно-красных очаговых кровоизлияния, округлой формы, диаметром от 0,5см до 1см. Рельеф мозга сглажен. Извилины увеличены в размере, неравномерно уплощены, борозды сглажены. Масса мозга 1340 гр. Вещество мозга дряблое, тянется за лезвием секционного ножа. Серое вещество коры и подкорковых ядер имеет бледную желтоватую окраску. На поверхности разрезов в большом количестве появляются красные точки, легко снимаемые спинкой ножа при поглаживании. Желудочки мозга не расширены, содержат около 10 мл светло-серой, прозрачной жидкости. Внутренняя стенка желудочков бледно-желтого цвета, дряблая, влажная, блестящая, с выраженным сосудистым рисунком. Сосудистые сплетения желудочков серо-синюшного цвета, зернистые. Мозжечок на разрезе имеет древовидное строение, с четкой границей между слоями, без очаговых изменений. На миндалинах мозжечка определяется борозда вдавления от краев большого затылочного отверстия на глубину до 0,5см. Сосуды основания мозга на разрезе зияют, стенки их утолщены, эксцентрически расположенными атеросклеротическими бляшками в стадии фиброза, просвет сосудов на поперечных разрезах сужен на 1/3. По удалению твердой мозговой оболочки кости свода и основания черепа целы.

ГРУДНАЯ И БРЮШНАЯ ПОЛОСТИ: Подкожно-жировая клетчатка выражена удовлетворительно. Мышцы шеи, груди, живота бледно-коричневого цвета, влажные. Легкие полностью выполняют плевральные полости. В плевральных полостях свободной жидкости и спаек нет. В брюшной полости свободной жидкости и спаек нет. Петли кишечника прикрыты большим сальником, равномерно вздуты. Печень выступает из-под края реберной дуги на 3 см. Дно мочевого пузыря расположено ниже уровня лонного сочленения. Органы в полостях расположены анатомически правильно, для исследования извлечены единым органокомплексом. Язык обложен белым налетом, на разрезе без признаков кровоизлияний. Миндалины размерами по 2,5х2х1,5см, дряблые, на разрезе серо-желтого цвета, сочные. При ревизии органокомплекса шеи отмечаются темно-красные кровоизлияниями в мягких тканях вокруг гортани. Вход в гортань свободен, голосовая щель зияет. Хрящи гортани и трахеи, подъязычная кость целы. Щитовидная железа двудольчатая, доли размерами по 3,5х2х1,5см, соединены тонким перешейком, «мясистого» вида, цвета и консистенции. В просвете аорты темная жидкая кровь в большом количестве, стенка ее утолщена и уплотнена. Внутренняя стенка аорты желтого цвета, с наличием в брюшном отделе атеросклеротических бляшек серо-желтого цвета в стадии фиброза. Ширина аорты в грудном отделе 5 см, края её на поперечном разрезе расходятся на 2 см. Просвет пищевода не расширен, в просвете светло-серая слизь в небольшом количестве; слизистая пищевода серо-синюшного цвета, продольная складчатость сглажена. В просвете трахеи и крупных бронхов бледно-розовая слизь в небольшом количестве; слизистая оболочка влажная, блестящая, светло-розового цвета, без очаговых изменений. Легкие эмфизематозно вздуты, с поверхности светло-розового цвета с множеством мелкоточечных, темно-красных кровоизлияний, располагающихся под легочной плеврой. Масса правого лёгкого 950гр, левого - 800гр. На разрезах ткань легких тёмно-фиолетового цвета, с участками темно-серого прокрашивания, с тяжами плотной, белесовато-серой ткани, сосудистый и бронхиальный рисунок выражен, стенки бронхов утолщены, сближены друг с другом, выступают выше уровня разрезов; при надавливании с поверхности разрезов стекает большое количество темной, жидкой крови. Околопочечная клетчатка развита удовлетворительно. Надпочечники имеют листовидную форму, размерами 3,5х3х0,5см каждый, на разрезе кора желтого цвета, мозговое вещество серо-коричневое, граница между ними хорошо выражена. Почки парные, бобовидной формы, размером по 11х8х5,5см, массой по 200гр. Фиброзная капсула серого цвета, снимается с трудом, поверхность под ней гладкая. На разрезе ткань почек полнокровная, кора толщиной до 0,5 см, тёмно-коричневого цвета; пирамиды красно-фиолетового цвета, границы между слоями хорошо выражены; сосуды не выступают выше уровня разрезов, стенки их несколько утолщены. Просвет лоханок и чашечек почек не расширен. Мочеточники проходимы на всем протяжении. В мочевом пузыре 50мл светло-желтой, прозрачной мочи, слизистая оболочка пузыря бледно-серого цвета, складчатость в области дна сглажена. Сердечная сорочка не повреждена, в полости ее следы светло-желтой, прозрачной жидкости. Сердце плотное на ощупь, конусовидной формы, верхушка закруглена, по ходу коронарных сосудов слабо обложено жиром, размерами 11х10х8см. Масса сердца 400гр. Полости сердца не расширены, в них тёмная жидкая кровь. Створки клапанов сердца и крупных сосудов непрозрачные, гладкие, подвижные, смыкаются полностью. Внутренняя оболочка (эндокард) равномерного бледно-коричневого цвета, сосочковые мышцы утолщены, сухожильные хорды клапанов укорочены. Мышца сердца на разрезе тёмно-коричневого цвета, с участками более темного – серо-вишневого цвета (полнокровия), и более светлого – бледно-коричневого цвета (малокровия). Толщина мышечного слоя стенки левого желудочка 1,6см, правого - 0,4см, межжелудочковой перегородки – 1,5см. Коронарные артерии на разрезе не спадаются; просвет их сужен плотными, эксцентрически расположенными атеросклеротическими бляшками в стадии фиброза до 1/3 диаметра. Печень размерами 27х18х13х11см, массой 1680гр, на ощупь плотная, поверхность гладкая, тёмно-коричневого цвета, край закруглен. На разрезах ткань печени тёмно-коричневого цвета, полнокровная. Желчный пузырь грушевидной формы, не напряжен, содержит около 5мл жидкой светло-оливковой желчи, стенка его не утолщена, слизистая бархатистая, темно-зеленого цвета. Селезенка размером 10х7х3см, массой 85гр, плотная на ощупь, капсула светло-серого цвета; на разрезе ткань ее тёмно-вишневого цвета, соскоба не даёт. Поджелудочная железа в виде плотного тяжа, размером 16х3,5х3см, на разрезе ткань дольчатого строения серо-жёлтого цвета. В желудке около 40мл светло-серых кашицеобразных полупереваренных пищевых масс, без различимых пищевых фрагментов, складчатость слизистой сглажена, без кровоизлияний. В двенадцатиперстной кишке содержится слизь в виде «рисового отвара». Отмечается отек Фатерова соска. В просвете тонкого и толстого кишечника светло-коричневые каловые массы.

ПРИМЕЧАНИЕ:

Кровь и моча направлены на судебно-химическое исследование для определения наличия этилового спирта.

Кусочки головного мозга, печени, сердца, почек, легких направлены на судебно-гистологическое исследование для определения патоморфологических изменений.

Кровь, моча, почка, желудок с содержимым направлены на судебно-химическое исследование для определения наличия спиртов и растворителей, ацетальдегида.

Образец крови направлен в судебно-биологическое отделение для определения групповой принадлежности.

Органокомплекс шеи направлен на медико-криминалистическое исследование для определения наличия повреждения, механизма их образования; кожный лоскут с раной левой брови для определения характера повреждения, механизма образования, свойств травмирующего предмета.

Кровь из синусов твердой мозговой оболочки и гематома из черепа направлены на судебно-биохимическое исследование для определения концентрации метгемоглобина.

Труп сфотографирован.

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛАБОРАТОРНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ:

1. При судебно-химическом исследовании (служебная записка от 29.02.12г., судмедэксперт) обнаружен этиловый спирт в концентрации в крови – 2,8 промилле, в моче – 4,15 промилле.

2. Судебно-гистологическое исследование (акт от 02.03.12г., получен 05.03.12г., судмедэксперт), заключение: острая гематома с одной из поверхностей твердой мозговой оболочки. Два мелкоочаговых субарахноидальных кровоизлияния в области извилины больших полушарий головного мозга без выраженных реактивных изменений. Отсутствие очагов деструкции, кровоизлияний в коре больших полушарий, два мелкоочаговых кровоизлияния в стволовых отделах головного мозга. Диффузно-очаговые инфильтрирующие кровоизлияния в «мягких тканях головы» и массивные инфильтрирующие кровоизлияния в «мягких тканях шеи» с начальными реактивными изменениями (согласно литературным данным – на скорость появления и развития воспалительно-репаративного процесса, кроме временного, влияют и другие факторы – процессы заживления замеляют некоторые заболевания и травмы, иммунодефицитные состоянии, алкогольная интоксикация и др.). Мелкие очажки острой альвеолярной эмфиземы, гиперемия сосудистого русла в легком (с диапедезом единичных эритроцитов в просветы альвеол). Очаговая смешанная (белковая, жировая) дистрофия печени. Умеренное полнокровие сосудов микроциркуляции в почке. Неравномерное кровенаполнение сосудистого русла в сердце, очаговое набухание миофибрилл в кардиомиоцитах.

3. При судебно-химическом исследовании (акт от 06.03.12г.) заключение: в крови обнаружен ацетальдегид в концентрации 3,518 мг%. В крови, моче, содержимом желудка не обнаружено: метилового, пропиловых, бутиловых, амиловых спиртов; ацетона, ядовитых галогенопроизводных, бензола, толуола, ксилола. Обнаружен этиловый алкоголь в крови 2,8 промилле, в моче 4,15 промилле (Акт судебно-химического исследования от 29.02.12г.)

4. При судебно-биологическом исследовании (справка от 21.02.12г.) групповая характеристика крови из трупа неизвестного мужчины – выявлен лишь антиген В.

5. При медико-криминалистическом исследовании (акт от 16.03.12г., получен 19.03.2012г.) установлено: 1. На препарате кожи ушибленная рана, с признаками однократного ударного воздействия твердым тупым предметом с плоской ограниченной контактирующей поверхностью, вероятней всего, с наличием угла, образованного схождением ребер. Посторонних включений на стенках раны не обнаружено. На органокомплексе шеи обнаружен полный косо-вертикальный сгибательный перелом в средней трети левого большого рожка подъязычной кости, возникший от механического воздействия с направлением силы слева направо и вовнутрь.

6. При судебно-биохимическом исследование (Акт от 06.03.12г.) определена концентрация метгемоглобина в крови из синусов ТМО – 0,13%, в гематоме из черепа – 1,40%, разность 1,27%.

Представлен протокол осмотра места происшествия от 19.02.12г. Осмотром установлено: объектом осмотра является вагончик строительный, расположенный рядом с домом № 00, проезд связистов г. К……. Вагончик выполнен из металлической конструкции, белого цвета. Вход в вагончик осуществляется через деревянную дверь, на момент осмотра, которая находится в открытом состоянии. На расстоянии 70 см от пола с наружной и внутренней сторон имеются врезные дверные ручки, которые обрабатываются дактопорошком, как «Атроцитон». Следов, пригодных для идентификации, не обнаружено. При входе в указанную дверь, оказываешься в помещении размерами 4х3х3 метра. На пороге обнаружен нож кухонный с рукоятью черного цвета, лезвие примерно 7 см. Указанный нож изымается. В ближнем левом углу расположена полка с обувью. Далее за ним стоит двустворчатый платяной шкаф, при обработке двери данного шкафа атроцитоном, следов, пригодных для идентификации, не обнаружено. В шкафу расположены предметы одежды, далее за данным шкафом расположена тумбочка деревянная, белого цвета. На ней расположена тумба коричневого цвета с телевизором. Далее в дальнем левом углу расположена односпальная кровь, на которой расположены 2 фрагмента ДСП: первый размером 6х15 см, второй размером 7х10 см. Следов биологического происхождения на них не обнаружено. При обработке следов, пригодных для идентификации, не обнаружено. Справа от входа расположена тумба, за ней в углу расположена раковина с умывальником. Рядом с раковиной расположена бутылка, объемом 0,5 л, стеклянная, при обработке следов, пригодных для идентификации, не обнаружено. Далее за раковиной расположен кухонный шкаф с посудой. Напротив входа в вагончик, у противоположной стены расположен кухонный стол с едой. На расстоянии 30 см от стола обнаружен кухонный нож, который изымается. В дальнем правом углу расположена кровать односпальная, рядом с которой обнаружен труп мужчины.

Осмотр трупа с участием смэ. Труп в помещении, полусидя на полу, голова, задняя поверхность наклонена назад, прислонены к краю кровати, голова запрокинута, наклонена и резко повернута в правую сторону. Левая рука прижата к туловищу, часть предплечья прислонена к ножке столика, пальцы сжаты в кулак. Правая рука отведена в сторону от туловища, разогнута в локтевом суставе, передняя поверхность наклонена, правая рука на сиденье кровати, ноги сближены между собой, полусогнуты в коленных суставах, направлены в левую сторону. Ягодицы касаются пола правая, несколько возвышается. Для дальнейшего осмотра перемещен. Одежда: куртка из х/б ткани спецодежды, спереди замок типа «молния», расстегнута до низа. Куртка черно-серого цвета, ворот куртки преимущественно слева, капюшон опачкан веществом красно-бурого цвета. Кофта с начесом темно-зеленого и темно-синего цвета, спереди замок «молния», расстегнут до средней длины. Пуловер полушерстяной машинной вязки. Штаны из х/б ткани черного цвета, гульфик расстегнут, пояс связан веревкой, ботинки черного цвета со средним голенищем, трико из полусинтетической ткани, портянки суконные, носки х/б черные, шорты синтетические, темно-синие. Вся одежда снята с трупа, при осмотре карманов штанов, в левом кармане обнаружен листок бумаги с надписью: 05468797431. Акиф и цепочка из металла серого цвета. Одежда изымается и упаковывается. В области левой брови «Л» образной формы рана с неровными тупым краями и с наличием перемычек в концах. Дном являются мягкие ткани. В области раны выраженная припухлость мягких тканей. Кожные покровы обильно опачканы подсохшей кровью, на слизистой верхней и нижней губы раны в проекции передних зубов, аналогичные вышеописанным. На волосистой части головы, в проекции теменно-затылочной области слева рана, ориентированная на 5 и 11 часов условного циферблата. Дно – мягкие ткани. По морфологическим свойствам аналогичная. На передне-боковой поверхности слева синюшно-фиолетовый кровоподтек, других повреждений нет.

Вопросы:

1. Причина смерти?

2. Время наступления смерти?

3. Телесные повреждения? Степень тяжести вреда причиненного здоровью человека?

4. Сопровождались ли данные повреждения кровотечением?

5. Употреблял ли пострадавший не задолго до смерти алкоголь?

Эталон:

1. Причиной смерти его явилась механическая асфиксия от сдавления органов шеи тупым твёрдым предметом при удавлении, что подтверждается наличием кровоподтёка на передней поверхности шеи в средней трети, кровоизлияниями в мягких тканях шеи вокруг гортани, кровоизлияниями в соединительные оболочки глаз, полным косо-вертикальным сгибательным переломом в средней трети левого большого рожка подъязычной кости, эмфизематозным вздутием легких, очагами повышенной воздушности альвеол с очаговыми разрывами межальвеолярных септ, жидким состоянием крови, отеком легких и головного мозга, венозным полнокровием внутренних органов.

2. Согласно стадии выраженности трупных явлений зарегистрированных в карте осмотра трупа (приложение к протоколу осмотра трупа на месте его обнаружения) от 19.02.2012г. «ректальная температура 22,0С (12:15), 21,5С (13:00); трупное окоченение хорошо выражено во всех группах мышц; образование идиомускулярной опухоли – вмятина на месте удара; трупные пятна синюшно-фиолетовые, насыщенные, разлитые, на задней поверхности, при дозированном надавливании исчезают и восстанавливаются через 55 секунд», можно предположить, что смерть неустановленного мужчины наступила не менее, чем за 9 часов, но не более 15 часов до момента осмотра трупа на месте его обнаружения.

3. При исследовании трупа обнаружены повреждения в виде кровоподтёка на передней поверхности шеи в средней трети, кровоизлияний в мягких тканях шеи вокруг гортани, полного косо-вертикального перелома левого большого рожка подъязычной кости. Данные повреждения являются прижизненными, что подтверждается наличием кровоизлияний в области их расположения, возникли незадолго до наступления смерти от воздействия твёрдого тупого предмета. Сдавление органов и тканей шеи с развитием состояния в виде механической асфиксии привело к необратимым изменениям внутренних органов и тканей и развитию острой дыхательной недостаточности, что и явилось непосредственной причиной смерти.

Состояние в виде механической асфиксии находится в прямой причинно-следственной связи с наступлением смерти и соответственно пункта № 6.2.10 согласно приказу МЗиСР РФ 194н от 24.04.2008г. отнесено к критериям вреда, опасного для жизни человека. По указанному признаку, согласно правилам «Определения тяжести вреда, причиненного здоровью человека» (постановление правительства РФ № 522 от 17.08.2007г.) механическая асфиксия квалифицируется как ТЯЖКИЙ вред здоровью.

- При исследовании трупа также обнаружена закрытая черепно-мозговая травма, сопровождавшаяся ушибленной раной правой брови с кровоизлиянием в кожно-мышечном лоскуте правой лобно-орбитальной области, субдуральной гематомой по наружной поверхности правой лобной доли из темно-красных рыхлых свертков, объемом 7мл, пятнистыми субарахноидальными кровоизлияниями в области верхней лобной извилины правой лобной доли. Данная травма в прямой причинной связи со смертью не состоит, возникла незадолго (не более 24 часов, согласно выраженности клеточной реакции в кровоизлияниях) до наступления смерти от одного воздействия твердого тупого предмета, с местом приложения травмирующей силы в области правой брови. Степень тяжести вреда, причиненного здоровью закрытой черепно-мозговой травмой, согласно приказу МЗиСР РФ №194н от 24.04.2008г., пункт 27, не определяется, так как в связи со смертью потерпевшего в результате удавления не ясен исход вреда здоровью, не опасного для жизни человека.

- При исследовании трупа также обнаружены повреждения в виде ушибленных ран левой брови, левой теменной области, левой теменно-затылочной области, слизистой верхней и нижней губы, ссадин лица, кровоподтека правой верхней конечности. Данные повреждения являются прижизненными, что подтверждается наличием кровоизлияний в мягкие ткани, возникли незадолго до наступления смерти от не менее тринадцати воздействий твердого тупого предмета (предметов), или при ударе о таковой (таковые), в прямой причинно-следственной связи с наступлением смерти не состоят. Степень тяжести вреда, причиненного здоровью ушибленными ранами, согласно приказу МЗиСР РФ №194н от 24.04.2008г., пункт 27, не определяется, так как в связи со смертью потерпевшего в результате удавления не ясен исход вреда здоровью, не опасного для жизни человека. Однако в случае временной нетрудоспособности продолжительностью до 21 дня (включительно) данные повреждения могут быть расценены как ЛЕГКИЙ вред здоровью. Обнаруженные при исследовании ссадины на лице и кровоподтёк на правой верхней конечности, согласно пункту 9 раздела №2 приказа МЗиСР РФ 194н от 24.04.2008г. расцениваются как повреждения, не причинившие вред здоровью человека.

4. Повреждения в виде ушибленных ран могли сопровождаться необильным наружным кровотечением. Признаков фонтанирования крови при исследовании не обнаружено.

5. При судебно-химическом исследовании обнаружен этиловый спирт в крови в концентрации – 2,8 промилле, в моче – 4,15 промилле, что, по аналогии с живыми лицами, соответствует СИЛЬНОЙ степени алкогольного опьянения, в стадии выведения.

Задача № 3. **УК-1  ПК-1  ПК-2  ПК-3  ПК-5  ПК-7  ПК-8  ПК-9  ПК-10**

ОБСТОЯТЕЛЬСТВА ДЕЛА: В постановлении указано, что «19.02.2012 около 14 часов возле межевого столба № 000 границы между г. К…….и Б…… районом К…… края, в теплой речке обнаружен труп женщины».

Представлена «Карта осмотра трупа (приложение к протоколу осмотра трупа на месте его обнаружения)» от 19.02.2012г., заполненная судмедэкспертом, согласно которой: Время начала и окончания осмотра с 16:15 мин. до 16:45 мин. Температура воды 20°С, температура воздуха -17°С. Местонахождение трупа – в воде, теплая речка, межевой столб № 805. Трупные явления: температура печеночная, ректальная 19°С и 18°С (16:20); трупное окоченение хорошо выражено во всех группах мышц; образование идиомускулярной опухоли – не образуется; трупные пятна багрово-синюшные, ненасыщенные, располагаются на передней поверхности туловища, при надавливании бледнеют и восстанавливают свой цвет через 5 минут. Повреждения: одиночная замкнутая горизонтальная странгуляционная борозда 1,5-3см шириной. Примечание: петля сделана из ремня куртки жертвы шириной 4см, из х/б ткани, узел – спереди. Найдена в воде. Петля скользящая. Других сведений в «Карте осмотра трупа» нет.

НАРУЖНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ: На секционный стол доставлен труп, с которого снята одежда: джинсы синего цвета, колготки коричневого цвета, сапоги коричневого цвета замшевые, плавки желтого цвета, бюстгальтер белого цвета. Труп женщины удовлетворительного питания, длиной тела 175 см, массой 82 кг. Кожные покровы бледно-серо-розовые. Трупные пятна насыщенные, розово-фиолетового цвета, расположены по заднебоковым поверхностям туловища, конечностей, при надавливании окраску не изменяют. Кожа кистей рук белого цвета, набухшая, со слабо выраженной складчатостью. Трупное окоченение равномерно выражено во всех группах обычно исследуемых мышц. Мышечная опухоль не вызывается. Голова симметричной формы, патологической подвижности костей черепа не отмечается. Волосы на голове окрашены в желтый цвет, у корней светло-русые, длиной около 45 см. Кожные покровы волосистой части головы не повреждены. Хрящи ушных раковин без патологической подвижности, наружные слуховые проходы свободные, чистые. Лицо синюшное. Глаза закрыты, соединительные оболочки глаз увеличены в объеме со сплошными темно-красными кровоизлияниями, роговицы прозрачные. Зрачки равны слева и справа по 0,3 см в диаметре. Кости и хрящи носа на ощупь без патологической подвижности. В носовых ходах содержимого нет. Рот закрыт, слизистая губ и десен синюшная, язык в полости рта за линией зубов. Зубы целы. Полость рта свободна. Шея пропорциональна туловищу, патологической подвижности нет. Грудная клетка овально-цилиндрической формы, эластичная, патологической подвижности нет. Грудные железы крупные, полушаровидные, эластичные, пигментации околососковых кружков нет. Передняя брюшная стенка расположена на 1 см выше уровня грудины, мягкая, не напряжена. Наружные половые органы развиты правильно по женскому типу, выделений из половой щели нет. Заднепроходное отверстие сомкнуто, кожные покровы в области промежности без каких-либо опачкиваний и повреждений. Ампула прямой кишки без содержимого. Верхние и нижние конечности пропорциональны туловищу. Длинные трубчатые кости верхних и нижних конечностей на ощупь целы. Отеков мягких тканей нет. Периферические лимфоузлы не увеличены.

ПОВРЕЖДЕНИЯ: На шее трупа имеются ссадины с неравномерно осадненными поверхностями (странгуляционные борозды), осадненные поверхности красного цвета, подсохшие несколько ниже уровня окружающей кожи.

Первая располагается по нижнему краю нижней челюсти от подбородочной области до правого угла, имеет прерывистый характер, размерами 9х0,5-1см, имеет неравномерно осадненое красное дно, без краевых валиков. Вторая располагается в подчелюстной области на границе с верхней третью шеи на участке общим размером 11,5х2,5см, представляет из себя три наслаивающихся друг на друга параллельных отрезка – верхний размерами около 8х0,5см, средний 11,5х0,5-0,8см, нижний по нижнему краю данного участка размерами около 4,5х0,7см. Дно их всех неравномерно осаднено, красное, со слабо выраженными краевыми валиками. Третья странгуляционная борозда выражена слабее, является замкнутой, расположена горизонтально на границе верхней и средней третей шеи, имеет ширину на всем протяжении 0,9-1,2см, по передней поверхности на участке 4х1см дно ее слабо осаднено. На остальном протяжении дно третьей странгуляционной борозды почти не осаднено, без краевых валиков с уплощенным рисунком эпидермиса, с отдельными крупноточечными красными кровоизлияниями по краям.

Имеются бледно-фиолетовые кровоизлияния, с нечеткими контурами – в лобно-височной области справа 3х2см, в области переносицы 4х1,5см, кончика и спинки носа 3,5х1,5см, тыльной поверхности левой кисти у основания 3-го пальца 1,5х1см.

Также имеются ссадины с красным подсохшим дном ниже уровня окружающей кожи – передней поверхности правого лучевого сустава 3х1см, передней поверхности левого плечевого сустава 0,7х0,5см, наружной поверхности нижней трети левого плеча неправильно-линейной формы вертикально ориентированная размерами 7,5х0,4см.

Имеются ссадины с желтыми подсохшими поверхностями – на тыльной поверхности правой кисти 3 от 0,7х0,5см до 1,5х1см, передней поверхности правой молочной железы прерывистого характера на участке 15х4см, нижнего края реберной дуги справа между среднеключичной и средней подмышечной линии 18х5см.

Каких-либо других телесных повреждений при наружном исследовании не обнаружено.

ВНУТРЕННЕЕ ИССЛЕДОВАНИЕ: Кожно-мышечный лоскут головы с внутренней поверхности полнокровный, окрашен в светло-розовый цвет. Имеются прерывистого характера темно-красные кровоизлияния – в лобной области справа от средней линии, по верхнему краю глазницы неправильно-четырехугольной формы 4х3см; по переднему краю правой височной мышцы 2,5х2см. Височные мышцы розово-коричневого цвета, влажные, блестящие. Произведено вскрытие полости черепа посредством углового распила его свода. После снятия фрагмента свода черепа толщина костей на распиле составляет от 0,1 см в височных, до 0,4 см в затылочной областях. С внутренней поверхности имеется множество ветвистых борозд и углублений. Видимый участок твердой мозговой оболочки светло-серого цвета, влажный, напряжен. В сагиттальном синусе жидкая темная кровь в большом количестве. Мягкая мозговая оболочка не склерозирована, светло-серая, полупрозрачная, утолщена за счет отека, с резко полнокровными сосудами. Стенки сосудов мягкой мозговой оболочки не склерозированы. Под мягкой мозговой оболочкой в небольшом количестве светло-розовая, прозрачная спинномозговая жидкость. Кровоизлияний над и под оболочки головного мозга нет. Твердая мозговая оболочка не плотно сращена с костями черепа. После отделения твердой мозговой оболочки повреждений костей свода и основания черепа не обнаружено. Вещество мозга плотно выполняет полость черепа. Ткань мозга эластично-дряблая на ощупь, по извлечении форму сохраняет. Масса мозга 1300 гр. Извилины полушарий головного мозга уплощены, борозды уплощены. Артерии основания мозга спавшиеся, стенки их не гипертрофированы, без бляшек. Произведено вскрытие головного мозга по методу Вирхова. Мозолистое тело серовато-желтовато-розоватого цвета, влажное, гладкое, тусклое. Боковые желудочки не расширены, частично спавшиеся, в них бесцветный, прозрачный ликвор. Эпендима желудочков светло-желто-серая, гладкая, влажная, тусклая, мягкая, с полнокровными сосудами. Серое корковое вещество полушарий головного мозга однородного желтовато-сероватого цвета, толщиной по 0,2 см. На основании височных долей толщина серого вещества коры по 0,2 см. Кровоизлияний и участков размягчений в корковом и белом веществе больших полушарий головного мозга не имеется. Белое вещество полушарий головного мозга на разрезе розово-белесоватого цвета, влажное, тусклое. На поверхности разрезов выступают множественные, мелкие капельки жидкой крови темно-красного цвета, расплывающиеся в розовую пленку. Отмечается некоторое прилипание боковой поверхности секционного ножа к поверхности разрезов белого вещества. На поверхности разрезов полушарий серое вещество несколько выступает над белым; граница между ними четко различима. Сосудистые сплетения серо-розово-синюшного цвета, не склерозированные, резко полнокровные. Серое вещество подкорковых ядер желтовато-сероватого цвета. Структура строения подкорковых образований сохранена. Эпендима третьего желудочка тусклая, влажная, гладкая, мягкая. Мозжечок на разрезах имеет древовидное строение, белое и серое вещество на разрезах четко выражено, границы между серовато-коричневатым серым веществом и серовато-желтоватым белым веществом мозжечка четко прослеживаются. Эпендима четвертого желудочка гладкая, влажная, тусклая. Структура строения стволовых образований не нарушена. Ядерные образования серовато-розового цвета. Изменений в стволовом отделе мозга нет.

Произведен основной срединный разрез. Подкожно-жировая клетчатка удовлетворительно развита, толщина на уровне груди 0,8 см, пупка - 2,6 см. Скелетные мышцы розово-коричневого цвета, влажные, блестящие. Кровоизлияний в мягких тканях груди и живота не обнаружено. Широко отсепарована кожа и подкожно-жировая клетчатка шеи до нижней челюсти. В проекции всех трех странгуляционных борозд имеются множественные мелко- и крупноточечные красные кровоизлияния в подкожную жировую клетчатку. В проекции странгуляционных борозд кровоизлияний в мышцы шеи нет. Обнаружено овальной формы кровоизлияние в области правой пластины щитовидного хряща, размерами 1,5х0,9см.

Венозные сосуды полнокровные, содержат жидкую темную кровь. Произведено вскрытие грудной клетки посредством рассечения, грудино-ключичных сочленений и хрящевые части 1-10 ребер с обеих сторон. Хрящи ребер серовато-белесоватого цвета, не склерозированы. Органы в брюшной полости и в плевральных полостях анатомически расположены правильно. В брюшной полости жидкости и спаек нет. В плевральных полостях спаек и жидкости нет. Брюшина кишечника синюшно-серая, гладкая, тусклая. Кишечник и желудок равномерно резко вздуты воздухом. Пристеночная брюшина светло-розовая, гладкая, тусклая. Легкие целиком выполняют объем плевральных полостей. Пристеночная плевра без повреждений, гладкая, влажная, розово-серого цвета. Край печени выступает на 1 см из-под края правой реберной дуги справа. Большой сальник серовато-желтого цвета, частично прикрывает петли кишечника. Мочевой пузырь ниже уровня лона. Внутренние органы анатомически расположены правильно и извлечены единым комплексом по методу Шора. Язык чист, сосочки у корня языка четко выражены. На разрезе мышца языка желтовато-розово-коричневого цвета. Обнаружены кровоизлияния в мышцу языка по нижней поверхности кончика – неправильно-четырехугольной формы образующие малой кривизны дугу, открытую кзади. Стенки сонных артерий не склерозированы, не гипертрофированы, на разрезах интима их без надрывов. Миндалины размером 1х0,5х0,5 см, розово-серого цвета, не склерозированы, мелкозернистого рисунка. Вход в гортань и пищевод свободен. Подъязычная кость и хрящи гортани, полукольца трахеи целы. Доли щитовидной железы размерами 3х2х0,5 см, розово-серого цвета, не склерозированы, мелко-дольчатого рисунка. Просвет пищевода на всем протяжении свободен, продольная складчатость его выражена, слизистая розовая, полнокровная. В просвете трахеи в умеренном количестве розовая жидкая слизь, слизистая розового цвета, влажная, гладкая, блестящая. Легкие мягкой консистенции, края их закруглены, между долями спаек нет. Со всех поверхностей плевра легких гладкая, темно-вишневого цвета, с равномерно расположенными не многочисленными пузырьками воздуха. Масса левого легкого 810 гр., масса правого легкого 990 гр. На разрезах ткань легких вишневого цвета, пониженной воздушности, резко полнокровна. Различимых на глаз очаговых изменений легких нет. Бронхиальный рисунок обычно выражен, стенки бронхов не утолщены. Слизистые бронхов серо-розовые, гладкие, тусклые. Легочные сосуды имеют не гипертрофированные стенки. С поверхности разрезов из перерезанных сосудов в большом количестве стекает жидкая темная кровь. Лимфатические узлы бифуркации трахеи в размерах не увеличены, на разрезах розово-серого цвета, не склерозированы, с мелко-дольчатой структурой. В просвете аорты жидкая, темная кровь в большом количестве, внутренняя стенка ее серо-розово-желтого цвета, ровная. Стенка аорты не гипертрофирована на всем протяжении, режется легко. Ширина аорты в грудном отделе 3,5 см, края на поперечном разрезе расходятся на 3,5 см. Сердечная сорочка цела, содержит 2 мл прозрачной светло-розовой жидкости. Произведено вскрытие полости правого желудочка и легочных артерий – тромбоэмболов не обнаружено. Сердце эластичное на ощупь, размерами 12х12х6 см, массой 260 гр., верхушка сердца закруглена, по ходу коронарных сосудов имеются не обильные разрастания жировой ткани. Эпикард розово-коричневый, гладкий, тусклый. На разрезах стенки правой и левой венечных артерий не гипертрофированы на всем протяжении, просветы их не сужены, свободны, частично спавшиеся. На разрезах полости сердца равномерны, не расширены, в полостях сердца содержится жидкая, темная кровь в большом количестве. Клапанные кольца не склерозированы, створки гладкие, смыкаются полностью. Устья коронарных артерий не сужены. Сосочковые и трабекулярные мышцы утолщены, не склерозированы, хордальные нити не укорочены, утолщены. Толщина стенки левого желудочка 1,5 см, межжелудочковой перегородки 1,5 см, правого 0,3 см. Мышца сердца красно-коричневая, тусклая, резко полнокровная. Надпочечники эластичные листовидной формы размером 4х1,1х0,1-0,2 см левый, 5х1-2х0,1-0,2 см, с четкой границей коркового серо-желтого и мозгового серо-коричневого слоев. Околопочечная клетчатка выражена удовлетворительно, без кровоизлияний. Почки парные, эластичные на ощупь, бобовидной формы, размерами 13х7х5см обе. Масса правой почки 180 гр., левой 170 гр. Капсулы почек розовые, тонкие, снимаются относительно легко, обнажая ровные, вишневые поверхности. На разрезах почечная ткань вишневая, резко полнокровная. Корковые слои толщиной 0,5-0,6 см, границы коркового и мозгового слоев подчеркнуты расширенными кровью сосудами. Лоханки свободны, содержат розово-желтоватую слизь в небольшом количестве, слизистые их светло-серые, гладкие, отечные. Мочеточники проходимы на всем протяжении, в мочевом пузыре 2мл желто-розовой полупрозрачной мочи, слизистая розового цвета, складчатость выражена. Печень размерами 28х23х13х9 см, дрябло-эластичная, поверхность печени вишневого цвета, гладкая, нижний край закруглен. Масса печени 2000 гр. На разрезах ткань печени вишневого цвета, крупно-дольчатого рисунка. Ткань печени резко полнокровна, не склерозирована. Желчный пузырь грушевидной формы, в просвете его содержится 5мл маслянистой жидкости желто-зеленого цвета. Слизистая желчного пузыря бархатистая, зеленовато-коричневатая, без кровоизлияний. Общий желчный проток проходим. Селезенка размером 7х4х2 см, массой 60 гр. Капсула морщинистая, вишнево-серого цвета. Ткань селезенки дряблая, на разрезах ткань серо-вишневого цвета, не склерозирована, пульпа дает обильный кровянистый соскоб. Поджелудочная железа в виде эластичного тяжа, размером 14х5х0,5-1,5 см, на разрезах розово-желтого цвета, крупно-дольчатая. В желудке содержатся желто-серая жидкость, без различимых фрагментов пищи, объемом 20мл, слизистая розовая, полнокровная, кровоизлияний в слизистую желудка нет. В просвете 12-перстной кишки розово-сероватая слизь. Толстый и тонкий кишечники проходимы, в просвете тонкого и толстого кишечника содержимое свойственно его отделам в небольшом количестве. Лимфоузлы кишечника не увеличены. Матка размерами 7х9х3см, эластичная, симметричной формы, поверхность ее гладкая, придатки эластичные, размерами 1х0,3х0,2см оба. На разрезах полость матки свободна, не расширена. Длинные трубчатые кости верхних и нижних конечностей, кости тазового кольца, позвоночник, ребра, грудина и ключицы не повреждены.

Каких-либо повреждений слизистых полости рта, наружных половых органов, влагалища, анального отверстия, начального отрезка прямой кишки нет. В естественных отверстиях тела содержимого почти нет. Имеются следы слюны, слизистого секрета.

ПРИМЕЧАНИЕ:

На судебно-химическое исследование направлены кровь и моча для количественного определения этилового спирта.

На судебно-биологическое исследование направлена кровь для определения групповых свойств.

На судебно-биологическое исследование направлен контроль марли, тампон с содержимым влагалища, тампон со слизистой оболочки полости рта, тампон со слизистой оболочки прямой кишки для установления наличия спермы.

На судебно-гистологическое исследование направлены кусочки легкого для определения патоморфологических изменений, другие кусочки внутренних органов направлены в архив.

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛАБОРАТОРНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ:

1. При судебно-химическом исследовании (служебная записка от 29.02.12г., судмедэксперт) обнаружен этиловый спирт в концентрации в крови – 0,5 промилле, в моче этиловый спирт не обнаружен.

2. При судебно-биологическом исследование (справка от 29.02.12г.) проведенным исследованием установлено: на тампонах с содержимым влагалища и прямой кишки гр. Н. найдена сперма. На тампоне с содержимым полости рта гр. Н. сперматозоиды не обнаружены.

3. При судебно-гистологическом исследовании (акт от 01.03.12г., акт получен 07.03.12г.) заключение: признаки компрессионного воздействия в представленном кусочке кожи («странгуляционная борозда»). Очаговые дистелектазы, очаговый альвеолярный отек на фоне умеренного полнокровия сосудистого русла в легком. Очаговые ишемические изменения нейронов коры больших полушарий головного мозга.

Вопросы:

1. Причина смерти?

2. Степень тяжести вреда причиненного здоровью человека?

3. Время наступления смерти?

4. Механизм травмы?

5. Употреблял ли пострадавший не задолго до смерти алкоголь?

Эталон:

1. Причиной смерти ее явилась механическая асфиксия от сдавления органов шеи петлей при удушении, что подтверждается наличием на уровне верхней трети шеи трёх горизонтальных странгуляционных борозд, кровоизлияниями в соединительные оболочки глаз, пониженной воздушностью лёгких с наличием пузырьков воздуха под висцеральной плеврой, очаговыми дистелектазами, очаговым альвеолярным отеком на фоне умеренного полнокровия сосудистого русла в легких, очаговыми ишемическими изменениями нейронов коры больших полушарий головного мозга, жидким состоянием крови, острым венозным полнокровием внутренних органов. Странгуляционные борозды возникли от не менее трёх воздействий с достаточной силой жёсткого предмета, незадолго до наступления смерти и наложение их повлекло за собой сдавление органов шеи, что привело к развитию состояния в виде механической асфиксии, что и явилось непосредственной причиной смерти. После возникновения описанного состояния (механической асфиксии) смерть наступает в короткий промежуток времени (обычно 5-8 минут).

2. Обнаруженная при судебно-медицинской экспертизе механическая асфиксия от сдавления органов шеи петлей при удушении, согласно приказу МЗиСР РФ 194н от 24.04.2008г. п.6.2.10. отнесена к критериям, характеризующим квалифицирующий признак вреда, опасного для жизни человека. По указанному признаку, согласно правилам «Определения тяжести вреда, причиненного здоровью человека» (постановление правительства РФ №522 от 17.08.2008г.) механическая асфиксия от сдавления органов шеи петлей при удушении квалифицируется как ТЯЖКИЙ вред здоровью. При экспертизе трупа так же обнаружены кровоподтёки на лице и на левой кисти, ссадины на верхних конечностях, которые возникли незадолго до наступления смерти от не менее семи воздействий с достаточной силой твердого тупого предмета (предметов), либо при ударе о таковой (таковые), в какой-либо связи с наступлением смерти не состоят. Обнаруженные при экспертизе кровоподтёки и ссадины, согласно пункту 9 раздела №2 приказа МЗиСР РФ 194н от 24.04.2008г. расцениваются как повреждения, не причинившие вред здоровью человека.

3. Согласно выраженности трупных явлений, обнаруженных при осмотре трупа на месте его обнаружения 19.02.2012г (температура печеночная, ректальная 19°С и 18°С (16:20); трупное окоченение хорошо выражено во всех группах мышц; образование идиомускулярной опухоли – не образуется; трупные пятна багрово-синюшные, ненасыщенные, располагаются на передней поверхности туловища, при надавливании бледнеют и восстанавливают свой цвет через 5 минут) можно предположить, что смерть гр.Н. наступила за 1-2 суток к моменту регистрации трупных явлений.

4. После получения телесных повреждений в виде кровоподтёков и ссадин на лице и верхних конечностях потерпевшая могла осуществлять самостоятельные, целенаправленные действия. Причинение повреждений в виде странгуляционных борозд на шее повлекло за собой развитие механической асфиксии в короткий промежуток времени, что не позволяло потерпевшей осуществлять самостоятельные, целенаправленные действия. Кровоподтёки и ссадины на лице и верхних конечностях могли возникнуть при различных обстоятельствах, в том числе и при падении с высоты собственного роста на горизонтальную поверхность. Возникновение странгуляционных борозд на шее при падении с высоты собственного роста на горизонтальную поверхность маловероятно.

5. При судебно-химическом исследовании обнаружен этиловый спирт концентрацией в крови 0,5 промилле, что соответствует ЛЁГКОЙ степени алкогольного опьянения применительно к живым лицам.

Задача №4. **УК-1  ПК-1  ПК-2  ПК-3  ПК-5  ПК-7  ПК-8  ПК-9  ПК-10**

ОБСТОЯТЕЛЬСТВА ДЕЛА. В направлении указано, что "направляется труп гр.Н., 1938г.р., обнаруженный по адресу: г. К……., пер. Мира, 0-00».

НАРУЖНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ. Труп доставлен в морг в следующей одежде: трусы черные. По снятию одежды на секционном столе труп мужского пола, правильного телосложения, удовлетворительного питания, длиной тела 168 см, массой 74кг, с вытянутой правой рукой 195см. Кожные покровы бледно-серо­го цвета с синюшным оттенком, упругие, холодные на ощупь во всех областях. Трупные пятна циркулярные, разлитые, ненасыщенные, синюшно-багрового цвета, расположены на задней поверхности тела. Трупное пятно при надавливании пальцем не бледнеет и окрас­ки не меняет. Трупное окоченение выражено во всех группах мышц. Волосы на голове седые, коротко острижены. Кости мозгового черепа и лице­вого скелета на ощупь целы. Глаза закрыты, соединительнотканные оболочки светло-серого цвета с мелкоточечными темно-вишневыми кровоизлияниями, роговица помутневшая, зрачки правильной округлой формы, в диаметре по 0,3 см оба. Кости и хрящи носа на ощупь целы, носовые ходы сво­бодные, опачкиваний кожных покровов в окружности носовых ходов нет. Рот закрыт, язык в полости рта за линией зубов, кожные покровы в окружности губ без каких – либо опачкиваний. Лунки отсутствующих зубов сглажены, заращены. Красная кайма губ, слизистая оболочка десен и внутренней поверхности губ бледно-розового цвета, не повреждена. Наружные слуховые проходы свободные, опачкиваний кожи вокруг них не отмечается. Шея без патологической подвижности, кожный покров ее без каких-либо изменений. Грудная клетка симметричная, эластичная при надавливании с обеих сторон, без патологической подвижности. Живот не вздут. Передняя стенка живота расположена на уровне реберных дуг. Наружные половые органы развиты правильно, по мужскому типу, выделений из наружного отверстия мочеиспус­кательного канала нет. Заднепроходное отверстие сомкнуто, кожа вокруг него чистая. Конечности раз­виты пропорционально туловищу. Кости верхних и нижних конечностей на ощупь целы.

ПОВРЕЖДЕНИЯ. На передней поверхности шеи обнаружена одиночная косо восходящая спереди назад, снизу вверх и справа налево незамкнутая странгуляционная борозда с осадненными дном буро-коричневого цвета с четко выраженным нависающим кожным валиком. Правый луч борозды идет на расстоянии 2см от угла нижней челюсти, слепо затухает в проекции сосцевидного отростка справа, левый луч идет на расстоянии 1,5см от угла нижней челюсти, далее в проекции сосцевидного отростка, слепо затухает в проекции угла нижней челюсти.

При наружном исследовании трупа каких-либо других повреждений не обнаружено.

ВНУТРЕННЕЕ ИССЛЕДОВАНИЕ. Кожно-мышечный лоскут головы бледно-розового цвета, влажный, блестящий, без кровоизлияний. Чере­п вскрыт угловым распилом. Масса головного мозга 1200гр. Твердая мозговая оболочка серо-перламутрового цвета, умеренно напряжена, в синусах ее темная жидкая кровь. Мягкая мозговая оболочка тонкая, полупрозрачная, приподнята прозрачной, находящейся под ней жидкостью. Полушария головного мозга симметричные. Рельеф мозга несколько сглажен: извилины несколько сглажены, борозды несколько уплощены. На разрезе вещество головного мозга влажное, блестящее; рисунок строения головного мозга выражен отчетливо во всех отделах. На поверхности разрезов появляются множественные капли крови в виде точек и полос, исчезающие при проведении спинкой ножа по поверхности разрезов. При проведении разрезов вещество головного мозга тянется за лезвием секционного ножа. Границы между корой и белым веществом четкие. Желудочки мозга щелевидные, внутренняя стенка их гладкая, блестящая, содержат небольшое количество желтоватой, прозрачной жидкости. Сосудистые сплетения желудочков серо-синюшного цвета, зернистые на вид. Мозжечок на разрезе имеет древовидное строение, с четкой границей между слоями, без очаговых изменений. На миндалинах мозжечка отмечаются кольцевидные вдавления от большого затылочного отверстия. Сосуды основания мозга на разрезе зияют, стенки их на всем протяжении утолщены плотными бляшковидными образованиями в виде светло-желтых пятен и полос, выступающих в просвет сосудов. Просвет сосудов на поперечных раз­резах сужен до 2/3. По снятию твердой мозговой оболочки кости свода и основания черепа осушены с помощью сухой, чистой ткани: при осмотре целостность их не нарушена.

Подкожно-жировая клетчатка выражена удовлетворительно; толщина ее в области груди 1,4 см, в области живота - 2,5 см. Мышцы шеи, груди, живота розово-красного цвета, влажные, блестящие. Отмечаются темно-вишневого цвета кровоизлияния в мышцы шеи в проекции странгуляционной борозды. Спаек и жидкости в брюшной полости не отмечается. В плевральной полости справа спайки, разделяемые тупым путем, в плевральных полостях свободной жидкости не отмечается. Легкие выполняют плевральные полости почти полностью. Желудок и петли кишечника прикрыты большим сальником, равномерно вздуты. Пристеночная брюшина светло-серого цвета, влажная, блестящая. Печень выступает из-под края реберной дуги на 2 см. Дно мочевого пузыря ниже уровня лонного сочленения. Органы расположены анатомически правильно, для исследования извлечены единым органокомплексом по Шору. В просвете аорты темная жидкая кровь. Интима аорты, влажная, блестящая. Стенка аорты блестящая, с единичными пятнами и бляшками желто-белого цвета. Язык обложен сероватым налетом, с кровоизлияниями. Кончик языка подсохший, фиолетового цвета. Миндалины размерами 2,5х2х1,5см, дряблые, на разрезе серо-желтого цвета, сочные. Вход в гортань свободен, голосовая щель зияет. Отмечаются темно-вишневого цвета, студневидные кровоизлияния в мышцы гортани в проекции странгуляционной борозды. Хрящи гортани и трахеи, подъязычная кость целы. Щитовидная железа двудольчатая, симметричная, мягкая на ощупь, серо-красного цвета с поверхности, доли размерами 3х2,5х2см, соединены тонким перешейком, на разрезе ткань серо-красного цвета, мелкозернистая. В просвете пищевода небольшое количество серой жидкости, слизистая пищевода серо-синюшного цвета, влажная, блестящая, продольная складчатость сглажена. В просвете трахеи и крупных бронхов следы белесоватой слизи, слизистая оболочка влажная, блестящая, серо-розового цвета, без очаговых изменений. Легкие массой: левое - 380гр, правое - 400гр. Легкие на ощупь имеют воздушную консистенцию, без очаговых уплотнений, с поверхности синюшно-красного цвета с очагами эмфиземы более светлого цвета по передней поверхности. Под плеврой отмечаются единичные темно-вишневые кровоизлияния. На разрезе ткань легких равномерного красно-вишневого цвета, бронхи выступают выше уровней разрезов; при надавливании с поверхностей разрезов стекает обильное количество темной жидкой крови с примесью пены, из перерезанных бронхов выдавливается белесоватая слизь. Околопочечная клетчатка развита удовлетворительно. Надпочечники имеют листовидную форму, размерами 3,5х3х0,5см каждый, на разрезе кора желтого цвета, мозговое вещество серо-коричневое, граница между ними прослеживается не четко. Почки парные, неправильно-овальной формы. Правая почка размером 11,5х3х2,5см, массой - 120гр. Левая почка размером 12х3х3,5см, массой - 130гр. Фиброзная капсула серого цвета, снимается легко, обнажая гладкую, влажную поверхность почки. Почки плотные на ощупь, на разрезе корковый слой красно-коричневый, мозговой слой - вишнево-коричневый, граница коркового и мозгового слоев прослеживается отчетливо. Мочеточники проходимы. В мочевом пузыре около 5мл светло-желтой мочи, слизистая оболочка пузыря бледно-серого цвета, складчатость выражена. Сердечная сорочка не повреждена, в полости ее небольшое количество прозрачной жидкости. Сердце дрябловатое на ощупь, размерами 10,5х7х4см, умеренно обложено жиром. Полости сердца не расширены, в полостях сердца справа и слева жидкая темная кровь, правая половина сердца переполнена. Сердце массой 310гр. Створки клапанов сердца и крупных сосудов немного утолщены. Эндокард бледно-коричневого цвета, сосочковые мышцы не утолщены, сухожильные хорды клапанов не укорочены. Мышца сердца дряблая, на разрезе красно-коричневого цвета, влажная, блестящая, с участками неравномерного кровенаполнения. Толщина стенки левого желудочка 1,5см, правого - 0,5см. Просвет коронарных сосудов сужен на 1/3 за счет атеросклеротических бляшек. Селезенка плотная на ощупь, капсула серо-синюшного цвета, гладкая, размерами 9х7х2см, массой - 90гр. На разрезе ткань селезенки темно-вишневого цвета, пульпа дает обильный соскоб. Печень с поверхности желто-коричневого цвета, влажная, блестящая, на ощупь плотная, размерами 23х19х14х7см, массой 1750гр. На разрезе ткань печени желто-коричневого цвета, сосуды печени полнокровные. Желчный пузырь грушевидной формы, в нем до 2 мл оливковой желчи, слизистая его бархатистая, пропитана желчью. Поджелудочная железа с поверхности серо-розового цвета, плотная на ощупь, размерами 16х3х2см. На разрезе ткань железы неравномерного бледно-розового цвета, дольчатость определяется отчетливо. В просвете желудка около 700 мл жидких пищевых масс серого цвета, слизистая оболочка желудка бледно-серого цвета, складчатость сглажена. Слизистая оболочка тонкой и толстой кишки светло-серого цвета, влажная, блестящая; в просвете тонкой и толстой кишки содержимое, свойственное его отделам. Кости грудной клетки, таза, верхних и нижних конечностей целы.

ПРИМЕЧАНИЕ:

Кровь и моча направлены на судебно-химическое исследование для определения наличия этанола.

Кусочки внутренних органов направлены в архив судебно-гистологического отделения.

ДАННЫЕ ЛАБОРАТОРНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ.

1. При судебно-химическом исследовании (служебная записка от 05.03.2012г., эксперт-химик) в крови и почке этиловый спирт не обнаружен.

Вопросы:

1.Судебно-медицинский диагноз?

2.Причина смерти?

3.Время наступления смерти?

4.Степень тяжести вреда причиненного вреда здоровью человека?

5.Употреблял ли потерпевший не задолго до смерти алкоголь?

Эталон:

1. Механическая асфиксия от сдавления органов шеи петлей при повешении: наличие на передней поверхности шеи одиночной, незамкнутой, косо восходящей спереди назад, неравномерно вдавленной странгуляционной борозды, кровоизлияния в мягкие ткани по ходу странгуляционной борозды, кровоизлияния под плевру легких (пятна Тардье), острая эмфизема легких, венозное полнокровие внутренних органов и тканей, жидкое состояние крови.

2. Смерть его наступила в результате механической асфиксии от сдавления органов шеи петлей при повешении, что подтверждается наличием на передней поверхности шеи прижизненной, одиночной, косо-восходящей спереди назад, снизу вверх и справа налево, неравномерно вдавленной странгуляционной борозды, наличием кровоизлияний в мягкие ткани по ходу странгуляционной борозды, кровоизлияний под плевру легких (пятна Тардье), наличием повышенной воздушности легочной ткани, жидкого состояния крови в полостях сердца и крупных сосудах, отека и набухания вещества головного мозга, венозного полнокровия внутренних органов, а также данными судебно-гистологического исследования.

3.Учитывая степень выраженности трупных явлений, смерть наступила за 2-4 часа к моменту медицинского осмотра трупа на месте присшествия.

4. Обнаруженная механическая асфиксия от сдавления органов шеи петлей при повешении пункт № 6 согласно приказу МЗиСР РФ 194н от 24.04.2008г. № 6.2.10. отнесена к критериям, характеризующим квалифицирующий признак вреда, опасного для жизни человека. По указанному признаку, согласно правилам «Определения тяжести вреда, причиненного здоровью человека» (постановление правительства РФ № 522 от 17.08.2008г.) механическая асфиксия от сдавления органов шеи петлей при повешении, квалифицируется как ТЯЖКИЙ ВРЕД ЗДОРОВЬЮ.

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

Задача №5. **УК-1  ПК-1  ПК-2  ПК-3  ПК-5  ПК-7  ПК-8  ПК-9  ПК-10**

ОБСТОЯТЕЛЬСТВА ДЕЛА: В направлении указано, что «для определения причины смерти, а также для установления наличия либо отсутствия телесных повреждений, направляется труп гр. О., 1992г.р., обнаруженный на полу 10.03.2012 года по адресу: г. К……, ул. Мира, 00-00, с признаками самоповешения»

НАРУЖНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ. Труп доставлен в секционную в следующей одежде: плавки синие, шорты бежевого цвета. После снятия одежды на секционном столе труп мужского пола, правильного телосложения, удовлетворительного питания, длиной тела 165см, с вытянутой правой рукой 202см. Масса трупа 47кг. Кожные покровы бледно-серого цвета с синюшным оттенком, упругие, холодные на ощупь во всех областях. На нижних конечностях отмечаются множественные, округлые темно-вишневые кровоизлияния, диаметром 0,1см. Трупные пятна разлитые, насыщенные, синюшно-багрового цвета, расположены циркулярно на верхних и нижних конечностях, на туловище, при надавливании пальцем не бледнеют. Трупное окоченение хорошо выражено во всех группах обычно исследуемых мышц. Волосы на голове светло-русые с рыжеватым оттенком, длиной в лобной области до 10см. Кости мозгового черепа и лицевого черепа на ощупь целы. Глаза закрыты, соединительнотканные оболочки век серого цвета, роговица прозрачная, радужные оболочки глаз коричневого цвета, без кровоизлияний, склеры инъецированы, зрачки округлой формы в диаметре по 0,3см. Кости и хрящи носа на ощупь целы, носовые ходы свободные. Рот закрыт, язык за линией зубов, кожные покровы в окружности губ без опачкиваний. На верхней челюсти справа все зубы целы, слева все зубы целы. На нижней челюсти справа все зубы целы, слева все зубы целы. Красная кайма губ с синюшным оттенком, слизистые оболочки десен и внутренней поверхности губ бледно-розового цвета с синюшным оттенком, не повреждены. Наружные слуховые проходы свободные, опачкиваний кожи вокруг них не отмечается. Шея без патологической подвижности. Грудная клетка симметричная, эластичная при надавливании с обеих сторон, без патологической подвижности. Живот не вздут. Передняя стенка живота расположена на уровне реберных дуг грудной клетки. Наружные половые органы развиты правильно, по мужскому типу, выделений из наружного отверстия мочеиспускательного канала нет. Заднепроходное отверстие сомкнуто, кожа вокруг него опачкана каловыми массами. Конечности развиты пропорционально туловищу. Кости верхних и нижних конечностей на ощупь целы.

ПОВРЕЖДЕНИЯ: В верхней трети шеи одиночная, замкнутая, косо-восходящая странгуляционная борозда, шириной от 0,5 до 0,8см на всем протяжении. Края ровные, четкие. Верхний валик нависает, нижний скошен. Дно борозды подсохшее, красно-коричневого цвета. Правый луч раздваивается под подбородком на участке 5,5см, проходит ниже угла нижней челюсти на 2,5см, ниже сосцевидного отростка 1,5см, далее постепенно затухает в волосистой части головы на 9,5см ниже затылочного бугра. Левый луч, проходит ниже угла нижней челюсти на 3см, ниже сосцевидного отростка на 3,5см., далее постепенно затухает в волосистой части головы. Произведено исследование борозды: для этого кусочек кожи с бороздой отсепаровывался и укладывался между предметными стеклами, при исследовании в проходящем свете обнаружено спадение и запустевание капилляров в дне борозды наряду с гиперемией и полнокровием сосудов в области краев (проба Бокариуса-Нейдинга).

По задней поверхности левого плеча в области локтевого сустава имеется ссадина округлой формы размером 0,6х0,8см, покрыта красно-коричневой корочкой ниже уровня кожи.

На левом коленном суставе аналогичная ссадина, прерывистого характера, на участке 1,5х0,6см.

ВНУТРЕННЕЕ ИССЛЕДОВАНИЕ: Кожно-мышечный лоскут головы с внутренней поверхности бледно-розового цвета, влажный, блестящий, без кровоизлияний. Череп вскрыт угловым распилом. Твердая мозговая оболочка серо-перламутрового цвета, напряжена, в синусах ее темная жидкая кровь. Мягкая мозговая оболочка тонкая, полупрозрачная, приподнята прозрачной, находящейся под ней жидкостью. Полушария головного мозга симметричные. Рельеф головного мозга резко сглажен: извилины головного мозга резко сглажены, борозды резко уплощены. На разрезе вещество головного мозга влажное, блестящее, рисунок строения мозга выражен во всех отделах; серое вещество выбухает над белым. На поверхности разреза появляется множество темно-красных капель крови в виде точек и полос, легко исчезающих при проведении спинкой ножа по поверхности разреза. Границы между корой и белым веществом головного мозга четкие. Очаговых изменений в веществе полушарий мозга и в стволовой части мозга не обнаружено. Желудочки мозга щелевидные, содержат небольшое количество прозрачной желтоватой жидкости, внутренняя стенка их бледно-серого цвета, гладкая, блестящая. Сосудистые сплетения желудочков серо-синюшного цвета, зернистые на вид. Мозжечок на разрезе имеет древовидное строение, с четкой границей между слоями, без очаговых изменений. На миндалинах мозжечка отмечаются кольцевидные вдавления от большого затылочного отверстия. Сосуды основания мозга на разрезе спавшиеся, стенки их на всем протяжении не утолщены. Просвет сосудов свободен на всем протяжении. По снятию твердой мозговой оболочки кости свода и основания черепа целы. Масса головного мозга 1300гр.

Подкожно-жировая клетчатка выражена удовлетворительно; толщина ее в области груди 0,6см, в области живота 1,7см. Мышцы шеи, груди, живота розово-красного цвета, влажные, блестящие. В подкожно-жировой клетчатке и мышцах шеи по ходу борозды имеются темно-вишневые, очаговые кровоизлияния. Произведено исследование сонных артерий, при этом обнаружены мелкие, сливающиеся, темно-красные кровоизлияния под адвентицию общей сонной артерии справа и слева. Отмечается темно-вишневое кровоизлияние в ножку грудино-ключично-сосцевидной мышцы справа и слева. Спаек и жидкости в брюшной полости не отмечается. В плевральных полостях спаек и свободной жидкости не отмечается. Легкие выполняют плевральные полости почти полностью. Большой сальник на 2/3 прикрывает петли кишечника. Пристеночная брюшина светло-серого цвета, влажная блестящая. Печень не выступает из-под края реберной дуги. Дно мочевого пузыря ниже уровня лонного сочленения. Органы расположены анатомически правильно, для исследования извлечены единым органокомплексом по Шору. В просвете аорты темная жидкая кровь. Интима аорты гладкая, влажная, блестящая. Стенка аорты блестящая, гладкая. Ширина аорты в грудном отделе 5см, в брюшном - 4см, края аорты на поперечном разрезе расходятся на 1,5см. Язык обложен сероватым налетом, с кровоизлияниями. Кончик языка подсохший, фиолетового цвета. Миндалины размерами 2,5х2х1,5см, дряблые, на разрезе серо-желтого цвета, сочные. Вход в гортань свободен, голосовая щель зияет. Отмечаются темно-вишневого цвета, студневидные кровоизлияния в мышцы гортани в проекции странгуляционной борозды. Хрящи гортани и трахеи, подъязычная кость целы. Щитовидная железа двудольчатая, симметричная, мягкая на ощупь, серо-красного цвета с поверхности, доли размерами 3х2,5х2см, соединены тонким перешейком, на разрезе ткань серо-красного цвета, мелкозернистая; отмечаются темно-вишневые кровоизлияния в левую долю щитовидной железы. В просвете пищевода следы белесовато-серой слизи, слизистая пищевода серо-синюшного цвета, влажная, блестящая, продольная складчатость сглажена. В просвете трахеи и крупных бронхов следы белесоватой слизи, слизистая оболочка влажная, блестящая, серо-розового цвета, без очаговых изменений. Легкие массой: левое - 390гр, правое - 360гр. Легкие на ощупь имеют тестовато-воздушную консистенцию, без очаговых уплотнений, с поверхности красно-вишневого цвета без очаговых уплотнений. Отмечаются мелкоточечные, темно-вишневые кровоизлияния под висцеральную плевру легких (пятна Тардье). На разрезе ткань легких равномерного красно-вишневого цвета в задних отделах, бронхи не выступают выше уровня разрезов; при надавливании с поверхностей разрезов стекает умеренное количество темной жидкой крови с примесью пены, из перерезанных бронхов выдавливается белесоватая слизь. Околопочечная клетчатка развита удовлетворительно. Надпочечники имеют листовидную форму, размерами 3,5х3х0,5см каждый, на разрезе кора желтого цвета, мозговое вещество серо-коричневое, граница между ними прослеживается не четко. Почки парные, неправильно-овальной формы, размерами по 9,5х4,5х3,5см, массой по 140гр. Фиброзная капсула серого цвета, снимается легко, обнажая гладкую, влажную поверхность почки. Почки плотные на ощупь, на разрезе корковый слой красно-коричневый, мозговой слой вишнево-коричневый, граница коркового и мозгового слоев прослеживается отчетливо. Мочеточники проходимы. В мочевом пузыре около 5мл прозрачной светло-желтой мочи, слизистая оболочка пузыря бледно-серого цвета, складчатость выражена. Сердечная сорочка не повреждена, в полости ее небольшое количество прозрачной жидкости. Сердце плотное на ощупь, размерами 8х8,5х5,5см умеренно обложено жиром. Отмечаются мелкоточечные темно-вишневые кровоизлияния под эпикардом. Полости сердца расширены, в полостях сердца справа и слева жидкая темная кровь, правая половина сердца переполнена. Сердце массой 250гр. Створки клапанов сердца и крупных сосудов не утолщены. Эндокард бледно-коричневого цвета, сосочковые мышцы не утолщены, сухожильные хорды клапанов не укорочены. Мышца сердца плотная, на разрезе красно-коричневого цвета, влажная, блестящая, с участками неравномерного кровенаполнения. Толщина стенки левого желудочка 1,4см, правого - 0,4см. Просвет коронарных сосудов свободен на всем протяжении. Селезенка плотно-эластичная на ощупь, капсула серо-синюшного цвета, гладкая, размерами 11,5х7,5х3см, массой 200гр. На разрезе ткань селезенки красно-вишневого цвета с белесоватым крапом, пульпа дает умеренный соскоб. Печень с поверхности красно-коричневого цвета, влажная, блестящая, на ощупь плотная, размерами 28х17х15х7,5см, массой 1310гр. На разрезе ткань печени красно-коричневого цвета, сосуды печени полнокровные. Желчный пузырь грушевидной формы, в нем до 5мл темно-оливковой желчи, слизистая его бархатистая, пропитана желчью. Поджелудочная железа в виде плотного тяжа, размерами 14,5х2,5х2х1,5см, с поверхности серо-красного цвета. На разрезе ткань железы неравномерного бледно-розового цвета, дольчатость определяется отчетливо, с полнокровными сосудами; отмечаются множественные, темно-вишневые кровоизлияния по все поверхности. В просвете желудка около 5мл серовато-зеленоватых слизеобразных масс, без различимых фрагментов пищи, слизистая оболочка желудка бледно-серого цвета, складчатость сглажена. На вершинах складок отмечаются мелкоточечные темно-вишневые кровоизлияния. Слизистая оболочка тонкой и толстой кишки светло-серого цвета, влажная, блестящая; в просвете тонкой и толстой кишки содержимое, свойственное его отделам. Кости грудной клетки, таза, верхних и нижних конечностей целы.

ПРИМЕЧАНИЕ:

В судебно-химическое отделение направлены кровь и моча для определения наличия этилового спирта.

В судебно-гистологическое отделение направлены кусочки внутренних органов для определения патоморфологических изменений.

На судебно-биохимическое исследование направлена кровь из синусов твёрдой мозговой оболочки головного мозга и из бедренной вены для определения концентрации глюкозы.

ДАННЫЕ ДОПОЛНИТЕЛЬНЫХ МЕТОДОВ ИССЛЕДОВАНИЯ.

Согласно служебной записке судебно-химического исследования от 20.03.2012 года, выполненного экспертом-химиком, этиловый спирт в крови и моче не обнаружен.

Представлен «Акт судебно-биохимического исследования» от 21.03.2012, эксперт-химик, согласно которому, концентрация глюкозы в крови из синусов ТМО – 3,31 ммоль/л, в крови из бедренной вены – 19,23 ммоль/л, мочевина 3,34 ммоль/л, креатинин 0,175 ммоль/л.

Согласно акту судебно-гистологического исследования от 23.03.2012, дано заключение: Кожа представлена папиломатозным выростом, в котором по краю среза на ограниченном участке наблюдается малокровие мелких сосудов дермы и их горизинтальное расположение по отношению к эпидермису, перифокально полнокровие сосудов. В миокарде очаги острой необратимой ишемии: диффузная субсегментарная релаксация и гиперрелаксация саркомеров, единичные мелкие очаги глыбчатого распада миофибрилл (при поляризационной микроскопии), неравномерное полнокровие, косвенные признаки артериолоспазма. В легком очаговый альвеолярный отек, расстройство микроциркуляторного кровообращения, диффузно-очаговые внутриальвеолярные кровоизлияния, хронический бронхит вне стадии обострения, бронхоэктазы. Диффузный экстракапиллярный мезангио-пролиферативный гломерулонефрит, расстройство микроциркуляторного кровообращения.

Вопросы:

1. Судебно-медицинский диагноз?
2. Причина смерти?
3. Степень тяжести вреда причиненного вреда здоровью человека?
4. Телесные повреждения?
5. Употреблял ли потерпевший не задолго до смерти алкоголь?

Эталон:

1. Механическая асфиксия от сдавления органов шеи петлей при повешении: одиночная, замкнутая, косо-восходящая спереди назад, странгуляционная борозда в верхней трети шеи, кровоизлияния в мягкие ткани шеи в проекции борозды, положительная проба Бокариуса-Нейдинга, кровоизлияние в ножку грудино-ключично-сосцевидной мышцы справа и слева, очаговая эмфизема, ателектазы, наличие кровоизлияний под легочную плевру (пятна Тардье), жидкое состояние крови, венозное полнокровие внутренних органов, снижение концентрации глюкозы в крови из синусов головного мозга по сравнению с концентрацией глюкозы в крови из бедренной вены.

СОП: Хронический бронхит.

2. Смерть его наступила в результате механической асфиксии от сдавления органов шеи петлей при повешении. Данное заключение подтверждается следующими морфологическими признаками: одиночная, замкнутая, неравномерно вдавленная, косо-восходящая спереди назад странгуляционная борозда в верхней трети шеи: кровоизлияния в мягкие ткани шеи в проекции борозды, положительная проба Бокариуса-Нейдинга, кровоизлияние в ножку грудино-ключично-сосцевидной мышцы справа и слева, очаговая эмфизема, ателектазы, наличие кровоизлияний под легочную плевру (пятна Тардье), жидкое состояние крови, венозное полнокровие внутренних органов, снижение концентрации глюкозы в крови из синусов головного мозга по сравнению с концентрацией глюкозы в крови из бедренной вены.

3. Обнаруженная механическая асфиксия от сдавления органов шеи петлей при повешении, согласно приложению к приказу МЗиСР РФ 194н от 24.04.2008г., пункт №6.2.10. отнесена к критериям, характеризующим квалифицирующий признак вреда, опасного для жизни человека. По указанному признаку, согласно правилам «Определения тяжести вреда, причиненного здоровью человека» (постановление правительства РФ № 522 от 17.08.2008г.), механическая асфиксия от сдавления органов шеи петлей при повешении, квалифицируется как ТЯЖКИЙ вред здоровью.

Обнаруженные ссадины на левом плече и левом коленном суставе ссадины в причинно-следственной связи с наступлением смерти не состоят и, согласно пункту 9 раздела №2 приложения к приказу МЗиСР РФ 194н от 24.04.2008г., расцениваются как повреждения, не причинившие вред здоровью человека.

4. Каких-либо других повреждений при исследовании трупа не обнаружено.

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

**6. Перечень практических умений по изучаемой теме**

- установить причину смерти;

- провести судебно-медицинское исследование трупа при различных видах насильственной смерти;

- определить степень тяжести телесных повреждений;

- установить причинно-следственную связь между повреждением и неблагоприятным исходом;

- организовать судебно-медицинскую экспертизу вещественных доказательств (изъять, упаковать и направить объекты судебно-медицинской экспертизы на лабораторные исследования);

**7. Рекомендации по выполнению НИР**

Примерная тематика по НИР по теме - не предусмотрена.

**8. Рекомендованная литература по теме занятия** (обязательная, дополнительная, электронные ресурсы, включая законодательные и нормативно-правовые документы

**Занятие № 34**

**1. Индекс ОД.О.01.1.5.39** **Тема: «Судебно-медицинская экспертиза утопления в воде».**

**2. Форма организации занятия:** подготовка к практическому занятию.

**3. Перечень вопросов для самоподготовки по теме практического занятия**

1. ВОПРОС УК-1  ПК-1  ПК-2  ПК-3  ПК-5  ПК-7  ПК-8  ПК-9  ПК-10

Что понимают под утоплением, в каких условиях и как часто оно имеет место?

ОТВЕТ: Под утоплением понимают комплекс изменений в организме, приводящих к смерти, вследствие закрытия дыхательных путей жидкостью. Утопление не всегда аспирационная асфиксия, а лишь 1/3 случаев. При других типах утопления к смерти приводят сложные и неоднозначные причины, а не только последствия кислородного голодания.

В России смерть от утопления встречается значительно чаще, чем в других странах. Так, если в таких странах, как Англия, Франция, Германия, США, Япония, гибнет вследствие утопления от 0,5 до 2,6 единиц на 100 тыс. населения, то в России этот показатель равен 13! Надо заметить, что утопление иногда бывает не только в воде, но и в другой жидкости: в чанах, баках, цистернах с вином или пивом, керосине, бензине, нефти, в нечистотах и т. д.

Труп, извлеченный из воды или другой жидкости, не всегда является трупом утопленника, то есть человека, смерть которого наступила вследствие утопления. Случайно или умышленно в водоем попадают трупы людей, смерть которых наступила от другой причины, что чаще всего бывает при убийстве с целью сокрытия преступления. Поэтому, наряду с другими вопросами, надо установить истинную причину смерти.

2. ВОПРОС УК-1  ПК-1  ПК-2  ПК-3  ПК-5  ПК-7  ПК-8  ПК-9  ПК-10

Какие типы утопления различают и какое судебно-медицинское значение имеет их установление?

ОТВЕТ: В связи с многочисленными исследованиями и наблюдениями оказалось, что существует несколько типов утопления (табл. 13).

Классический истинный тип утопления встречается не всегда. Он наблюдается лишь в 20% случаев, наступает вследствие аспирации жидкости и получил название аспирационный или мокрый тип утопления.Утопление — вид насильственной смерти, наступающей при погружении человека в жидкость. Оно обусловлено острым нарушением функций жизненно важных органов и систем организма под влиянием различных механизмов. Описанная выше морфологическая картина утопления относится к истинному типу утопления.

Примерно в 35% случаев утопления возникает стойкий ларингоспазм, приводящий под влиянием раздражения слизистой гортани к смыканию голосовой щели с явлениями острой асфиксии. Поэтому при таком асфиксическом типе утопления, который называют и спастическим, наблюдаются общие признаки асфиксии. В относительно редких случаях (около 10%), когда человек попадает в экстремальные условия и развивается психогенная реакция, возможно, при патологических изменениях в организме, наступает внезапная смерть при одновременной остановке сердца и дыхания. Это рефлекторный тип утопления. Диагноз этого типа затруднителен, при этом наблюдается резкая бледность кожных покровов, резкое полнокровие, признаки острой смерти. Наконец, примерно в 35% наблюдений встречается смешанный тип утопления, характеризующийся и явлением аспирации и ларингоспазмом. Таким образом, при диагностике утопления надо иметь в виду разные признаки утопления.

3. ВОПРОС УК-1  ПК-1  ПК-2  ПК-3  ПК-5  ПК-7  ПК-8  ПК-9  ПК-10

Каковы признаки смерти вследствие утопления?

ОТВЕТ: При наружном осмотре трупа, в том числе на месте обнаружения, единственно достоверным признаком является пена вокруг отверстий рта и носа. Если труп извлечен из воды, то наблюдается белая мелкопузырчатая, иногда с примесью крови, стойкая пена. Если к моменту исследования она устранена при оказании помощи, то при надавливании ладонью на грудь пена вновь выступает. При высыхании на месте пены остается сетчатая грязно-серая пленка. На таких трупах отмечается бледность кожных покровов и слизистых, «гусиная кожа». Разумеется все это предварительно позволяет предполагать утопление, а не решать вопрос о причине смерти. Как всегда это делается после полного судебно-медицинского исследования трупа. Вскрывать такие трупы следует не откладывая, ибо после извлечения они гниют быстрее обычного. При вскрытии грудной полости обращают внимание на большие, выступающие кверху от грудной клетки, легкие. Они переполнены не только воздухом, но и водой, поэтому еще и очень тяжелые, так называемые «баллонные легкие». На их поверхности обнаруживают красно-розовые кровоизлияния с нечеткими границами, по размерам еще больше, чем пятна Тардье, иногда крупнофокусные, полосча-Tbie. Они называются пятнами Пальтауфа или Рассказова—Лукомкого по имени авторов, их описавших. При вскрытии трахеи, бронхов (что делается на месте до извлечения всего органо-комплекса) всюду обнаруживается пена. Исключение составляют гнилостные трупы. С поверхности легких обильно стекает пенистая жидкость. При гистологическом исследовании легких альвеолы увеличены в размерах, стенки их утоньчены и местами разорваны. Иногда в альвеолах обнаруживаются микрочастицы ила, песка, в грудной полости — свободную жидкость, иногда ее много в желудке, тонкой и толстой кишке, что имеет практическое значение, если утопление произошло не в воде. Жидкость при утоплении находят и в барабанных полостях, в пазухе основной кости на основании черепа. Отмечается отек желчного пузыря. Транссудация жидкости может быть даже в ткань головного мозга.

Из лабораторных методов исследования для диагностики утопления важное значение имеет обнаружение диатомового планктона в некоторых внутренних органах. Планктон — это мельчайшие микроорганизмы животного и растительного происхождения, обитающие в любом водоеме. Имеют значение виды, покрытые панцирем из кремния — диатомеи, очень стойкие, что используется при их выявлении после разрушения концентрированными кислотами тканей во время исследования. По правилам изъятия внутренних органов на планктон, нужно брать почку с капсулой с лигатурой, наложенной у ворот, всю мочу, краевую часть печени, часть сердца с кровью, но главное — кость с костным мозгом. Это важно особенно тогда, когда труп подвергся гниению и другие признаки уничтожены. Поэтому через длительное время после нахождения трупа или эксгумации, планктон в костном мозге сохраняется. Учитывая, что планктон в разных водоемах имеет свои особенности, целесообразно брать образец воды (1 литр) с предполагаемого или известного места утопления для сравнения с обнаруженными в организме. Утопление в морской (соленой) воде, по сравнению с пресной, имеет свои особенности.

4. ВОПРОС УК-1  ПК-1  ПК-2  ПК-3  ПК-5  ПК-7  ПК-8  ПК-9  ПК-10

Каково происхождение утопления?

ОТВЕТ: Утопление чаще всего наступает в результате несчастного случая, но может быть использовано в качестве самоубийства или убийства. Поэтому осмотр повреждений и их оценка имеют исключительное значение. Устанавливается не только их характер, орудие и механизм нанесения, но и прижизненность, ибо ряд из них возникает уже в воде, случайно при перемещении трупа или действии винтами пароходов, ударами весел или при извлечении трупов, нанесении повреждений раками, крабами и т. п., что видно из табл. 14.

Кроме того, существует понятие смерти в воде, когда у человека, страдающего сердечно-сосудистыми заболеваниями, под влиянием страха или физической нагрузки в воде наступает смерть и он погружается в воду уже мертвым. Это так называемая смерть в воде.

5. ВОПРОС УК-1  ПК-1  ПК-2  ПК-3  ПК-5  ПК-7  ПК-8  ПК-9  ПК-10

Как решается вопрос о времени пребывания трупа в воде?

ОТВЕТ: При исследовании трупа, извлеченного из воды, всегда следует решать вопрос о сроке его нахождения в этой среде. Основой для установления этого является степень мацерации кожи. Кожа с толстым эпидермисом (ладони, подошвы стоп) белеет, набухает, сморщивается и через несколько часов приобретает вид «банной кожи» или «руки прачки». Через неделю, 10—15 дней эпидермис может полностью отторгаться от собственно кожи, образуя «перчатки смерти». Время этих изменений зависит от температуры воды, ее повышение и проточность ускоряют, а

плотность одежды задерживает мацерацию Примерно через месяц наступает облысение. О времени пребывания в воде могут свидетельствовать также степень развития гнилостных процессов и цикл развития фитопланктона.

Время появления и развития мацерации на руках и ногах трупа в зависимости от температуры воды (по С. П. Дидковской).

6. ВОПРОС УК-1  ПК-1  ПК-2  ПК-3  ПК-5  ПК-7  ПК-8  ПК-9  ПК-10

Какие вопросы следует ставить при подозрении на утопление и как их формулировать?

ОТВЕТ:

1. Наступила ли смерть от утопления?

2. Какой тип утопления имел место?

3. Какие причины могли способствовать утоплению (алкогольное опьянение, болезнь, травма и др.)?

4. В какой жидкой среде произошло утопление?

5. Не попал ли в воду уже труп?

6. Сколько временя находился труп в воде?

7. Имеются ли на трупе повреждения, их характер, какими предметами нанесены?

8. Возникли повреждения до попадания тела в воду или после?

9. Если повреждения получены в воде, то чем они могли быть нанесены?

**4. Самоконтроль по тестовым заданиям данной темы**

1. ТИП УТОПЛЕНИЯ, ПРИ КОТОРОМ ОТСУТСТВУЮТ ВЫРАЖЕННЫЕ МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ

ПК-5

1) аспирационный

2) от сдавления живота

3) смешанный

4) рецепторный

5) спастический (асфиктический)

Правильный ответ: 5

1. КАРМИНОВЫЙ ОТЕК ЛЕГКИХ ВСТРЕЧАЕТСЯ ПРИ МЕХАНИЧЕСКОЙ АСФИКСИИ ОТ

ПК-5

1) удавления петлей

2) удавления руками

3) сдавления грудной клетки и живота

4) от утопления в морской воде

Правильный ответ: 4

1. ПЯТНА РАССКАЗОВА-ЛУКОМСКОГО-ПАЛЬТАУФА ПОД ЛЕГОЧНОЙ ПЛЕВРОЙ НАБЛЮДАЮТСЯ ПРИ

ПК-5

1) аспирационном (истинном) типе утопления

2) рефлекторном (синкопальном) типе утопления

3) спастическом (асфиктическом) типе утопления

4) смешанном типе утопления

5) компрессионной асфиксии

Правильный ответ: 1

1. ПЯТНА ТАРДЬЕ - ЭТО КРОВОИЗЛИЯНИЯ

ПК-5

1) субконъюнктивальные

2) субэндокардиальные

3) субэпикардиальные

4) в корень языка

5) на фоне трупных пятен

Правильный ответ: 3

1. ПОСТУПЛЕНИЕ СРЕДЫ УТОПЛЕНИЯ В ПАЗУХУ КЛИНОВИДНОЙ (ОСНОВНОЙ) КОСТИ НАБЛЮДАЕТСЯ ПРИ

ПК-5

1) аспирационном утоплении

2) рефлекторном утоплении

3) спастическом (асфиктическом) типе утопления

4) смешанном утоплении

5) сдавлении грудной клетки

Правильный ответ: 1

1. НАЛИЧИЕ В ЖЕЛУДКЕ ЗНАЧИТЕЛЬНОГО КОЛИЧЕСТВА ЖИДКОСТИ СРЕДЫ УТОПЛЕНИЯ (ПРИЗНАК ФЕГЕРЛУНДА) ОТМЕЧАЕТСЯ ПРИ

ПК-5

1) асфиктическом типе утопления

2) истинном утоплении

3) смешанном типе утопления

4) синкопальном типе утопления

5) сдавлении живота

Правильный ответ: 1

1. ПРИ АСПИРАЦИОННОМ ТИПЕ УТОПЛЕНИЯ СМЕРТЬ НАСТУПАЕТ В РЕЗУЛЬТАТЕ

ПК-5

1) воздушной эмболии сердца

2) рефлекторной остановки сердца

3) паралича дыхательного центра с остановкой дыхания

4) фибрилляции желудочков с последующей остановкой сердца

5) острой коронарной недостаточности

Правильный ответ: 4

1. ПРИЗНАКОМ УТОПЛЕНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ

ПК-5

1) феномен Белоглазова

2) пятна Тардье

3) каталептическое трупное окоченение

4) пятна Минакова

5) жидкость в пазухе основной кости (признак Свешникова)

Правильный ответ: 5

1. ДОКАЗАТЕЛЬСТВОМ СМЕРТИ ОТ УТОПЛЕНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ

ПК-5

1) повышенное содержание карбоксигемоглобина

2) снижение гликогена

3) полужидкая кровь в полостях сердца

4) отек головного мозга

5) обнаружение диатомового планктона и псевдопланктона во внутренних органах (кроме легких), костном мозге

Правильный ответ: 5

1. ПРИ ИССЛЕДОВАНИИ ТРУПОВ, ИЗВЛЕЧЕННЫХ ИЗ ВОДЫ С ВЫРАЖЕННЫМИ ГНИЛОСТНЫМИ ИЗМЕНЕНИЯМИ, ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ПЛАНКТОНА ЗАБИРАЕТСЯ

ПК-5

1) невскрытая почка ( с лигатурой на ножке)

2) головной мозг

3) мышца

4) кусочек легкого

5) длинная трубчатая кость

Правильный ответ: 5

**5. Самоконтроль по ситуационным задачам**

Задача №1. УК-1  ПК-1  ПК-2  ПК-3  ПК-5  ПК-7  ПК-8  ПК-9  ПК-10

ОБСТОЯТЕЛЬСТВА ДЕЛА: в направлении указано, что «29.03.2012 в 23:00 час. в кв. 000 по ул. Мира, 00 г. К…. обнаружен труп гр. А. с признаками самоповешания». Других данных в направлении нет.

Представлена карта осмотра трупа от 30.03.2012г., заполненная СМЭ, в которой указано: «… Время начала осмотра 01:20, время окончания 03:05. Температура воздуха +24,6 градусов. Труп находится в помещении в одежде, лежит на спине. Трупные явления на 01:25 – Идиомускулярная опухоль не образуется. Температура ректальная в 02:05 – 30,7 градуса, в 03:05 – 29,5 градуса. Отмечается заметное охлаждение на ощупь покрытых одеждой частей тела. Трупное окоченение хорошо выражено во всех группах мышц. Трупные пятна багрово-синюшные, располагаются циркулярно на верхних и нижних конечностях, при давлении исчезают и восстанавливаются через 4 минуты 35 секунд. В верхней трети шеи косо-восходящая снизу вверх спереди назад странгуляционная борозда, шириной 0,6см».

НАРУЖНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ. На трупе следующая одежда: штаны черные, трусы черные, носки черные. По снятию одежды труп мужского пола, нормостенического телосложения, удовлетворительного питания, длиной тела около 168 см, с вытянутой верх правой рукой 211см, массой 62кг. Кожные покровы бледно-серого цвета, холодные на ощупь. Трупные пятна разлитые, насыщенные, багрово-фиолетовые, располагаются на задней поверхности туловища и преимущественно на всем протяжении нижних конечностей циркулярно, а также циркулярно в области предплечий и кистей, при надавливании цвета не меняют. В коже нижних конечностей циркулярно определяются множественные точечные темно-вишневые диффузные кровоизлияния. Трупное окоченение умеренно выражено во всех группах обычно исследуемых мышц. Голова обычной формы. Волосы на голове темно-русые, длиной до 0,7 см. Кости мозгового и лицевого скелета, хрящи носа и ушных раковин на ощупь целы. Выделений из наружных носовых и слуховых проходов не отмечается, кожа вокруг них чистая. Глаза закрыты, роговицы прозрачные, в соединительнотканных оболочках глаз определяются точечные темно-красные кровоизлияния, радужка серая. Зрачки равны по 0,5см в диаметре. Рот закрыт, язык зажат между зубами, кончик его подсохший. На верхней и нижней челюстях все зубы целы. Слизистая губ, десен серо-синюшная, без кровоизлияний. Шея развита пропорционально туловищу. Грудная клетка цилиндрической формы, симметричная, упругая. Живот расположен на уровне реберных дуг, не напряжен. Наружные половые органы развиты правильно по мужскому типу, выделений из наружного отверстия мочеиспускательного канала не отмечается. Оволосение на лобке по мужскому типу, выделений из наружного отверстия мочеиспускательного канала не отмечается. Яички в мошонке. Заднепроходное отверстие сомкнуто. Кожа промежности чистая. Кости верхних и нижних конечностей на ощупь целы.

ПОВРЕЖДЕНИЯ: В верхней трети шеи имеется одиночная незамкнутая неравномерно вдавленная косо-восходящая спереди назад странгуляционная борозда, более выраженная на правой боковой поверхности шеи, которая располагается в виде полосы вдавления с красновато-коричневым, запавшим, подсохшим дном, с нависающим верхним кожным валиком, с участками осаднения красновато-коричневого цвета на правой боковой поверхности шеи шириной до 0,2см. На передней поверхности шеи ширина борозды 1,5см, на левой боковой поверхности шеи 1,1см, на правой боковой поверхности 1,6см, на задней поверхности 1,0см. На передней поверхности шеи борозда проходит на 3см ниже подбородочного выступа. Правый луч проходит чуть под углом к краю нижней челюсти на расстоянии 4,5см от угла нижней челюсти, на 6,5см ниже сосцевидного отростка. Левый луч проходит под углом к краю нижней челюсти, на расстоянии 2,5см от угла нижней челюсти, и на 4,0см ниже сосцевидного отростка. Левый луч затухает в затылочной области на 4,5см правее срединной линии на 0,5см выше уровня сосцевидного отростка. Правый луч затухает в затылочной области на 1см правее срединной линии на уровне затылочной бугра. В дне борозды местами определяется выстоящий над поверхностью валик шириной около 0,1см, ориентированный параллельно краям борозды. На передней поверхности шеи над выше описанной бороздой на расстоянии 1 см располагается горизонтальная линейная полосовидная ссадина ниже уровня кожи длиной 2см. На переднебоковой поверхности шеи слева от нижнего края выше описанной борозды проходит дугообразный горизонтально ориентированный овально-вытянутый пестрого вида багрово-фиолетовый кровоподтек, дугой открытый кверху размерами 8,5х0,4см.

Произведено исследование борозды: для этого кусочек кожи с бороздой отсепарован и уложен между предметными стеклами, при исследовании в проходящем свете, обнаружено спадание и запустевание капилляров в дне борозды наряду с гиперемией и полнокровием сосудов в области краев (проба Бокариуса-Нейдинга).

Каких-либо других повреждений при наружном исследовании трупа не обнаружено.

ВНУТРЕННЕЕ ИССЛЕДОВАНИЕ: ПОЛОСТЬ ЧЕРЕПА: Кожно-мышечный лоскут головы с внутренней поверхности влажный, блестящий, без кровоизлияний. Височные мышцы красно-коричневого цвета влажные, блестящие, без кровоизлияний. Череп вскрыт угловым распилом. Толщина лобной кости 0,7см, теменных 0,4см, затылочной 0,6см. Твердая мозговая оболочка на видимых участках несколько напряжена, в синусах жидкая темно-красная кровь. Полушария мозга симметричны, борозды сглажены, извилины резко уплощены. Сосудистый рисунок выражен. Мягкая мозговая оболочка прозрачная, с полнокровными сосудами. Ткань мозга на разрезе с четкой границей между серым и белым веществом, полнокровная, влажная. Сосудистые сплетения серо-синюшные спавшиеся. При разрезе ткань мозга мягкая, влажная, тянется за лезвием ножа. Каких-либо кровоизлияний и патологических включений в сером и белом веществе головного мозга не обнаружено. Подкорковые ядра серовато-коричневого цвета, обычного строения. Стволовые отделы мозга на разрезе белесоватого цвета, рисунок строения их сохранен. Сосуды основания мозга спадаются, тонкие, просвет их на поперечных разрезах свободен. Мозжечок имеет древовидное строение. Каких-либо патологических включений в стволовых отделах мозга не обнаружено. На миндалинах мозжечка отмечается вдавление в виде отпечатка края большого затылочного отверстия шириной 0,5 см без кровоизлияний в области его границ. По снятию твердой мозговой оболочки кости свода и основания черепа целы. Пазуха основной кости не вскрывалась. Масса головного мозга 1370 гр.

ГРУДНАЯ И БРЮШНАЯ ПОЛОСТИ: Подкожно-жировая клетчатка выражена удовлетворительно. Толщина подкожно-жирового слоя на шее – 0,3см, грудной клетке – 0,5см, животе – 1,5см. Мышцы груди и живота красно-коричневого цвета, влажные, блестящие. В подкожно-жировой клетчатке и мышцах шеи по ходу борозды имеются темно-вишневые, очаговые кровоизлияния. Проведено исследование сонных артерий, повреждений их стенок не обнаружено. Отмечается темно-вишневое кровоизлияние в ножку грудино-ключично-сосцевидной мышцы справа на участке размером 5х3,5х0,5см. Грудная клетка цела. Проведено удаление грудины по хрящевым частям ребер. Органы в полостях расположены правильно. Легкие выполняют объем плевральных полостей на 2/3. Печень из-под края реберной дуги не выстоит. Большой сальник на 2/3 прикрывает петли кишечника. Петли кишечника равномерно подвздуты. Брюшина перламутрового вида, гладкая, блестящая. В плевральных полостях и брюшной полости спаек и свободной жидкости не выявлено. Мочевой пузырь на уровне лона, в его полости около 70мл прозрачной светло-желтой мочи, слизистая его серая, складчатость выражена. Органы извлечены единым органокомплексом по методу Шора. В просвете аорты следы жидкой темно-красной крови. Интима ее светло-желтая с единичными бляшками в виде пятен и полос. Ширина окружности аорты в грудном отделе – 4,7см, в брюшном – 3,5см; края ее на поперечном сечении расходятся на 3см. В просвете пищевода следы белой мутной жидкости, слизистая серого цвета, влажная, блестящая, продольная складчатость выражена. Язык чистый, сосочки у корня языка выражены, мышца языка на разрезе красно-коричневая, блестящая, без кровоизлияний. Миндалины размером 1,5х1,3х2см, серо-красного цвета, влажные. Вход в гортань и пищевод свободен. Признаков отека слизистой гортани нет. Подъязычная кость подвижная в суставах, в мышцах по ходу подъязычной кости кровоизлияний нет. Доли щитовидной железы размером 4х2,5х1,5см, серо-красного цвета, коллоидного строения, полнокровные. В просвете трахеи и главных бронхов следы розоватой пенистой слизи; слизистая их серо-розовая, влажная, гладкая, блестящая. Под плеврой легких отмечаются множественные точечные темно-красные кровоизлияния. Легкие массой: правое 580гр, левое 540гр; эмфизематозно вздуты, местами похрустывают при надавливании, красновато-бордовые с поверхности. На разрезе ткань легких темно-вишневого цвета, сосудистый и бронхиальный рисунок выражен. При надавливании с поверхности разреза стекает небольшое количество пенистой жидкости и темно-красная жидкая кровь. Надпочечники овальной формы, размерами по 3,5х2,5х0,5см; на разрезе корковый слой темно-коричневый, мозговой светло-желтого цвета. Околопочечная клетчатка развита удовлетворительно. Почки парные, плотные, овальной формы, размерами правая 11х6х3,5см, массой 140гр, левая 10,5х6х3см, массой 130гр. На разрезе полнокровные, корковый слой около 0,6см темно-бордового цвета, пирамиды темно-бордового, границы между слоями не прослеживается. Лоханки умеренно обложены жиром, слизистая их серая с единичными точечными темно-вишневыми кровоизлияниями. Фиброзная капсула с почек снимается легко, обнажая гладкую поверхность. Мочеточники проходимы на всем протяжении. Сердечная сорочка цела, в её полости следы светло-желтой прозрачной жидкости. Сердце конусовидной формы, плотно-эластичное на ощупь, размером 11х9х5,5см, массой 300гр. На разрезе полости сердца не расширены, в них следы жидкой темно-красной крови. Сосочковые и трабекулярные мышцы не утолщены, сухожильные нити не укорочены. Под эпикардом по всей поверхности определяются множественные слабо выраженные точечные темно-красные кровоизлияния. Клапаны аорты не утолщены, эластичные, полностью смыкаются. Стенка левого желудочка 1,3см, правого 0,3см. Мышца сердца на разрезе равномерного красно-коричневого цвета. Под эндокардом левого желудочка со стороны перегородки определяются мелкоочаговые сливающиеся темно-фиолетовые кровоизлияния на участке размером 4,5х3см. Венечные сосуды умеренно обложены жиром. На разрезе просвет их свободен, стенки тонкие. Тип кровоснабжения сердца правый. Селезенка дряблая с морщинистой капсулой, размером 16х10х3см, массой 230гр. На разрезе темно-вишневая, пестрая, при проведении спинкой ножа пульпа дает умеренный соскоб. Печень красно-коричневая с поверхности, гладкая, плотно-ластичная на ощупь, передний край ее заострен, размером 25х17х15х6,5см, массой 1450гр. На разрезе ткань печени красно-коричневого цвета, полнокровная. Желчный пузырь овально-вытянутой формы, содержит в себе около 20мл оливкового цвета желчи. Общий желчный проток проходим на всем протяжении, слизистая бархатистая, темно-зеленого цвета. Поджелудочная железа в виде плотноватого тяжа, размером 16,5х3х2х2см. На разрезе ткань бледно-желтая, дольчатого строения. В желудке следы светло-коричневой мутной жидкости; слизистая бледно-розовая, складчатость выражена, без кровоизлияний. В просвете тонкого и толстого отделов кишечника полужидкое и кашицеобразное светло-коричневое содержимое, слизистая кишечника бледно-розовая, складчатость выражена. Кости позвоночника, грудной клетки, таза, верхних и нижних конечностей целы.

ПРИМЕЧАНИЕ:

В судебно-химическое отделение направлены кровь и моча для определения наличия этилового спирта.

В судебно-биохимическое отделение направлена кровь из бедренной вены и синусов твердой мозговой оболочки для определения разности глюкозы.

В судебно-гистологическое отделение направлены кусочки внутренних органов: кожи с бороздой, мышцы шеи, легкого, сердца, для определения патоморфологических изменений и прижизненности повреждения.

ДАННЫЕ ДОПОЛНИТЕЛЬНЫХ МЕДИЦИНСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ:

Согласно служебной записке к акту судебно-химического исследования от 09.04.2012г., выполненного экспертом-химиком, в крови и моче этиловый спирт не обнаружен.

Согласно акту судебно-биохимического исследования от 10.04.2012г., выполненного смэ, глюкоза в крови из бедренной вены 3,03 ммоль/л, из синусов ТМО 0,81 ммоль/л.

Согласно акту судебно-гистологического исследования от 10.04.2012г., полученному 11.04.2012г., выполненного смэ, дано заключение: В представленном кусочке кожи признаки компрессионного воздействия. Очаговые кровоизлияния в представленном кусочке мягких тканей с области шеи. Острое полнокровие сосудов легкого, очаговая альвеолярная эмфизема, отек в легком, мелкоочаговый внутриальвеолярный эритродиапедез.

Согласно выписке из протокола исследования образцов крови в ИФА на «СПИД» в Краевой клинико – иммунологический центр к заключению эксперта от 30 марта 2012г.: Вич-отрицательно.

Вопросы:

1. Причина смерти?
2. Время наступления смерти?
3. Механизм травмы?
4. Степень тяжести вреда причиненного вреда здоровью человека?
5. Употреблял ли потерпевший не задолго до смерти алкоголь?

Эталон:

1. Смерть его наступила в результате механической асфиксии от сдавления органов шеи петлей при повешении, что подтверждается наличием одиночной незамкнутой неравномерно вдавленной косо-восходящей странгуляционной борозды в верхней трети шеи, мелкоочаговыми кровоизлияниями в коже нижних конечностей, в соединительно-тканных оболочках глаз, кровоизлияниями в мягкие ткани шеи в проекции борозды, в ножке грудино-ключично-сосцевидной мышцы справа, положительной пробой Бокариуса-Нейдинга, наличием кровоизлияний под легочную плевру, эпикард и эндокард (пятна Тардье), острым полнокровием сосудов легких, очаговой альвеолярной эмфиземой, отеком в легких, мелкоочаговым внутриальвеолярным эритродиапедезом, жидким состоянием крови в полостях сердца и просветах крупных сосудов, венозным полнокровием внутренних органов, разностью содержания глюкозы в крови из бедренной вены 3,03 ммоль/л, из синусов твердой мозговой оболочки 0,81 ммоль/л.

2. Согласно выраженности трупных явлений на момент осмотра трупа на месте его обнаружения, (ректальная температура – в 02:05 - 30,7; в 03:05 - 29,5; трупное окоченение хорошо выражено во всех группах мышц, при ударе по двуглавой мышце плеча идиомускулярная опухоль не образуется, время восстановления трупных пятен после их исчезновения при надавливании – 4мин 35сек) смерть его могла наступить в пределах 9-20 часов к моменту осмотра.

3. Описанная выше странгуляционная борозда, с развитием механической асфиксии от сдавления органов шеи, могла возникнуть от воз­действия петли, при затягивании её под тяжестью собст­венного тела, что подтверждается наличием нависающего верхнего валика по краю странгуляционной борозды, кровоизлияниями в мышцы шеи в проекции странгуляционной борозды, характером расположения ее на шее как косовосходящей, циркулярным расположением трупных пятен на верхних и нижних конечностях. Обнаруженные на передней поверхности шеи ссадина и кровоподтек рядом со странгуляционной бороздой могли возникнуть при смещении петли на шее.

4. Описанное выше состояние в виде механической асфиксии с нали­чием, описанной выше, странгуляционной борозды состоит в прямой при­чинной связи с наступившей смертью.

Обнаруженная при исследовании механическая асфиксия от сдавления органов шеи петлей при повешении, согласно приказу МЗиСР РФ 294н от 24.04.2008г. пункт 6.2.10. отнесена к критериям, характеризующим квалифицирующий признак вреда, опасного для жизни человека. По указанному признаку, согласно правилам «Определения тяжести вреда, причиненного здоровью человека» (постановление правительства РФ №522 от 17.08.2007г) механическая асфиксия от сдавления органов шеи петлей при повешении квалифицируется как ТЯЖКИЙ вред здоровью.

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

Задача №2. УК-1  ПК-1  ПК-2  ПК-3  ПК-5  ПК-7  ПК-8  ПК-9  ПК-10

ОБСТОЯТЕЛЬСТВА ДЕЛА: В направлении указано «25.03.08г примерно в 16 часов, на набережной реки Енисей напротив дома № 00 по пр. Мира г. К….. бал обнаружен труп неустановленной женщины».

НАРУЖНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ: Труп доставлен в секционную комнату в колготках черного цвета, юбке черного цвета, носках черного цвета, бюстгальтере белого цвета, плавках белого цвета. Труп женского пола, правильного телосложения, повышенного питания длиной тела 163 см, массой 78кг. Кожные покровы синюшно-серого цвета, чистые. Труп на ощупь холодный во всех областях тела. Отмечаются участки мацерации кистей и стоп в виде небольших белесоватых участков и сморщивания кожи. Трупные пятна расположены на заднебоковых поверхностях тела, разлитые, синюшно-багрового цвета, насыщенные. При надавливании трупные пятна цвета не меняют и не исчезают. Мышечное окоченение выражено во всех группах исследуемых мышц. Волосы на голове окрашены в темно-каштановый цвет, у корней русые с проседью, длиной до 15 см. Кости свода черепа на ощупь целы. Лицо симметричное. Глаза закрыты. Конъюнктивы век коричневого цвета, влажные, гладкие, блестящие, без кровоизлияний. Роговицы прозрачные, зрачки круглые, равномерные по 0,4см в диаметре. Кости лицевого скелета и хрящи носа на ощупь целы. Носовые ходы без наложений. Ушные раковины на ощупь целы, наружные слуховые проходы свободные, выделений из них не отмечается. Рот закрыт, слизистая оболочка переходной каймы губ и преддверия рта серо-красного цвета, влажная, блестящая. Зубы сомкнуты, язык за линией зубов. Десны синюшно-красного цвета, лунки отсутствующих зубов сглажены, заращены, кровоизлияний нет. Шея развита пропорционально туловищу. Грудная клетка симметричная, цилиндрической формы, эластичная. Молочные железы неправильно овальной формы, несколько уплощены, мягкие на ощупь. Из сосков при надавливании на молочные железы, выделений нет, околососковая ареола диаметром до 5 см., бледно коричневая. Грудина и ребра на ощупь целы. Живот ровный, расположен на уровне реберных дуг, не напряжен. Наружные половые органы развиты и сформированы правильно, по женскому типу, оволосение на лобке выражено. Большие половые губы прикрывают малые. Задняя спайка цела, ладьевидная ямка средней глубины. Слизистая малых половых губ и преддверия влагалища серовато-синюшная. Девственная плева представлена двумя полукольцами, левое полукольцо расположено соответственно 11и 5 часам, правое соответственно 1и 4 часам условного циферблата часов, высотой 0,3-0,5см, средней мясистости, свободный край мелковолнистый, между 2и 3 часами справа и 6 и 7 часами слева условного циферблата часов имеются выемки, которые доходят до основания, со сглаженными, несколько утолщенными краями, при складывании не заходят друг на друга у основания, дно выемок в виде ровной площадки, 0,3х 0,3см. Кольцо сокращения не определяется. Выделений из половых путей не отмечается. Каких-либо повреждений в области преддверия влагалища, а также слизистой влагалища не имеется. Задний проход сомкнут, кожа в его окружности чистая, без повреждений. Верхние и нижние конечности развиты правильно, кости на ощупь целы.

СЛОВЕСНЫЙ ПОРТРЕТ: На вид 50-60 лет. Лицо европеоидной расы, овальное. Волосы на голове у корней русые с проседью, концы окрашены в темно-каштановый цвет, длиной до 10см. Лоб средний, выпуклый. Брови средние, дугообразные, не сросшиеся на переносице. Нос прямой, средний, кончик закруглен. Глазные яблоки немного выпуклые, радужка коричневого цвета. Губы средней полноты. Подбородок закруглен. Ушные раковины овальной формы, мочки не сросшиеся.

ЗУБНАЯ ФОРМУЛА: На верхней челюсти справа коронки 1,2,4 зубов серо-желтого цвета, коронка 3 зуба из желтого металла, остальные отсутствует; слева на верхней челюсти коронка 1 зуба серо-желтого цвета, коронки 2-7 зубов из металла желтого цвета, остальные отсутствуют. На нижней челюсти справа коронки 2-5 зубов серо-желтого цвета, остальные зубы отсутствуют; слева коронки 2-3 зубов серо-желтого цвета, остальные зубы отсутствуют. Лунки отсутствующих зубов заращены, сглажены. Имеющиеся зубы темно-желтого цвета, на поверхности эмали имеется серо-белая исчерченность, на жевательных поверхностях отмечается стертость.

АНТРОПОМЕТРИЧЕСКИЕ ДАННЫЕ: длина тела 163см, длина стопы 23 см.

ОСОБЫЕ ПРИМЕТЫ: Особых примет не имеется.

ПОВРЕЖДЕНИЯ. При наружном исследовании трупа каких-либо телесных повреждений не обнаружено.

ВНУТРЕННЕЕ ИССЛЕДОВАНИЕ:

Полость черепа: Мягкие покровы головы светло-серо-розового цвета, гладкие, влажные, блестящие, без кровоизлияний. Височные мышцы светло-красно-коричневого цвета, целые, без кровоизлияний. Кости свода и основания черепа на распиле толщиной до 0,5 см в лобной области. Твердая мозговая оболочка целая, перламутрового цвета, несколько напряжена, полнокровная в ее синусах содержится жидкая темная кровь. Мягкая мозговая оболочка влажная, гладкая, блестящая, прозрачная по ходу сосудов, приподнята над веществом головного мозга находящейся под ней прозрачной жидкостью. Кровоизлияний под мягкой мозговой оболочкой не обнаружено. Полушария головного мозга симметричные, борозды и извилины несколько сглажены и уплощены. Ткань мозга эластичная на ощупь. Артерии основания мозга полнокровные, на разрезе спадаются, стенки неутолщены, просвет проходим. В желудочках мозга имеется умеренное количество прозрачной спинномозговой жидкости. Сосудистые сплетения боковых желудочков мозга резко полнокровные, отечны, темно-красного цвета. На разрезах граница между серым и белым веществом мозга четкая, ткань мозга влажная, блестящая, отечная, тянется за лезвием ножа. На поверхности разреза выступает большое количество кровяных пятен и полос. На разрезах структура строения подкорковых образований, мозжечка, моста и продолговатого мозга сохранена. Масса мозга 1280 гр. По снятию твердой мозговой оболочки кости свода и основания черепа целы. Вскрыта пазуха основной кости в ней следы буроватой жидкости.

ГРУДНАЯ И БРЮШНАЯ ПОЛОСТИ: Произведен срединный разрез с обходом пупочного кольца слева, кровоизлияний в мягких тканях шеи, груди и живота нет. Венозные сосуды шеи полнокровные. Подкожная жировая клетчатка толщиной в области груди 2 см, в области живота 8см, желтого цвета. Скелетные мышцы развиты удовлетворительно, красно-коричневого цвета, влажные, блестящие, полнокровные. Органы в брюшной полости анатомически расположены правильно. Пристеночная брюшина светло-серого цвета, гладкая, влажная, блестящая, без кровоизлияний. Большой сальник частично прикрывает кишечник. Петли кишечника умеренно вздуты, серозная оболочка синюшно-красного цвета. Печень не выступает из-под края реберной дуги. Мочевой пузырь на уровне лона. В брюшной полости жидкости, крови, спаек нет. Органы грудной полости анатомически расположены правильно. Легкие выполняют плевральные полости почти полностью. В плевральных полостях свободной жидкости и спаек нет. Реберная плевра светло-серо-красного цвета гладкая, влажная, блестящая, без кровоизлияний. Диафрагма светло-красно-коричневого цвета, гладкая, влажная блестящая, без кровоизлияний. Язык серо-красного цвета. Сосочки языка в области корня выражены. На разрезах кровоизлияний в мышцах языка нет. Миндалины размером по 2,3х2,1х1,2см эластичные на ощупь, на разрезе серовато-красного цвета, при надавливании гнойных пробок не выделяется. Вход в гортань и пищевод свободен. Подъязычная кость и хрящи гортани целы, голосовая щель разомкнута. Доли щитовидной железы размерам 3,7х2,0х1,7см, плотно-эластичные на ощупь, на разрезе ткань серо-вишневого цвета, однородная. В просвете трахеи и крупных бронхов содержится небольшое количество серо-желтой мутной слизи, слизистая оболочка серо-красного цвета, без кровоизлияний. Легкие с поверхности темно-красного цвета. Легочная плевра гладкая, влажная, блестящая, прозрачная, без утолщений, под плеврой легких имеются множественные овальные и полосовидные кровоизлияния светло-красного цвета с не четкими контурами (пятна Рассказова-Лукомского-Пальтауфа). Легкие эластичные на ощупь, ткань на разрезе темно-красного цвета, резко полнокровная, стенки бронхов и сосудов не утолщены. С поверхности разрезов при надавливании стекает большое количество темной жидкой крови с примесью пенистой жидкости. Правое легкое – 800 гр, левое – 750гр. Околосердечная сорочка цела, не спаяна с сердцем, в ней содержится около 6 мл светло-желтой жидкости. Сердце округлой формы, размерами 11х10х4,5 см, плотное на ощупь. Масса сердца 370 гр. Полости сердца несколько расширены в них справа и слева содержится небольшое количество темной жидкой крови с темно-вишневыми сгустками. Клапаны сердца и крупных сосудов неутолщены по краям, эластичные, подвижные цвета слоновой кости. Сосочковые и трабекулярные мышцы неутолщены, хордальные нити не укорочены. Внутренняя оболочка сердца прозрачная, гладкая, блестящая, без кровоизлияний. Толщина стенки правого желудочка 0,4 см, левого желудочка 1,4 см, межжелудочковой перегородки 1,2 см. Мышца сердца на разрезе неравномерного красно-коричневого цвета. На поперечных разрезах коронарные артерии зияют, стенки их утолщены, просвет сужен на 1/3 серо-желтыми атеросклеротическими бляшками. Коронарные вены умеренно расширены. В просвете аорты содержится небольшое количество жидкой крови. Внутренняя оболочка аорты светло-желтого цвета, с небольшим количеством атеросклеротических бляшек в виде полос, не выступающих в просвет, белесовато-желтого цвета. Ширина аорты в грудном отделе 5,5см, на разрезе края расходятся на 2,3 см. Селезенка размерами 9х5х3см, массой 90 гр., капсула гладкая, не утолщена. Ткань на ощупь плотная, на разрезе ткань темно-вишневого цвета, резко полнокровная, в соскобе небольшое количество пульпы и крови. Надпочечники размерами по 3,1х2х0,9 см, корковый слой желтый, мозговой слой коричневый, граница между слоями четкая, кровоизлияний нет. Околопочечная жировая ткань развита умеренно, без кровоизлияний. Почки парные, бобовидной формы, плотные на ощупь, размерами по 11,5х6,3х3,4 см, массой по 175 гр., поверхностная капсула снимается легко, обнажая гладкую поверхность почек, на разрезе ткань почек вишнево-красная, толщина коркового слоя 0,6 см. Граница между слоями почек прослеживается нечетко. Лоханки свободные, мочеточники проходимы, слизистая оболочка светло-серого цвета, гладкая, влажная, блестящая, без кровоизлияний. В мочевом пузыре мочи нет, слизистая оболочка его светло-серого цвета, складчатая, влажная, блестящая, без кровоизлияний. В желудке 110 мл бело-коричневого содержимого с оранжевыми пищевыми фрагментами. Слизистая оболочка желудка серо-розового цвета, без кровоизлияний. В просвете двенадцатиперстной кишки содержится небольшое количество серо-белой, мутной, вязкой слизи, слизистая оболочка серо-красного цвета без кровоизлияний. В желчном пузыре около 25мл темно-оливковой желчи. Печень размерами 23х19х16х8см, массой 1500 гр., мягкая на ощупь, поверхность печени гладкая, блестящая, капсула тонкая, передний край несколько закруглен. На разрезе ткань печени красно-коричневатого цвета, с поверхности разреза из перерезанных сосудов стекает жидкая темная кровь. Поджелудочная железа в виде тяжа, размером 11х2,5х2,5х2,2см, мягкая на ощупь, на разрезе ткань дольчатого строения, серо-розового, без кровоизлияний. Матка неправильно треугольной формы, размером 13х9х6 с поверхности гладкая, серо-синяя, миометрий на разрезе красно-розово-синий, определяются около 10 образований в виде узлов, плотных на ощупь, на разрезе серо-белесоватого цвета, режущиеся с трудом, размерами от 1,5х1см до 6х4см, яичники овально вытянутой формы, плотные на ощупь, размером2,5х1,5х2,2 см, ткань на разрезах серо-синяя, однородной структуры. Маточные трубы плотные на ощупь. Шейка матки цилиндрической формы, ткань на разрезе ее красно-розовая, однородной структуры. В просвете кишечника свойственное его отделам содержимое, слизистая оболочка кишечника темно-серого цвета, без кровоизлияний. Кости туловища и конечностей целы. При вскрытии от полостей и органов трупа посторонних запахов не ощущалось.

ПРИМЕЧАНИЕ:

-На судебно-химическое исследование в стеклянные пенициллиновые флаконы взяты кровь, почка для определения наличия и концентрации этилового спирта.

-На судебно-гистологическое исследование взяты кусочки печени, почек, сердца, легкое для определения патоморфологических изменений и помещены в 10% раствор формалина, кусочек печени, помещенный в 95\* спирт, для определения гликогена.

На судебно-биологическое исследование направлена кровь для определения групповой характеристики.

На судебно-химическое исследование направлены: скелетная мышца, печень, миокард и кровь для определения глюкозы, гликогена, мочевины, креатинина, гликозилированного гемоглобина.

На судебно-химическое исследование направлены: кровь, почка, желчь для определения наличия наркотических и лекарственных средств.

На медико-криминалистическое исследование направлены: легкое и почка для определения наличия диатомового планктона.

Изъяты волосы с пяти областей головы, упакованы и переданы следователю следственного отдела.

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛАБОРАТОРНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ:

1.При судебно-химическом исследовании (служебная записка от 27.03.08г) этиловый спирт в крови и почке не обнаружен.

2.При судебно-биологическом исследовании (справка от 27.03.08) групповая характеристика крови не установлена из-за гемолиза эритроцитов.

3.При медико-криминалистическом исследовании (акт № от 31.03.08) в минерализатах легкого и почки обнаружены створки диатомового планктона.

4.При судебно-биохимическом исследовании (акт от 31.03.08) определен гликоген в миокарде – 2,95 мм/л; в скелетной мышце – 7,73 мм/л; гликоген в печени – 1,63 мм/л; концентрация глюкозы крови из бедренной вены – 1,7 мм/л, гликозилированного гемоглобина – 5,78 мкмфр/Нв, концентрация мочевины – 11,60 мм/л; креатинина – 0,170 мм/л.

5.Судебно-гистологическое исследование (акт от 04.04.08, получен 07.04.08) заключение: Отрицательный результат окраски срезов печени на гликоген. Очаги эмфиземы в легком. Полнокровие сосудов микроциркуляторного русла в печени и почке. Малокровие сосудов микроциркуляторного русла в сердце.

6.При судебно-химическом исследовании (акт от 09.04.08) в почке не обнаружено: производных барбитуровой кислоты, алкалоидов группы опия, производных 1,4 бенздиазепинов, димедрола, промедола, кокаина, производных фенотиазина, анальгина. В крови, стенке мочевого пузыря, содержимом желудка не обнаружено: метилового, пропиловых, бутиловых, амиловых спиртов; ядовитых галогенопроизводных, бензола, толуола, ацетона. В желчи, крои не обнаружено морфина. В желчи не обнаружено производных барбитуровой кислоты, 1,4бенздиазепинов. В крови не обнаружено амитриптилина, аминазина, атропина, эфедрина, кокаина, димедрола, фенотиазина, диазепама, хлордиазопоксида, делагила, клозапина, промедола, циклодола, клофелина, карбимазепина, сонапакса, барбитала, этаминала, циклобарбитала, мадазепама, пипольфена, тизерцина, феназепама, натрозепама методом газовой хроматографии с масс – селективным детектором.

Вопросы:

1. Судебно-медицинский диагноз?
2. Сопутствующие?
3. Причина смерти?
4. Давность наступления смерти?
5. Жила ли пострадавшая половой жизнью?

Эталон:

1. Механическая асфиксия от закрытия просвета дыхательных путей водой при утоплении: жидкость в пазухе основной кости, расплывчатые светло-красные кровоизлияния под висцеральной плеврой (пятна Рассказова-Лукомского-Пальтауфа), эмфизематозное вздутие легких, наличие панцирей диатомового планктона в тканях легкого, почке (Акт МКО № 251 от 31.03.08г.), жидкое состояние крови, отек легких и головного мозга.
2. Миома матки.

3. Причиной смерти неустановленной женщины явилась механическая асфиксия от закрытия просвета дыхательных путей водой при утоплении, что подтверждается характерной макро- и микроскопической картиной вскрытия для данного вида смерти: наличием жидкости в пазухе основной кости, расплывчатые светло-красные кровоизлияния под висцеральной плеврой (пятна Рассказова-Лукомского-Пальтауфа), эмфизематозным вздутием легких, наличием панцирей диатомового планктона в тканях легкого, почки, жидким состоянием крови, отеком легких и головного мозга.

4. Согласно стадии выраженности трупных явлений смерть ее наступила за 2-5 суток до момента проведения исследования трупа.

5. Пострадавшая жила половой жизнью, на что указывает нарушение анатомической целостности девственной плевы, что подтверждается обнаружением старых разрывов ее соответственно 2 и 3; 6 и 7 часами по циферблату часов, о том что это разрывы свидетельствует их ассиметричность, дно доходящее до основания плевы, края не заходящие при складывании друг за друга. Установить давность нарушения целостности девственной плевы не представляется возможным, из-за недостатка морфологических признаков.

Задача № 3. УК-1  ПК-1  ПК-2  ПК-3  ПК-5  ПК-7  ПК-8  ПК-9  ПК-10

ОБСТОЯТЕЛЬСТВА ДЕЛА. В направлении указано, что «29.05.2008г. на берегу р. Малый в районе с. Н….. обнаружен труп гр. П., 1973 г.р., без внешних признаков насильственной смерти.

Других сведений нет.

НАРУЖНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ. Труп доставлен в следующей одежде: камуфляжные куртка и брюки, футболка камуфляжная, плавки серо-желтые, носки серые. Вся одежда влажная. По снятию одежды на секционном столе труп мужского пола, правильного телосло­жения, удовлетворительного питания, длиной тела около 162см, массой 63кг. Кожные покровы влажные, на ощупь холодные, с синюшным оттенком в области головы, шеи, туловища, верхних конечностей. Отмечаются приподнятые волосяные фолликулы по типу «гусиной кожи». Кожные покровы в области головы и шеи опачканы влажным серым веществом с примесью ила. Трупные пят­на разлитые, синюшно-багрового цвета, расположены на задней по­верхности тела, при надавливании окраски не меняют. Трупное око­ченение выражено во всех группах мышц. Волосы на голове русые, длиной до 2см. Наружные слуховые проходы свободные. Глаза закрыты, роговицы прозрачные, зрачки равномерные. Сосуды склер резко полнокровны. Кости и хрящи носа на ощупь целы. Носовые ходы свободные. Рот закрыт, переходная кайма губ, слизистая оболочка десен и внутренней поверхности губ синюш­ного цвета, без повреждений. Язык в полости рта. Шея пропорцио­нальна туловищу. Сглаживание надключичных пространств. Грудная клетка конической формы, эластичная при надавливании; отмечается сглаживание надключичных ямок. Живот на уровне реберных дуг, не напряжен. Наруж­ные половые органы развиты правильно, по мужскому типу. Яички в мошонке, несколько подтянуты к паховым каналам. Рубцовых и язвенных изменений, а также патологических выделений нет. Зад­ний проход сомкнут, кожа вокруг него чистая. Верхние и нижние конечности развиты пропорционально туловищу, кости их на ощупь целы.

ПОВРЕЖДЕНИЯ. Каких-либо повреждений при наружном исследовании не обнару­жено.

ВНУТРЕННЕЕ ИССЛЕДОВАНИЕ. ПОЛОСТЬ ЧЕРЕПА. При отсепаровке кожно-мышечного лоскута кровоизлияний нет. Череп вскрыт угловым распилом. Кости черепа в лобной области толщиной 0,8см, в височ­ной - 0,3см, затылочной - 0,9см. Твердая мозговая оболочка пер­ламутровая, напряжена, плотно сращена с костями черепа, в си­нусах ее темная жидкая кровь. Мягкие мозговые оболочки не утолщены, не отечны, с очаговыми разрастаниями фиброзной ткани, со­суды их полнокровны. Сосуды основания мозга резко полнокровные, стенки их не утолщены, на разрезах спадаются. Полушария головного мозга сим­метричные. Рельеф мозга умеренно сглажен, извилины не увеличены, равномерно выступают. Борозды сглажены. Вещество головного мозга тестоватой консистенции, на разрезе влажное, блестящее. На поверхности разрезов появляются красные черточки, исчезающие при поглаживании спинкой ножа. Граница меж­ду серым и белым веществом прослеживается хорошо. Полости желу­дочков щелевидные. Эпендима гладкая, блестящая, с выраженным со­судистым рисунком. Сосудистые сплетения серо-синюшного цвета, сочные, зернистые. Рисунок строения коры, подкорковых образова­ний, мозжечка и стволовых отделов сохранен, без очаговых измене­ний. Мозжечок на разрезе имеет древовидное строение, миндалины мозжечка сглажены. По удалению твердой мозговой оболочки кости свода и основания черепа целы. Произведено вскрытие пазух основной кости и полостей среднего уха - посторонних включений не обнаружено.

ГРУДНАЯ И БРЮШНАЯ ПОЛОСТИ: Произведено вскрытие грудной и брюшной полости срединным разрезом по Фишеру. Подкожно-жировая клетчатка выражена удовлетворительно, толщина на уровне груди 2см, на уровне пупка – 2,5см. Мышцы на разрезе тем­но-красного цвета, влажные, блестящие, полнокровные. Легкие вы­полняют плевральные полости полностью и частично прикрывают органы средостения. В плевральных полостях жидкости и спаек не определяется. Большой сальник прикрывает петли кишечника. Петли кишечника умеренно вздуты. Печень не выступает из-под края реберной дуги. Мо­чевой пузырь выше уровня лона. Брюшина гладкая, блестящая. В брюшной полости жидкости, спаек нет. Внутренние органы расположе­ны анатомически правильно, извлечены единым комплексом по Шору. В аорте жидкая темная кровь. Внутренняя оболочка аорты светло-желтая, с наличием в брюшном отделе атеросклеротических бляшек в виде пятен и полос. Расхождение краев аорты на разрезе 4 см. Надпочечники листовидной формы, граница между слоя­ми различима. Корковое вещество желтое, мозговое - коричневое. Почки парные, бобовидной формы, размерами 11х6х4см каждая, массой по 160гр. На сосудистую ножку правой почки наложена лигатура, почка изъята. На разрезе граница между слоями левой почки хорошо различима. Кора толщиной до 1см, синюшного цвета, пирамиды темно-синюшного цвета. Ткань почки резко полнокровна. В лоханках умеренное количест­во прозрачной мочи, внутренняя поверхность лоханок светло-серая, без кровоизлияний. Мочеточники проходимы. В просвете мочевого пу­зыря определяется 200мл прозрачной бесцветной мочи; внутренняя оболочка мочевого пузыря бледно-серая, без кровоизлияний, складчатость в области дна выражена. Язык обложен белесоватым налетом. Кровоизлияний в корень языка нет. Вход в гортань свободен, голо­совая щель сужена, связки отечные. Пищевод свободно проходим на всем протяжении. Слизистая пищевода красно-вишневого цвета, с продольной складчатостью. Подъязычная кость и хрящи гортани на ощупь це­лы. Щитовидная железа размерами 4,5х2,5х1,5м каждая доля, на разрезе темно-красная, мелкозернистая. Просвет трахеи, бронхов содержит умеренное количество пенистых полупрозрачных масс. Слизистая их бледно-розовая, влажная, гладкая, без очаговых изменений. Легкие с поверхности гладкие, синюшно-розовые с участками бледно-розового цвета в виде отпечатков ребер, на ощупь имеют воздушную и тестоватую консистенцию, с наличием небольшого количества плоскостных кровоизлияний вишневого цвета, размерами до 4х5см. Масса правого легкого 610гр., левого – 490гр. На разрезе ткань легких неравномерно­го красно-вишневого и розово-красного цвета; сосудистый и бронхиаль­ный рисунок выражен, стенки бронхов и сосудов тонкие. При надав­ливании с поверхности разреза стекает в небольшом количестве темная жидкая пенистая кровь. При разрезе ткани легких слышится похрустывание. В сердечной сорочке небольшое количество бесцветной проз­рачной жидкости. Сердце треугольной формы, с заостренной вер­хушкой, эластическое на ощупь; размерами 12х8х6см, массой 330гр. Эпикард прозрачный, под ним в небольшом количестве отложение жиро­вой ткани. Полость левого сердца содержит красную жидкую кровь, правого сердца – вишневую кровь. Пристеночный, клапан­ный и трабекулярный эндокард серо-синюшного цвета, влажный; со­сочковые мышцы незначительно утолщены, хордальные нити растянуты, частично фиброзированы. Створки клапанов сердца и крупных сосудов белесовато-серого цвета, гладкие, полностью смы­каются. Длина окружности двустворчатого клапана 9,0см, 3-х-створчатого – 10,0см. Толщина стенки правого желудочка 0,3см, левого желудочка 1,4см, межжелудочковой перегородки 1,1см. Мышца сердца эластической консистенции, на разрезе вида вареного мяса, серо-коричневого цвета. Коронарные артерии на разрезе спадаются, просвет их не сужен. Печень с поверхности гладкая, тусклого коричневого цвета, эластическая на ощупь, размером 22х17х11х9см, массой 1380гр., на разрезе ткань печени резко полнокровная, тусклого коричневого цвета. Желчные пути проходимы. В желчном пузыре около 35 мл жидкой темно-желтой желчи, стенка его не утолщена, не отечная, слизистая оболочка светло-зеле­ного цвета, бархатистая. В желудке определяется около 150мл пищевого содержимого с различимыми фрагментами, напоминающими вареный картофель. Слизистая оболочка желудка бледно-розового цве­та, с умеренно выраженными складками. В просвете тонкого и толстого кишечника свойственное его отделам содержимое. Поджелудочная железа в виде дряблого тяжа, с поверхности дольча­того вида, синюшного цвета. На разрезе ткань дольчатая, розово-красного цвета, без признаков кровоизлияний. Селезенка размерами 11х7х4см, массой 110гр, с поверхности серо-синюшная, эластичная, на разрезах пульпа темно-вишневая, с выраженным рисунком фолликулов, пульпа соскоба не дает.

Грудина, ключицы, ребра, кости позвоночника и таза целы.

Кровь и моча в стеклянных пенициллиновых флаконах под резиновой крышкой с металлической облаткой направлены на судебно-химическое исследование для определения наличия этанола.

Почка в капсуле с лигатурой на ножке и часть легкого направлены на судебно-химическое исследование для определения планктона.

Кусочки головного мозга, печени, сердца, почек, легких, головного мозга нап­равлены на судебно-гистологическое исследование для определения патоморфологических изменений.

ДАННЫЕ ЛАБОРАТОРНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ

При судебно-химическом исследовании (служебная записка от 30 мая 2008г, эксперт-химик) обнаружен этиловый спирт концентрацией в крови 2,95 промилле, в моче -4,2 промилле.

Заключение медико-криминалистического исследования (акт от 11 июня 2008г., получен 17.06.08г.)– в минерализате легкого обнаружены створки диатомового планктона рода гиросигма, цимбелла, диатома, навикуля, мелозира, табеллярия, синедра, коккоинеис. В минерализате почки створок диатомового планктона не обнаружено.

Заключение судебно-гистологического исследования (акт 7 от 11 июня 2008г) – очаговая эмфизема, острое полнокровие сосудов легкого.

Вопросы:

1. Судебно-медицинский диагноз?
2. Сопутствующие?
3. Причина смерти?
4. Телесные повреждения?
5. Употреблял ли потерпевший не задолго до смерти алкоголь?

Эталон:

1. Механическая асфиксия вследствие закрытия дыхательных путей водой при утоплении, асфиктический тип: отек и смыкание голосовых связок, острое вздутие легких, наличие створок диатомового планктона в легких (Акт медико-криминалистического исследования №500), кровоизлияния под висцеральную плевру, острое венозное полнокровие внутренних органов.

2. Алкогольемия.

3. Смерть его наступила в результате механической асфиксии водой при утоплении в естественном водоеме, о чем свидетельствуют обнаруженные патоморфологические изменения: отек и смыкание голосовых связок, острое вздутие легких, наличие створок диатомового планктона в легких (Акт медико-криминалистического исследования №500), кровоизлияния под висцеральную плевру, острое венозное полнокровие внутренних органов.

4. При исследовании трупа какие-либо повреждения не обнаружены.

5. При судебно-химическом исследовании обнаружен этиловый спирт концентрацией в крови 2,95 промилле, в моче - 4,2 промилле, что по аналогии с живыми лицами соответствует СИЛЬНОЙ степени алкогольного опьянения в стадии выведения.

Задача №4. УК-1  ПК-1  ПК-2  ПК-3  ПК-5  ПК-7  ПК-8  ПК-9  ПК-10

ОБСТОЯТЕЛЬСТВА ДЕЛА: Из направления следует, что «направляется труп гр. Н., 1990 г.р. обнаруженный по адресу: г. К……., ул. Мира, 00-00. Других сведений нет.

НАРУЖНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ: Труп доставлен в секционную без одежды. На секционном столе труп молодой женщины правильного телосложения, удовлетворительного питания, длиной тела 155см, массой тела 51 кг. Кожные покровы холодные на ощупь, вне трупных пятен, бледные. Трупное окоченение определяется во всех группах мышц. Трупные пятна багрово-синюшного цвета, насыщенные, разлитые, расположены на заднебоковых поверхностях туловища, при надавливании бледнеют и медленно восстанавливают свой цвет. Волосы на голове темно-русые, длиной до 60см. Кости свода черепа на ощупь целые. Глаза закрыты. Зрачки округлой формы, диаметром по 0,6 см каждый. Отверстия носа, наружные слуховые проходы чистые, свободны от инородных тел. На кожных покровах вокруг носовых ходов, а также на левой щеке следы подсохшей розоватой, пенистой жидкости. Кости и хрящи носа, кости лицевого черепа на ощупь целые. Рот закрыт. Переходная кайма губ бледно-синюшного цвета. Видимые слизистые губ и щек синюшного цвета, гладкие, блестящие, без кровоизлияний. Язык в полости рта. Полость рта свободная от постороннего содержимого. Все зубы целы. Шея без патологической подвижности. Грудная клетка симметричная. Грудина и ребра на ощупь целые. Молочные железы округлой формы, упругой консистенции. Живот располагается на уровне реберных дуг. Оволосение на лобке по женскому типу. Наружные половые органы сформированы правильно, выделений из них нет. Заднепроходное отверстие сомкнуто, кожные покровы в его окружности чистые, не повреждены. Кости конечностей на ощупь целы.

ПОВРЕЖДЕНИЯ: При наружном исследовании трупа телесных повреждений не обнаружено.

ВНУТРЕННЕЕ ИССЛЕДОВАНИЕ: Внутренняя поверхность мягких тканей волосистой части головы светло-красного цвета, без кровоизлияний. Кости свода черепа целые. Твердая мозговая оболочка перламутрового цвета, не повреждена, блестящая, плотно сращена с костями черепа. В синусах ее темная жидкая кровь. Мягкая мозговая оболочка прозрачная, блестящая, с сетью расширенных кровеносных сосудов. Под оболочками мозга кровоизлияний не обнаружено. Между твердой мозговой и мягкой мозговой оболочками отмечаются множественные нитевидные спайки, разделяемые тупым путем, в области передней трети средней и нижней извилин левой височной доли, в области правой лобной и височной долей. Масса головного мозга 1340 грамм. Артерии основания головного мозга с прозрачными стенками. Борозды мозга несколько сглажены. В передней трети в средней и нижней извилинах левой височной доли дефект вещества головного мозга, размером 5,4х3 см., края и стенки которого неровные, крупнобугристые, без красноватых и буроватых прокрашиваний. В боковых желудочках умеренное количество желтоватой, прозрачной жидкости. Их сосудистые сплетения красновато-синюшного цвета. Стенки желудочков гладкие, блестящие. Ткань мозга на разрезе гладкая, блестящая. На поверхности разрезов выступает большое количество красных точек и полос, легко стираемых спинкой ножа (кровь из перерезанных сосудов). Границы серого, белого вещества мозга и подкорковых ядер четко выражены. Мозжечок на разрезе древовидного строения. В подкорковых ядрах, стволовой части, продолговатом мозге, мозжечке патологических изменений не обнаружено. Кости основания черепа целые. Произведено вскрытие пазухи основной кости, жидкости не обнаружено.

Подкожно-жировой слой развит удовлетворительно. Мышцы на разрезе красно-коричневого цвета, без кровоизлияний. Органы брюшной полости расположены правильно. Брюшина гладкая, блестящая, голубого цвета, в брюшной полости следы прозрачной жидкости желтоватого цвета, спаек нет. Передний край печени на уровне реберной дуги, острый. Большой сальник развит удовлетворительно, прикрывает петли кишечника, который несколько вздут газами, лежит свободно на брыжейке. Кровоизлияний на серозных покровах и брыжейке нет. Органы грудной полости расположены правильно. Легкие выполняют плевральные полости на 2/3. В плевральных полостях жидкости и спаек нет. Пристеночная плевра серовато-розового цвета, блестящая, без кровоизлияний. В полости околосердечной сумки несколько миллилитров прозрачной, желтоватой жидкости. Органы извлечены единым органокомплексом по Шору. Язык с поверхности слегка обложен сероватым налетом, сосочки выражены. Мышца языка на разрезе серовато-красного цвета. Вход в гортань и глотку свободен от инородных тел и выделений, слизистая оболочка розовато-синюшного цвета, блестящая, без кровоизлияний. Голосовая щель разомкнута. Рожки и тело подъязычной кости, хрящи гортани, кольца трахеи целы. Щитовидная железа двудольчатая, левая доля: 2,8х2х1,5 см, правая доля: 3,5х2х2 см. Ткань железы без уплотнений, на разрезе красно-коричневого цвета, однородная, зернистая. Слизистая оболочка пищевода серовато-синюшного цвета, без кровоизлияний и наложений. Слизистая оболочка трахеи и крупных бронхов светло-розового цвета, гладкая, без кровоизлияний, в просвете их пенистая жидкость светло-розового цвета. Масса правого легкого 540гр., левого 500 гр. Легкие с поверхности серовато-розового цвета, плотные на ощупь, под висцеральной плеврой, преимущественно в нижних отделах, отмечаются пятнистые, темно-красные кровоизлияния. Ткань легких на разрезах темно-красного цвета, при надавливании с поверхности разрезов стекает большое количество темной, жидкой, пенистой крови. Сердце умеренно обложено жиром, размером 9х8,5х4,5 см, массой 205гр. В полостях сердца темная, жидкая кровь. Клапаны сердца, аорты и легочного ствола не утолщены. Сосочковые мышцы не утолщены, хордальные нити не укорочены. Толщина стенки левого желудочка 1,2 см, правого 0,3 см. Длина окружности 2-х-створчатого клапана 8 см, 3-х-створчатого – 9,5 см. Просвет коронарных артерий свободен. Мышца сердца на разрезе красно-коричневого цвета, с участками неравномерного кровенаполнения. Внутренняя поверхность аорты светло-желтого цвета, гладкая. Селезенка размерами 10х6х3см. Капсула селезенки морщинистая, ткань на разрезе темно-красного цвета. Соскоб обильный, содержит темную жидкую кровь и вещество селезенки. Надпочечники парные, листовидной формы, на разрезе с желтым корковым и коричневым мозговым веществом. Почки парные, бобовидной формы, размерами: правая 10х4х3,5см, массой 130гр., левая 10,5х4х3,5см., массой 140гр. Капсула снимается легко, обнажая ровную поверхность почек. Ткань почек на разрезе темно-красного цвета с четкой границей коркового и мозгового вещества. Слизистая оболочка лоханок серого цвета, без кровоизлияний, вокруг лоханок отмечается разрастание жировой ткани. В мочевом пузыре следы мочи. Слизистая оболочка мочевого пузыря серого цвета, умеренно складчатая, без кровоизлияний. В полости желудка около 200 мл кашицеобразных серовато-белого цвета масс без различимых фрагментов, слизистая без кровоизлияний, складки частично сглажены. В 12-перстной кишке жидкие переваренные пищевые массы беловато-серого цвета, складчатость сохранена. В просвете тонкой и толстой кишки содержимое свойственное его отделам, слизистая светло-розового цвета с умеренной складчатостью, без кровоизлияний. Поджелудочная железа в виде тяжа. Капсула ее напряжена. Ткань железы на разрезе серо-розового цвета, дольчатого строения. Желчный пузырь грушевидной формы, в его просвете около 10 мл желтовато-зеленой желчи, слизистая бархатистая, такого же цвета. Печень размерами 21х13х11х6 см, массой 960 гр., капсула печени гладкая, блестящая. Ткань на разрезе красно-коричневого цвета, однородная. Матка размером 4х4х1,5 см., зев округлой формы. Венозное полнокровие внутренних органов. Кости грудной клетки, таза, позвоночника целы.

ПРИМЕЧАНИЕ: На судебно-химическое исследование направлены кровь и почка, взятые в стеклянные пенициллиновые флаконы, закрытые резиновыми крышками с металлической облицовкой, для определения наличия и концентрации этилового спирта.

На судебно-гистологическое исследование направлены кусочки внутренних органов: сердца, печени, почки, легких головного мозга, оболочек головного мозга для определения патоморфологических изменений.

На судебно-химическое исследование направлены почка в капсуле и легкое для определения планктона.

На судебно-химическое исследование направлены кровь, стенка мочевого пузыря, желудок с содержимым, печень, желчь, почка для определения наркотических средств, лекарственных веществ.

ДАННЫЕ ДОПОЛНИТЕЛЬНЫХ МЕТОДОВ ИССЛЕДОВАНИЯ:

1. Получена служебная записка к акту судебно-химического исследования от 16.06.2008г., эксперт-химик, этиловый алкоголь в крови не обнаружен, обнаружен в почке в концентрации 0,7 промилле.

2. Получен акт судебно-гистологического исследования от 25.06.2008г., Заключение: Острая альвеолярная эмфизема, выраженные расстройства кровообращения в легком (альвеолярный отек, альвеолярные кровоизлияния). Неравномерное выраженный фиброз, очаговый гемосидероз мягкой мозговой оболочки, пролиферация пиальных сосудов; выраженные дистрофические изменения корковых нейронов, мелкие очаги неполного парциального некроза, очаговая пролиферация клеток нейроглии; очаговое утолщение стенок внутримозговых сосудов (данные морфологические изменения могут иметь место при эпилепсии). Межуточный отек в миокарде, диффузноочаговая релаксация саркомеров в кардиомиоцитах, неравномерное кровенаполнение, дистония сосудов. Очаговая зернистая дистрофия почки, мелкокапельная жировая- печени.

3. Получен акт судебно-химического исследования от 26.06.2008г. Заключение: Не обнаружено отравляющих, сильнодействующих, наркотических средств, лекарственных веществ. Обнаружен этиловый алкоголь в концентрации в крови 0,3 промилле, в почке 0,7 промилле.

4. Получен акт медико-криминалистического исследования от 23.06.2008г. Заключение: В минерализатах легкого и почки обнаружены створки диатомового планктона рода диатома, цимбелла, навикуля, мелозира, табеллярия, фрагилария, синедра, кокконеис и др.

Вопросы:

1. Судебно-медицинский диагноз?
2. Сопутствующие?
3. Причина смерти?
4. Телесные повреждения?
5. Употреблял ли потерпевший не задолго до смерти алкоголь?

Эталон:

1.Механическая асфиксия от закрытия просвета дыхательных путей водой при утоплении: наличие диатомового планктона в минерализатах легкого и почки (акт МКИ № № 521 от 23.06.2008г.), расплывчатые темно-красные кровоизлияния под плеврой легких (пятна Рассказова-Лукомского-Пальтауфа), эмфизема и отек легких, жидкое состояние крови.

2. Эпилептический статус. Алкогольэмия.

3. Смерть ее наступила в результате механической асфиксии от закрытия просвета дыхательных путей водой при утоплении, что подтверждается наличием диатомового планктона в минерализатах легкого и почки (№ 521 от 23.06.2008г.), острой эмфиземой легких, кровоизлияниями под плеврой легких (пятна Рассказова-Лукомского-Пальтауфа), а также, данными дополнительных методов исследования.

4. При судебно-медицинском исследовании каких-либо телесных повреждений на трупе не обнаружено.

5. При судебно-химическом исследовании обнаружен этиловый алкоголь в концентрации в крови 0,3 промилле, в почке 0,7 промилле, что по аналогии с живыми лицами соответствует незначительному влиянию алкоголя на организм в стадии выведения.

Задача №5. УК-1  ПК-1  ПК-2  ПК-3  ПК-5  ПК-7  ПК-8  ПК-9  ПК-10

ОБСТОЯТЕЛЬСТВА ДЕЛА: В направлении указано, что «27.06.08г. около 16ч.30 м. на озере около д.00 по пр.Мира г.К……обнаружен труп н/у мужчины с признаками утопления». Труп извлечен из воды в 18ч.20 мин».

НАРУЖНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ: Труп доставлен в секционную в следующей одежде: плавки черного цвета. На секцион­ном столе труп мужчины, правиль­ного телосложения, удовлетворительного питания, длиной тела 173см, массой 75кг. Трупные пятна разлитые темно-фиолетового цвета, расположены на задне­боковых поверхностях тела, при надавливании пальцем не бледнеют. На фоне трупных пятен имеется усиление сосудистого рисунка. Трупное окоченение хорошо и равномерно выражено во всех группах обычно исследуемых мышц, в процессе исследо­вания трупа разрешено. Волосы на голове темно-русые. Голова обычной формы, при ощупывании головы патологической подвижности костей черепа не отмеча­ется. Имеется значи­тельная си­нюшность лица и губ, а также ногтевых пластин, на фоне об­щей блед­ности кожных покровов. Глаза за­крыты, роговицы прозрачные несколько подсохшие, зрачки равномерные, правильной округлой формы по 0,4 см в диа­метре, слизистая век светло-розовая, в слизистую век и роговицу глаз отмечаются темно-красные мелкоточечные кровоизлияния. Кости и хрящи носа на ощупь целы. Рот приоткрыт, слизи­стая губ синюшная, подсохшая, язык за линией зубов, в полости рта. Вокруг отверстия рта и носа мелкопузырчатая, стойкая белесовато-серая пена. Зубы без по­вреждений, лунки отсутствующих зубов сглажены и заращены. Шея раз­вита пропор­ционально туловищу, патологической подвижности шеи не отмечено. Груд­ная клетка обычной формы, симметричная, упругая при надавливании с обеих сторон, край реберной дуги хо­рошо обозначен, симметричен. Живот расположен на уровне края реберных дуг грудной клетки, не напряжен, симметричный. Пупочное кольцо без особенностей. Оволосение на лобке соответственно полу, волосы с полным завитком. Наружные половые органы сформированы пра­вильно, по мужскому типу, выделений из отверстия мочеиспускательного канала не отмечается. Задний проход сомкнут, втянут, кожа в окружности не опачкана. Кости верхних и нижних конечностей на ощупь целы.

При наружном исследовании трупа повреждений не обнаружено.

СЛОВЕСНЫЙ ПОРТРЕТ: Труп мужчины на вид 25-35лет, европеоидного вида. Лицо овальной формы, волосы на голове темно-русые, длиной в лобной области до 4см. Лоб высокий, не скошен. Брови средней густоты, несросшиеся. Нос средний, спинка носа выпуклая. Радужка глаз серого цвета. Губы полные, подбородок четырехугольной формы. Ушные раковины без особенностей, мочки не сросшиеся. Длина стопы 24см.

ЗУБЫ: на верхней челюсти справа 1,2,4 зубы целы, слева 1-3,6,8 зубы целы, на нижней челюсти справа 1-4,7,8 зубы целы, слева 1-6,8 зубы целы, остальные отсутствуют.

Особых примет нет.

ВНУТРЕННЕЕ ИССЛЕДОВАНИЕ:

Секционный разрез наложен в типичном месте. От­сепарованный кожно-мышечный лоскут головы влаж­ный, блестящий, розовый, кровоизлияний не отмечается. Височные мышцы красно-корич­невого цвета влажные, бле­стящие. Череп вскрыт угловым распилом. Толщина костей черепа в месте проведения распила до 0,4 см. Твердая мозго­вая оболочка напряжена, перламутровая, в синусах её тем­ная жидкая кровь. Мягкая мозговая обо­лочка тонкая, полупрозрачная, светло-се­рого цвета, приподнята над веществом головного мозга находящейся под ней прозрачной жидкостью. Со­суды осно­вания мозга зияют, проходимы, в про­свете их имеются атеросклеротиче­ские бляшки, которые перекрывают просвет сосудов менее 1/3. Извилины и борозды мозга несколько сглажены и уплощены. На разрезе ткань мозга пол­нокровная, на поверхности разреза в большом количестве появляются мелкие капельки крови из пе­ререзанных сосудов в виде отдель­ных то­чек и полосок, легко удаляемые при проведении спинкой ножа по поверхности разреза. Ткань мозга отеч­ная, серое вещество выбухает над бе­лым. При рассечении, вещество мозга прилипает к плоскости секционного ножа. Бо­ковые желудочки не­сколько сужены, симметричные, внутренняя поверх­ность боковых желудочков гладкая, в полостях около 3мл про­зрачной спинномозговой жид­кости. Сосудистое сплетение серо-синюшного цвета соч­ное, зернистое. Структура строения подкорковых отделов мозга сохранена. Мозжечок на разрезе имеет древовид­ное строение, кровоизлияний под мягкие мозговые оболочки полушарий мозжечка не обнаружено. Продолгова­тый мозг имеет четкую структуру слоев. Масса головного мозга 1180гр. Твердая мозговая оболочка неплотно спаяна с костями свода и основания черепа, удалена тупым путем. После отделения твердая мозго­вая оболочка осмотрена, каких-либо патологических изменений не выяв­лено.

Произведено вскрытие пазухи основной кости, обнаружено около 5мл розово-красной жидкости.

Секционный разрез произведен по сред­ней линии передней поверхности шеи, грудной клетки и живота с обходом пупочного кольца слева. Отсепарованные скелетные мышцы шеи, груди и живота на разрезе красно-коричневого цвета, влажные, бле­стящие, без кровоизлияний. Межреберные мышцы без особенностей. Подкожно-жировая клетчатка выражена удовлетворительно. Клю­чицы, грудина и ребра целы. Вскрытие плевральной полости произведено путем рассечения ключично-грудинных сочленений и хрящевой части ребер. Органы в полостях анатомически располо­жены правильно, посторонних запахов из полостей трупа не отме­чается. Петли тонкого и толстого кишечника равномерно вздуты, брюшина гладкая, блестящая розово – серого цвета. В брюшной полости свободной жидкости и спаек не отмечается. Мочевой пузырь на уровне лона. Пе­чень расположена у края реберной дуги. Легкие вы­полняют плевральные полости полностью, края легких перекрывают органы средостения, после вскрытия плевральных полостей, спадения легочной ткани не отмечено. Органы средостения без особенностей. В плевраль­ных полостях свободной жидкости не отмечается, в левой плевральной полости имеются спайки, разделяемые тупым путем. После вскры­тия плевральной и брюшной по­лостей до извлече­ния внутренних органов произведено вскрытие сердечной сорочки, сраще­ний между эпикардом и перикардом нет, положение сердца в грудной клетке ближе к вертикаль­ному, с незначительным выбуханием пра­вой по­ловины. Произведено вскры­тие легочной артерии на месте, внутрен­няя поверх­ность которой светло желтая, гладкая, в полости легоч­ной артерии жидкая темная кровь. Органы из­влечены единым комплексом по Шору. Язык обложен серым налетом в об­ласти корня, сосочки у корня языка несколько сглажены. Кровоиз­лияний в мышцы языка нет. Миндалины размером 1,5х1,5х2 см, симметричные, плотные на ощупь, на раз­резе серо-красного цвета, сочные, при сдавли­вании миндалин с поверхности разреза отделяемое в незначительном ко­личестве светло розового цвета. Вход в гортань и пищевод свобо­ден. Хрящи гортани и трахеи целы. Подъ­язычная кость цела, в окружающих мягких тканях кровоизлияний нет. Доли щитовидной железы размером по 4х2х1 см, симметричные, на разрезе однородного серо-красного цвета коллоид­ного строения, без участков выбуханий и западений. В просвете пище­вода пищевых масс нет, слизи­стая пищевода серого цвета продольная склад­чатость умерено выражена. В просвете тра­хеи светло-розовая слизь в небольшом количестве. Голосовая щель сво­бодна, го­лосовые складки симметричные, несколько отечные. Легкие воздушные на ощупь, на боковых поверхностях легких имеются четко выраженные уча­стки вдавлений в виде отпечатков ребер. Масса правого легкого 740гр, левого легкого 710гр. С поверхно­сти ткань легких мраморная с чередованием участков бледно-серого цвета и участками ро­зово-красного цвета, с чередованием очагов эмфиземы и ателектаза ле­гочной ткани. Под легочной плеврой имеются расплывчатые кровоизлияния с нечеткими границами (пятна Рассказова-Лукомского-Пальтауфа). При ощупывании на ткани легких остаются пальцевые вдавле­ния, при рассечении ткани легких она режется с хрустом, на разрезе ткань легких пестрая, светло-красного цвета, сосу­дистый и бронхи­альный рисунок выражен, с поверхности разреза стекает темная, пенистая жидкая кровь. В просвете аорты темная жидкая кровь. Со стороны внутренней поверхности интима аорты светло-желтого цвета, гладкая. Ширина аорты в грудном от­деле 5 см, края аорты на поперечном разрезе расходятся на 4 см. В сердечной со­рочке 3 мл розоватой жидкости, сердце не спаяно с сердеч­ной сорочкой, на поверхности сердца фиброзных наложений не обнару­жено. Сердце отделено от крупных сосудов выше основания сердца на 5 см. Форма сердца овальная, верхушка закруглена. Эпи­кард полу­про­зрачный, тусклый без участков утолщений. Под эпикардом имеются темно-красные точечные кровоизлияния (пятна Тардье), с преимуществен­ным расположением по ходу коронарных сосудов, отложение жира под эпи­кардом умеренное. Сердце на ощупь плотное, по ходу коронарных сосудов обложено жи­ром до 0,4см, сердце размером 11х9х6,5 см, весом 340гр. В правых полостях сердца темная жидкая кровь. Двух­створча­тый клапан полупрозрач­ный, не утолщен. Периметр двух­створчатого клапана 10см. Хордаль­ные нити не­сколько укорочены, полупрозрачные, эластич­ные, не сросшиеся между со­бой. Каких-либо фибринозных и тромботических нало­жений на них не вы­явлено. Папиллярные мышцы не гипертрофированны, без кровоизлияний. Клапаны аорты не склерозированы, эла­стичные. Эн­докард тусклый без наложений и кровоизлияний. Мышца сердца при ощупы­вании умеренно плотная. На разрезе мышца сердца не значительно фрагментиро­вана с явлением неравномерного кровена­полнения, в виде чередования участков более светлого (участков мало­кровия) и более темного цвета (участков полнокровия). Толщина стенки левого желудочка на уровне середины желудочков 1,5 см, правого 0,5 см. В просвете коронарных сосудов на всем протяжении склеротиче­ские бляшки, занимающие просвет менее 1/3 диаметра внутрен­ней стенки, располагаются циркулярно. Над­почечники парные, листовидной формы разме­ром по 4х2х0,5 см с четкой обозначенной границей коркового - коричне­вого и мозгового - желтого слоев, на ощупь плотноватые. Околопочечная клетчатка выражена избыточно. Почки парные бобовидные, разме­ром правая почка 8х5х3см., массой 150гр, левая почка в области сосудистой ножки перевязана, отделена, направлена на медико-криминалистическое исследование, левая почка размером 8х4,5х3см, массой 140гр., фиброз­ная капсула тонкая серо-розовая, полупрозрач­ная, снимается с поверх­ности почек с трудом, обнажая мелкобугристую, блестя­щую поверхность. На раз­резе ткань почек полнокровная, гра­ницы корко­вого - темно-красного и мозгового - красного слоев прослеживаются от­четливо, пирамидки без особенностей. Лоханки почек свободны, слизи­стая лоханок без кровоиз­лияний, мочеточники на всем протяжении без участков выбуханий, прохо­димы, в моче­вом пузыре следы прозрач­ной светло-желтой мочи, конкрементов нет, слизистая мочевого пу­зыря серого цвета без кровоиз­лияний, складчатость несколько сглажена. Пе­чень размером 24х14х7х6,5см, весом 1500 гр. Поверхность печени глад­кая, капсула тонкая, нижний край печени заострен, на разрезе ткань пе­чени красно-коричневого цвета, полнокровная, с поверхности разреза из перерезанных сосудов стекает жидкая темная кровь, структура долек обо­значена от­четливо. Ложе желчного пузыря отечно. В желчном пузыре 8 мл темно-оливкового цвета желчи, слизистая желч­ного пузыря бархатистая прокра­шена желчью. Общий желчный проток прохо­дим, слизи­стая его прокрашена в желто-зеленый цвет. Селе­зенка размером 10х5х3,5 см капсула её серого цвета, напряжена, на раз­резе ткань селе­зенки темно-виш­невого цвета, пульпа дает значитель­ный соскоб при про­ведении спинкой ножа по поверхности разреза. Под­желудочная железа размером 14х4х2 см серо-ро­зового цвета, с поверхности бугристая, на раз­резе дольчатая, измене­ний структуры не выявлено. В желудке около 100 мл белесовато-серых пищевых масс, без опре­деленного запаха, слизистая серого цвета складчатость не­сколько сгла­жена. Большой сальник без особенностей. Брыжейка тонкой и толстой кишки с хорошо просматривае­мой сосудистой сетью, сосуды несколько расширены, запол­нены жидкой кровью. Поверхность кишок без наложений. В просвете тон­кого и тол­стого кишечника со­держимое свойст­венно его отделам, слизи­стая кишеч­ника светло-серая с поперечной складчатостью. Кишечник вскрыт продольным разрезом, каких-либо патологических изменений не обнаружено. При дальнейшей ревизии костно-суставного аппарата тела какой-либо патологии не обнаружено.

Кровь, почка взяты в пенициллиновые флаконы и направлены в су­дебно-химическое отделение для определения наличия этилового алкоголя.

Кусочки внутренних органов: головного мозга, почки, печени, сердца и легкого после фиксации на­прав­лены в гистологическое отделе­ние для определения патоморфологи­ческих изменений.

В медико-криминалистическое отделение направлены легкое и почка с капсулой для определения наличия планктона.

ДАННЫЕ ДОПОЛНИТЕЛЬНЫХ МЕТОДОВ ИССЛЕДОВАНИЯ:

При судебно-биологическом исследовании (справка от 01.07.08г.) групповая характеристика крови не установлена в связи с гемолизом эритроцитов.

Получен акт судебно-гистологического исследования от 15.07.08г. Заключение: очаговый отек легкого. Полнокровие сосудов легкого, почки. Стромальный отек миокарда, артериосклероз миокарда, отек головного мозга. Аутолитические изменения и явления трупного гипостаза в легком.

При медико-криминалистическом исследовании (акт от 04.07.08г.) заключение: в минерализатах легкого обнаружены в большом количестве створки диатомового планктона рода кокконеис, фрагилария, диатома, цимбелла, гиросигма, аномеонеис, навикуля, мелозира, табеллярия, синедра, антинелла, ставронеис и др. В минерализате почки обнаружены створки диатомового планктона рода фрагилария.

Вопросы:

1. Судебно-медицинский диагноз?
2. Причина смерти?
3. Давность наступления смерти, нахождения в воде?
4. Телесные повреждения?
5. Употреблял ли потерпевший не задолго до смерти алкоголь?

Эталон:

1. Механическая асфиксия, утопление в воде. Наличие жидкости в пазухе основной кости, острое вздутие легких, наличие под легочной плеврой расплывчатых кровоизлияний с нечеткими границами (пятна Рассказова-Лукомского-Пальтауфа). Очаговая альвеолярная эмфизема. Переполнение правой половины сердца жидкой кровью. Наличие слизистого содержимого в про­свете дыхательных путей, разлитые насыщенные трупные пятна, мелкопузырчатая пена в отверстиях рта и носа. Отек и набухание вещества головного мозга. Венозное полно­кровие внутренних органов.

2. Смерть наступила в результате механической асфиксии, утопления в воде, что подтверждается обнаружением жидкости в пазухе основной кости, наличием разлитых трупных пя­тен, очаговой альвеолярной эмфиземой легких, наличием под легочной плеврой расплывчатых кровоизлияний с нечеткими границами (пятна Рассказова-Лукомского-Пальтауфа); переполнением правой половины сердца жидкой темной кровью, венозным полнокровием внутренних орга­нов, отеком и набуханием вещества головного мозга.

3. Давность смерти согласно трупным явлениям не менее 1-х суток. Давность нахождения трупа в воде не менее 1-х суток.

4.При судебно-медицинской экспертизе повреждений не обнаружено.

5. При судебно-химическом исследовании обнаружен этиловый спирт в крови – промилле, в моче – промилле, что по аналогии с живыми лицами расценивается как степень алкогольного опьянения на стадии выведения.

**6. Перечень практических умений по изучаемой теме** УК-1  ПК-1  ПК-2  ПК-3  ПК-5  ПК-7  ПК-8  ПК-9  ПК-10

- установить причину смерти;

- провести судебно-медицинское исследование трупа при различных видах насильственной смерти;

- определить степень тяжести телесных повреждений;

- установить причинно-следственную связь между повреждением и неблагоприятным исходом;

- организовать судебно-медицинскую экспертизу вещественных доказательств (изъять, упаковать и направить объекты судебно-медицинской экспертизы на лабораторные исследования);

**7. Рекомендации по выполнению НИР**

Примерная тематика по НИР по теме - не предусмотрена.

**8. Рекомендованная литература по теме занятия** (обязательная, дополнительная, электронные ресурсы, включая законодательные и нормативно-правовые документы)

**Занятие № 35**

**1. Индекс** ОД.О.01.1.6.41 **Тема: «Местное и общее действие высокой температуры. Ожоги. Ожоговая болезнь».**

**2. Форма организации занятия:** подготовка к практическому занятию.

**3. Перечень вопросов для самоподготовки по теме практического занятия**

1. ВОПРОС УК-1  ПК-1  ПК-3  ПК-5  ПК-7  ПК-8  ПК-9  ПК-10

Какие факторы могут вызвать расстройство здоровья или смерть от действия высокой температуры и их судебно-медицинское значение?

ОТВЕТ: Влияние на организм высокой температуры может быть общим и местным, когда возникают ожоги, что в судебно-медицинской практике встречается значительно чаще. Примерно 75% — это ожоги от действия пламени, в 10— 15% от горячей жидкости, реже могут наносить повреждения горячие газы или пар, а также накаленные предметы или вещества при их контактном действии.

Глубина поражения находится в прямо пропорциональной зависимости от времени контакта. Например, при действии предмета, накаленного до +70°С, в течение 5 сек, появляется лишь покраснение (I степень ожога), а при воздействии того же предмета в течение 25 сек — некроз, то есть омертвение ткани (II и III степень ожога). Поэтому ожоги клейкими, вязкими веществами (смолой, напалмом и т. д.) очень тяжелы.

Как уже отмечалось, наибольшее значение имеют ожоги пламенем. Это связано не только с их частотой, но и с различным происхождением. Чаще всего люди получают ожоги вследствие несчастного случая, от неосторожного или неумелого обращения с воспламеняющимися материалами, нарушения техники безопасности. В среднем, в нашей стране каждые сутки регистрируется 400 пожаров, во время которых погибает 23 и получают травмы 27 человек.

Пламя может быть использовано в качестве орудия убийства или самоубийства, а также в целях уничтожения трупа, то есть для сокрытия преступления.

2. ВОПРОС УК-1  ПК-1  ПК-3  ПК-5  ПК-7  ПК-8  ПК-9  ПК-10

Как по особенностям повреждения установить характер источника (фактора) поражения?

ОТВЕТ: После выявления ожога первой задачей эксперта является определение фактора, от которого произошло поражение.

С этой целью можно обратить внимание на одежду, которая не повреждается от действия горячей жидкости, газа или пара. Как правило, ожоги от этих факторов более поверхностные и никогда не бывают четвертой степени. В отличие от пламени они не повреждают волосы и ногти. Кроме того, можно учесть, что повреждается часть тела обычно ниже места воздействия, в то время как пламя поднимается кверху. Важно, что горячие пар и газы прежде всего действуют на дыхательные пути, в результате чего при вскрытии наблюдается набухание и ярко-красный цвет слизистых трахеи и бронхов, резкое кровенаполнение сосудов и стенок, сужение просвета и даже спазм бронхов. Что касается контактного действия накаленных металлических или других предметов, то они действуют в месте соприкосновения и вызывают ожог, повторяющий форму и размеры контактировавшей части поверхности предмета.

3. ВОПРОС УК-1  ПК-1  ПК-3  ПК-5  ПК-7  ПК-8  ПК-9  ПК-10

Как определяется площадь ожоговой поверхности и какое судебно-медицинское значение это имеет?

ОТВЕТ: Ожоги более 40—50%, а у детей и при значительно меньшей поверхности, не совместимы с жизнью. Для определения площади поражения пользуются правилом «девятки». В соответствии с ним, голова и шея составляют 9%, передняя и задняя поверхности туловища по 18% (две девятки), площадь верхней конечности, бедра, голени со стопой — по 9%. Если же не вся поверхность указанных областей повреждена, то примерный подсчет можно сделать с помощью ладони с раскрытыми пальцами, что составляет 1,1% тела взрослого человека. При описании мелких ожогов их измеряют в обычном порядке с помощью линейки. Однако прогноз тесно связан и с глубиной поражения. Она показывает степень ожога и в медицине делится на 4 степени. Наиболее распространена хирургическая классификация, которая предусматривает характеристику каждой степени в зависимости от конкретных морфологических изменений.

4. ВОПРОС УК-1  ПК-1  ПК-3  ПК-5  ПК-7  ПК-8  ПК-9  ПК-10

Как устанавливается и отмечается глубина повреждения?

ОТВЕТ: Ожоги, выявленные на теле человека или трупе, требуют установления не только площади, но и глубины поражения, которое делится на 4 степени и имеет значение для определения прогноза.

Первая степень характеризуется покраснением и припуханием кожи. На трупе цвет изменяется, становится незаметным, кожа слегка   
шелушится. Нередко такие ожоги на трупе не устанавливаются.

Вторая степень сопровождается острым воспалением кожи с образованием пузырей, наполненных жидкостью. Пузыри лопаются, оставляя овальные или круглые пятна, напоминающие ссадины. После заживления какие-либо следы обнаружить не удается.

Третья степень поражения приводит к омертвению (некрозу) эпидермиса и самой кожи по ее поверхности (III степень), либо к омертвению всех слоев кожи (III-6 степень). После отторжения тканей в течение 2—3 недель такие ожоги оставляют рубцы.

Четвертая степень характеризуется омертвением всех тканей: кожи, мышц, сухожилий, костей. На поверхности обычно образуется обугливание тканей. При заживлении — гнойные раны с дефектами, а на их месте рубцы, стягивающие мягкие ткани и ограничивающие подвижность конечностей, обезображивающие, что требует оперативного вмешательства.

Обнаруженные повреждения заносятся на схемы тела человека, затем заштриховываются условными обозначениями в соответствии со степенью ожога.

Если потерпевший со II—IV степенью ожога не умер сразу, то развивается ожоговая болезнь, нередко осложняемая ожоговым шоком, сенти-копиемией (заражением и сгущением крови) с интоксикацией всего организма, воспалением легких, гнойными абсцессами и флегмонами, ожоговым истощением.

Зависимость между площадью ожога и его степенью определяет и причиненный вред здоровью. В частности, к тяжкому вреду здоровью по признаку опасности для жизни относятся термические ожоги III—IV степени с площадью

поражения свыше 15%, ожоги III степени — более 20% поверхности тела, ожоги II степени, превышающие 30% поверхности тела.

5. ВОПРОС УК-1  ПК-1  ПК-3  ПК-5  ПК-7  ПК-8  ПК-9  ПК-10

Какие признаки позволяют определить, при жизни или после смерти (уже на трупе) возникли ожоги от пламени?

ОТВЕТ: Важнейшим вопросом при экспертизе обожженых трупов людей, обнаруженных на месте происшествия, в зоне пожара, является установление прижизненности получения ожогов. На поверхности трупа, которая была прижата к земле, обгорание не наступает, в этом месте сохраняется неповрежденная кожа и даже часть одежды. Это свидетельствует о том, что горел труп, а не живой человек, который не может в подобной ситуации оставаться неподвижным: от сильной боли он мечется, ползет или переворачивается, прижимая пламя к земле. В результате вокруг такого трупа обнаруживается множество обрывков полуобгоревшей одежды, волос, а также следы перемещения тела. Надо обратить внимание на запах горючего, ибо после доставки трупа в морг он может улетучиться. Принимаемые за следы горюче-смазочного материала пятна на одежде чаше всего являются пятнами расплавленного подкожного жира. При осмотре таких, нередко обугленных, трупов обращают внимание на то, что конечности согнуты и, как и голова, приведены к туловищу (поза боксера или фехтовальщика). Несведущие люди при виде такой позы делают ошибочный вывод о борьбе, предшествовавшей смерти, о сопротивлении человека. Однако такая поза характерна для любого трупа (независимо от причины смерти), который продолжительное времяподвергался действию пламени, способствующему обезвоживанию и большему действию сги-бательных мышц.

При наружном осмотре трупа в этом отношении имеет значение еще один признак — это отсутствие или меньшее обгорание кожи в складках лица, что свидетельствует о зажмуривании живого человека в тот момент, когда пламя достигает его лица. На прижизненность может указывать сильное по сравнению с другими частями тела, обгорание кистей при попытке потушить пламя, сбить его.

Важный вывод о прижизненное&trade; сгорания делается с осторожностью и, как правило, после полного исследования трупа. Одним из самых надежных доказательств прижизненного действия пламени является выявление копоти в дыхательных путях, а также в пищеводе и желудке, а иногда и в кровеносных сосудах, печени, мочевом пузыре. При вскрытии трахеи, бронхов обращают внимание на набухшую ярко-красную слизистую, покрытую налетом копоти. При гистологическом исследовании кусочков легких наблюдаются черноватые включения копоти в альвеолах.

Другое верное доказательство того, что человек горел живым, заключается в обнаружении в крови соединения окиси углерода (неизбежного спутника горения) с гемоглобином крови — карбоксигемоглобина. Для этого исследования кровь берут из сердца или глубоких сосудов и в укупоренных флаконах направляют в судебно-химическую лабораторию. Выявление карбоксигемоглобина свидетельствует о том, что человек горел живым, а установление его содержания более 60% подтверждает, что смерть наступила от отравления окисью углерода даже при наличии смертельных ожогов. Это исследование проводят предварительно и прямо у секционного стола, пользуясь химическим или спектральным методом. Кстати, окись углерода основной, но не единственный яд, который попадает в газообразном состоянии в организм при дыхании человека. В результате сгорания пластика, стеклотканей, коврилина, используемых в жилых помещениях и на транспорте, образуются такие химические соединения, как цианистый водород, акролеин, акроникрил, формальдегид и другие, которые даже в незначительных дозах создают суммарный токсический эффект, либо при обнаружении могут ввести в заблуждение относительно причины смерти, что при некоторых обстоятельствах надо иметь в виду.

Меньшее практическое значение имеет исследование содержимого Ожеговых пузырей на белок, фибрин и лейкоциты. При биохимическом исследовании в жидкости прижизненных пузырей в два раза больше белка, чем в посмертных.

6. ВОПРОС УК-1  ПК-1  ПК-3  ПК-5  ПК-7  ПК-8  ПК-9  ПК-10

Как решается вопрос о наличии прижизненных механических повреждений на обгоревшем трупе?

ОТВЕТ: Этот важный для следствия вопрос в судебно-медицинской практике является очень сложным.

Трудность в том, что, с одной стороны, пламя уничтожает, а с другой, маскирует или изменяет повреждения. И, напротив, пламя приводит к таким посмертно возникающим изменениям, которыесоздают видимость механической прижизненной травмы с последующим неосторожным или умышленным термическим обгорая и-ем этого участка.

В зависимости от степени ожога на их поверхности нс выявляются кровоподтеки, ссадины, при IV степени — даже раны. В иных случаях раны сохраняются, нерезко уменьшаются в размерах, искажается их форма, изменяются признаки. Такие раны с кожным лоскутом извлекаются и помещаются в уксусно-спиртовый раствор с добавлением перекиси водорода для реставрации. Через 2—3 дня кожа становится мягкой, посветлевшей, легко расправляющейся, рана становится похожей на первоначальную.

На. месте сильного обгорания всех слоев тканей невозможно бывает даже выявить перелом кости от действия ограниченным тупым предметом или острым и огнестрельным оружием. Это должно найти правильно сформулированное отражение в выводах.

7. ВОПРОС УК-1  ПК-1  ПК-3  ПК-5  ПК-7  ПК-8  ПК-9  ПК-10

Какие посмертные повреждения могут явиться результатом действия пламени?

ОТВЕТ: На трупе, подвергшемся действию пламени, в зависимости от продолжительности действия, локализации, характера одежды могут наблюдаться особенности, которые приводят к ошибкам и неправильным выводам. При обезвоживании и действии пламени образуются разрывы, которые имеют линейную форму, ровные гладкие края и острые концы, напоминающие резаную рану. Такой, даже предварительный вывод, приводит к ложным версиям, возбуждая воображение близких и свидетелей, и может направить следствие по неверному пути. Нужно иметь в виду, что такие посмертные трещины имеют направление эластических волокон кожи, они очень поверхностные, из их узкого просвета видна неповрежденная буроватая подкожно-жировая клетчатка с волнистым рельефом.

Продолжительное действие пламени на голову приводит к отеканию крови из сосудов в полость между костями свода черепа и твердой мозговой оболочкой. Образованная таким образом посмертная гематома может быть принята за прижизненную черепно-мозговую травму. Поэтому надо обратить внимание на то, что посмертная гематома имеет серповидную, а не веретенообразную форму, сдавливающую мозг, и отделена от мозговой оболочки желеобразной жидкостью, а не сращена с ней, как прижизненная гематома вследствие ЧМТ. Окончательно решает этот вопрос гистологическое исследование головного мозга с оболочками, выявляющее кровоизлияние в прижизненно возникшем повреждении.

Еще одна особенность заключена в том, что при сгорании трупа в одежде последняя уничтожается полностью, но плотно прижатая к телу часть ее (гольфы, лифчик, пояс, застегнутый воротник) повреждаются значительно позже и задерживают под ней сгорание кожи. Поэтому на трупе можно увидеть неповрежденный или менее обожженный участок кожи и, зная объяснение, не сделать ошибочного вывода о странгуляционной борозде. При обгорании трупов до обугливания сгорают не только мягкие ткани, но и обнаженные кости. Они становятся хрупкими, чернеют, внутренние органы резко уменьшаются в размерах, плотнеют.

8. ВОПРОС УК-1  ПК-1  ПК-3  ПК-5  ПК-7  ПК-8  ПК-9  ПК-10

Как при судебно-медицинском исследовании обоженного трупа можно определить самосожжение?

ОТВЕТ: Вопрос о роде смерти решается следственным путем при учете данных судебно-медицинского исследования трупа. При решении вопроса о возможности самосожжения необходимо исключить вероятность механической травмы или других причин наступления смерти, прижизненное&trade; ожога и доказать, что смерть наступила от действия пламени.

Чаще всего самоубийцы обливают себя горючей жидкостью и поджигают. От боли и страха горящий человек обязательно бегает или прижимает тело с горящей одеждой к поверхности грунта, чтобы погасить огонь. Это приводит к тому, что на месте происшествия имеется много лоскутов одежды, волос и следы передвижения, рядом находят канистру или другую посуду. Попытка погасить горящую одежду делается и руками, что приводит к значительным ожогам ладоней. Следует обратить внимание на меньшее поражение подошвы обуви, указывающее на длительное прижатие их при вертикальном положении к земле. При сгорании трупа на нижележащей поверхности остаются неповрежденными прижатая к поверхности одежда и кожные покровы, а отдельные обгоревшие части находятся рядом.

9. ВОПРОС УК-1  ПК-1  ПК-3  ПК-5  ПК-7  ПК-8  ПК-9  ПК-10

Какова причина смерти при термическом ожоге?

ОТВЕТ: В ранние сроки смерть при действии высокой температуры наступает от действия ожогово-го шока. В поздние сроки — от ожоговой болезни, острой почечной недостаточности, острых язв же-лудочно-кишечного тракта и различных инфекций (пневмонии, септикопиемииидр.). При тяжелых ожогах через значительное время может наступить смертельное истощение организма.

10. ВОПРОС УК-1  ПК-1  ПК-3  ПК-5  ПК-7  ПК-8  ПК-9  ПК-10

Каковы возможности судебно-медицинской экспертизы при решении вопроса об идентификации личности пораженного пламенем трупа человека?

ОТВЕТ: При исследовании таких трупов нередко возникает вопрос об установлении личности человека. И без того сложная задача в таких случаях затруднена в связи с отсутствием одежды и обгоранием поверхности кожи, с уничтожением особых примет и особенностей лица, либо иных частей тела, что имеет место при массовых поражениях на пожаре, при авиакатастрофе и т. д.

Иногда труп умершего человека умышленно подвергается сожжению с целью сокрытия преступления, чтобы было невозможно установить личность, решить вопрос о причине и категории смерти. Нередко это нелегкое действие требует предварительного расчленения трупа взрослого человека и наличия достаточного топлива, причем в зависимости от его качества времени для этого потребуется не менее 8—10 часов. При этом остается 2—3 кг золы и немало твердых останков в виде зубов и мелких костей (особенно суставных поверхностей). Следует отметить, что костные останки позволяют определить видовую принадлежность, зубы — индивидуальные особенности. По костным останкам решаются также и другие вопросы. Исследованию подвергается и сама зола, что позволяет спектрографическим путем установить материал сгорания, тип и количество топлива.

11. ВОПРОС УК-1  ПК-1  ПК-3  ПК-5  ПК-7  ПК-8  ПК-9  ПК-10

Может ли смерть наступить от общего перегревания организма и в каких условиях? Как это доказать натрупе?

ОТВЕТ: Известно, что организм человека в норме способен удерживать температуру на уровне 36— 37°С. Изменения температуры тела протекают под влиянием внутренних и внешних факторов, но в определенных пределах, вызывая расстройство здоровья. Однако, ниже +25° и выше +43° начинаются необратимые изменения и наступает смерть человека. Действие высокой температуры на организм может быть общим и местным. Общее действие, перегревание организма, возникает в условиях жаркого климата или неблагоприятной производственной обстановки, когда микроклимат кочегарки на корабле или горячего цеха вызывает через несколько часов серьезное расстройство здоровья. Однако всегда имеет значение не один, фактор, а их комплекс. Из внешних — это прежде всего, помимо высокой температуры, повышенная влажность и отсутствие ветра. Из внутренних — состояние здоровья человека, степень адаптации организма к таким неблагоприятным условиям. Так, при температуре воздуха +30°С и стопроцентной влажности может наступить необратимое перегревание организма. Однако, при большой физической нагрузке, патологических состояниях, в пожилом возрасте смерть наступает и при меньших показателях.

Общее действие в основном бывает двух типов:

тепловой или солнечный удар. Последний отличается преимущественным поражением ЦНС при действии солнечных лучей на голову. Клиническая картина по мере развития характеризуется следующими симптомами: общая слабость, прекращение потоотделения, сухость во рту, жажда, покраснение лица, тошнота, рвота, головная боль, учащение пульса, сердцебиения, дыхания, падение артериального давления. Сонливость, вялость, апатия, сумеречное состояние сменяются возбуждением, бредом, галлюцинациями, судорогами, потерей сознания. При явлениях коллапса наступает смерть. В тяжелых случаях смерть наступает быстро и указанные симптомы малозаметны.

При вскрытии отмечают признаки острой смерти, полнокровие органов, отек легких и скопление слизи в бронхах, отек мозга и мелкоточечные кровоизлияния в мозговые оболочки. Все перечисленные признаки неспецифичны, поэтому предположительный вывод о причине смерти делается лишь при исключении другой причины и с учетом метеорологических факторов и других обстоятельств дела.

12. ВОПРОС УК-1  ПК-1  ПК-3  ПК-5  ПК-7  ПК-8  ПК-9  ПК-10

Какие основные вопросы следует задавать при назначении су дебно-медицинской экспертизы трупа при действии высокой температуры и как их формулировать?

ОТВЕТ: 1. Имеются ли на теле термические ожоги, их локализация, площадь и степень поражения?

2. Нанесены ли ожоги прижизненно?

3. Какой термический фактор явился причиной ожогов (пламенем, горячей жидкостью или горячим газом)?

4. Явились ли термические ожоги причиной смерти?

5. Не имеется ли на трупе повреждений, не связанных с термическим фактором? Если да, то являются ли они прижизненными, каков их характер, каким предметом нанесены и какой вред здоровью они причинили?

6. Не имеется ли возможности идентифицировать личность по обгоревшему трупу?

7. Не принадлежат ли костные останки человеку? Какие идентифицирующие признаки они имеют?

8. Не наступила ли смерть от общего перегревания организма (теплового удара)?

9. Какие внешние и внутренние факторы способствовали наступлению смерти от теплового удара?

**4. Самоконтроль по тестовым заданиям данной темы**

1. СИНДРОМ ОЖОГОВОГО ИСТОЩЕНИЯ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

ПК-5

1) атеросклерозом сосудов

2) крупозной пневмонией

3) менингококкцемией

4) нарушением водно-солевого баланса и развития сепсиса

5) аневризмой сердца

Правильный ответ: 4

1. ПРИ ОЖОГАХ ПЕРВОЙ СТЕПЕНИ МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ ВОЗНИКАЮТ В

ПК-5

1) эпидермисе

2) толще кожи

3) дерме и подкожно-жировой клетчатке

4) фасциях и мышцах

5) костях

Правильный ответ: 1

1. БЕЗ РУБЦОВ ЗАЖИВАЮТ ОЖОГИ

ПК-5

1) 2 степени

2) 3 Б степени

3) 3 А степени

4) 4 степени

5) 1 степени

Правильный ответ: 5

1. «РАСТРЕСКИВАНИЯ» КОЖИ ОТ ДЕЙСТВИЯ ПЛАМЕНИ ПОХОЖИ НА РАНЫ ОТ ВОЗДЕЙСТВИЯ

ПК-5

1) режущих орудий

2) колюще-режущих орудий

3) рубящих орудий

4) огнестрельного оружия

5) пиленых орудий

Правильный ответ: 1

1. ДЛЯ ОЖОГОВЫХ ПУЗЫРЕЙ КОЖИ В ОТЛИЧИИ ОТ ГНИЛОСТНЫХ ХАРАКТЕРНО

ПК-5

1) наличие восстановленного гемоглобина

2) количество общего белка до 2,5 %

3) количество белка до 4,9 %

4) количество белка до 5,9 %

5) количество белка до 6,9 %

Правильный ответ: 3

1. ЗАБОР КРОВИ ИЗ ТРУПА ДЛЯ ИССЛЕДОВАНИЯ НА КАРБОКСИГЕМОГЛОБИН ПРОИЗВОДИТСЯ ИЗ

ПК-5

1) полостей сердца

2) глубоких вен конечностей

3) пазух твердой мозговой оболочки

4) крупных сосудов грудной или брюшной полости

5) из геморроидальных узлов

Правильный ответ: 2

1. ПРОЯВЛЕНИЕМ ПРИЖИЗНЕННОГО МЕСТНОГО ДЕЙСТВИЯ НИЗКОЙ ТЕМПЕРАТУРЫ ЯВЛЯЕТСЯ

ПК-5

1) охлаждение

2) отморожение

3) замерзание

4) оледенение

5) падение температуры тела

Правильный ответ: 2

1. ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ПЕРИОДА ОЖОГОВОГО ШОКА

ПК-5

1) 1-2 дня

2) 3-5 дней

3) одна неделя

4) две недели

5) месяц

Правильный ответ: 1

1. ТРУП, ОБНАРУЖЕННЫЙ НА ПОЖАРЕ В «ПОЗЕ БОКСЕРА», СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ О

ПК-5

1) прижизненном попадании человека в зону пожара

2) посмертном воздействии пламени

3) защите от воздействия пламени

4) смерти от отравления угарным газом

5) смерти от ожогового шока

Правильный ответ: 2

1. ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ПЕРИОДА ОЖОГОВОЙ ТОКСЕМИИ

ПК-5

1) 1-2 дня

2) 3-10 дней

3) 11-21 день

4) 22 дня и более

5) не менее месяца

Правильный ответ: 2

**5. Самоконтроль по ситуационным задачам.**

Задача №1. УК-1  ПК-1  ПК-3  ПК-5  ПК-7  ПК-8  ПК-9  ПК-10

В подвале 01.01с.г., обнаружен труп гр-на Н., 35лет, без одежды. Кожные покровы холодные на ощупь, по типу «гусиной» кожи. В лобной области 3 ссадины 1,5х0,8см, 1,8х1,0см, 2,0х1,0см, с буровато-красным подсохшим дном. Трупные пятна разлитые, розово-красные, на заднебоковых поверхностях тела, при надавливании не бледнеют. Трупное окоченение хорошо выражено во всех группах обычно исследуемых мышц; внутрипеченочная температура 30˚, идиомускулярная опухоль: вмятина на месте удара. … переполнение темно-алой с розоватым оттенком жидкой крови и мелкими свертками в полостях сердца, острое об­щее венозное полнокровие, красный цвет легких на разрезе, слизистая оболочка желудка рыхлая, отечная, с наличием по вершинам складок слизистой буровато-коричневых кровоизлияний в виде «шапочек» (пятна Вишневского),… выраженный отек мягких мозговых оболочек. При лабораторном исследовании: отсутствие зерен гликогена в цитоплазме гепатоцитов, признаки спазмов бронхов в легком, кровоизлияния в слизистую желудка; концентрация глюкозы в крови – 1,3ммоль/л. Этиловый алкоголь в крови 0,4‰, в моче 0,5‰.

Вопросы:

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

Задача № 2. УК-1  ПК-1  ПК-3  ПК-5  ПК-7  ПК-8  ПК-9  ПК-10

Во дворе дома 10.10.с.г., обнаружен труп гр-ки У., 33лет. Трупное окоченение отсутствует во всех группах мышц идиомускулярная опухоль определяется в виде валика высотой 1,5см. Трупные пятна при дозированном давлении исчезают и восстанавливаются через 10сек Температура печени +35,8˚,. Кожные покровы холодные на ощупь, по типу «гусиной» кожи, подтягивание яичек; на передней поверхности правого плеча в нижней трети багрово-синюшный кровоподтек 4х3см… Переполнение камер сердца и просвета крупных со­судов жидкой кровью с рыхлыми свертками… Мелкоточечные темно-коричневые кровоизлияния на вершинах складок слизистой оболочки желудка. Ярко-красные точечные кровоизлияния на слизистой оболочке почечных лоханок. Гистологически: признаки спазма бронхов и гиперсекреция слизи в дыхательных путях, венозное полнокровие внутренних органов, отсутствие зерен гликогена в цитоплазме гепатоцитов. При судебно-химическом исследовании концентрация глюкозы в крови – 1,0ммоль/л, этиловый спирт в крови- 3,0‰, в моче- 2,5‰.

Вопросы:

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

Задача № 3. УК-1  ПК-1  ПК-3  ПК-5  ПК-7  ПК-8  ПК-9  ПК-10

Сосед по даче обнаружил в сарае с признаками насильственной смерти гр-на Ж, 56лет; рядом с трупом куски провода подключенные к розетке. Трупное окоченение отсутствует во всех группах мышц, идиомускулярная опухоль определяется в виде валика высотой 1,5см. Трупные пятна при дозированном надавливании исчезают и восстанавливаются через 10сек. Температура печени +35,0˚. Кожные покровы бледно-серые, холодные. На ладонной поверхности левой кисти, у основания I пальца, повреждение кожи, округлой формы, диаметром 1см, с пергаментным, западающим, темно-серым с голубым оттенком дном, по краям пораженной кожи валикообразные возвышения, в окружности отслаивание и приподнятость эпидермиса виде пузырей без жидкости. … полнокровие внутренних органов, жидкая кровь в полостях и крупных сосудах… Гистологически: в роговом и зернистом слое эпидермиса сотообразные пустоты и щелевидные разрывы, расположенные параллельно поверхности кожи, клетки базального, шиповатого и зернистого слоев вытянуты в виде «частокола» перпендикулярно под небольшим углом к поверхности кожи; острая очаговая деструкция миокарда в виде неравномерного крове­наполнения, фрагментации и контрактурных изменений кардиомиоцитов; острое венозное полнокровие и нарушения микроциркуля­ции во внутренних органах, отек легких и головного мозга. При судебно-химическом исследовании обнаружен этиловый спирт в крови - 1,5‰, в моче – 3,5‰.

Вопросы:

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

Задача № 4. УК-1  ПК-1  ПК-3  ПК-5  ПК-7  ПК-8  ПК-9  ПК-10

Труп гр-на П., 54года, обнаружен на полу в частном доме. Известно, что менял проводку. Трупные пятна идиомускулярная опухоль в виде плотного тяжа высотой 2,0см; температура печени 36,2˚; трупное окоченение выражено в мышцах нижней челюсти, трупные пятна восстанавливаются через 10 сек. На тыльной поверхности I пальца правой руки, дефект ткани в виде ссадины границы размыты, нечеткие, с запавшим дном и валикообразными краями. Гистологическом: в шиповатом слое сотообразные пустоты, расположенные параллельно поверхности кожи, клетки вытянуты в виде «частокола». … жидкая кровь в полостях, полнокровие внутренних органов, множественные кровоизлияния под эпикардом и висцеральной плеврой легких. При судебно-химическом исследовании обнаружен этиловый спирт в крови 0,5 ‰ в моче 1,5‰.

Вопросы:

1. Установить причину смерти.
2. Какова давность наступления смерти.
3. Определить наличие телесных повреждений, указать вид, характер и локализацию повреждений.

4. Установить тяжесть причиненного вреда здоровью.

5. Принимал ли потерпевший незадолго до смерти алкоголь

Задача № 5. УК-1  ПК-1  ПК-3  ПК-5  ПК-7  ПК-8  ПК-9  ПК-10

На садовом участке обнаружен труп гр-ки Т., 45 лет; известно, что поливала цветы, используя электронасоса. Трупные пятна багрово-синюшные, идиомускулярная опухоль в виде плотного тяжа высотой 2,0см; трупное окоченение выражено в мышцах нижней челюсти, трупные пятна восстанавливаются через 12сек., температура печени 37˚. 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‰.

Вопросы:

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

Эталон № 1.

1. Обнаруженная при экспертизе трупа гр-на Н., 35 лет совокупность признаков: ознобление кожных покровов по типу «гусиной» кожи, красный цвет легких на разрезе, слизистая оболочка желудка рыхлая, отечная, с наличием по вершинам складок слизистой буровато-коричневых кровоизлияний в виде «шапочек» (пятна Вишневского),… выраженный отек мягких мозговых оболочек, отсутствие зерен гликогена в цитоплазме гепатоцитов, снижение концентрации глюкозы в крови, признаки спазмов бронхов, а так же признаки асфиксической смерти: острое об­щее венозное полнокровие, переполнение темно-алой с розоватым оттенком жидкой крови и мелкими свертками полостей сердца, есть основание считать, что смерть его наступила в результате общего переохлаждения организма

2. Исходя из трупных явлений на момент обнаружения: трупные при надавливании не бледнеют, трупное окоченение хорошо выражено во всех группах обычно исследуемых мышц, внутрипеченочная температура 30˚, идиомускулярная опухоль: вмятина на месте удара, смерть могла наступить в пределах 9-11часов на момент осмотра трупа.

3. При медицинском исследовании трупа обнаружены: ссадины в лобной области (3), буровато-красное дно ссадины указывает на прижизненность повреждения. Эти повреждения возникли от воздействия твердого тупого предмета (предметов), в период около 12-24 часов к моменту наступления смерти.

4. Выявленные повреждения в связи с наступлением смерти не состоят и согласно пункту 9 раздела № 2 приказа МЗ и СР РФ 194н от 24.04.2008г. расцениваются, как повреждения, не причинившие вред здоровью человека.

5. При судебно-химическом исследовании обнаружен этиловый алкоголь в крови 0,4‰, в моче 0,5‰, что по аналогии с живыми лицами расценивается как незначительное влияние этилового алкоголя на организм.

Эталон № 2.

1. Обнаруженные при экспертизе трупа гр-ки У.33 лет, совокупности признаков: ознабление кожных покровов по типу «гусиной» кожи, отсутствие яичек в мошонке (признак Пупарева), переполнение камер сердца и просвета крупных со­судов жидкой кровью с рыхлыми свертками; мелкоточечные темно-коричневые кровоизлияния на вершинах складок слизистой оболочки желудка, ярко-красные точечные кровоизлияния на слизистой оболочке почечных лоханок (признак Фабрикантова); бронхоспазм и гиперсекреция слизи в дыхательных путях, венозное полнокровие внутренних органов, выраженный отек мягких мозговых оболочек, отсутствие зерен гликогена в цитоплазме гепатоцитов, снижение концентрации глюкозы в крови, есть основание считать, что смерть гр-ки У., 33лет, наступила в результате общего переохлаждения организма

2. Исходя из трупных явлений на момент обнаружения: трупное окоченение отсутствует во всех группах мышц идиомускулярная опухоль определяется в виде валика высотой 1,5см. Трупные пятна при дозированном надавливании исчезают и восстанавливаются через 10сек., температура печени +35,8˚, смерть могла наступить в пределах 3-6 часов на момент осмотра трупа.

3. При наружном исследовании трупа обнаружен кровоподтек, на передней поверхности правого плеча в нижней трети.

4. Учитывая, что цвет багрово-синюшный повреждеие является прижизненным, возникло от воздействия твердого тупого предмета или при ударе о таковой, незадолго до наступления смерти и к причине смерти отношения не имеет, согласно п. 9 раздела №2 приказа МЗиСР РФ 194н от 24.04.2008г. расценивается как повреждение, не причинившее вред здоровью человека.

5. При судебно-химическом исследовании обнаружен этиловый алкоголь в крови 3,0‰, в моче- 2,5‰. Такая концентрация в крови у живых лиц соответствует тяжелой степени опьянения.

Эталон № 3.

1. Обнаруженные при экспертизе трупа гр-на Ж., 56лет повреждения в виде электрометки на ладонной поверх­ности левой кисти у основания I пальца (повреждение кожи, округлой формы, диаметром 1см, с пергаментным, западающим, темно-серым с голубым оттенком дном, по краям пораженной кожи валикообразные возвышения, в окружности отслаивание и приподнятость эпидермиса виде пузырей без жидкости), а также морфологическими признаками быстро наступившей смерти, наличием очаговой деструкции кардиомиоцитов в виде их фрагментации и контрактурных изменений, неравномерным кровенаполнением миокарда, проявлениями острого венозного полнокровия и нарушений микроциркуля­ции во внутренних органах, дает основание считать, что причиной смерти является поражение техническим электричеством.

2. Исходя из трупных явлений: трупное окоченение отсутствует во всех группах мышц, идиомускулярная опухоль определяется в виде валика высотой 1,3см. Трупные пятна при дозированном надавливании исчезают и восстанавливаются через 10сек., температура печени +35,0˚, что свидетельствует о давности наступления смерти в пределах 3-6часов на момент осмотра трупа.

3. При экспертизе трупа обнаружено телесное повреждение в виде электрометки на ладонной поверхности левой кисти.

4. Повреждение образовалось при воздействии технического электричества при непосредст­венном контакте с токонесущим проводником, в состав которого входи­ла предположительно медь, согласно приказу МЗиСР РФ 294н от 24.04.2008г. пункт 6.2.10. отнесена к критериям, характеризующим квалифицирующий признак вреда, опасного для жизни человека, квалифицируется как ТЯЖКИЙ вред здоровью и находятся в прямой причинной связи со смертью.

5. При судебно-химическом исследовании обнаружен алкоголь в крови - 1,5 ‰, в моче – 3,5‰, что соответствует у живых лиц средней степени опьянения, к причине смерти отношение не имеет.

Эталон № 4.

1. Обнаруженные при экспертизе трупа гр-на П., 54 лет, на тыльной поверхности I пальца дефект ткани в виде ссадины с нечеткими границами, с запавшим дном и валикообразными краями. Гистологически: в шиповатом слое сотообразные пустоты, расположенные параллельно поверхности кожи, клетки вытянуты в виде «частокола», дает основание утверждать, смерть наступила вследствие поражения техническим электричеством. Указанный вывод подтверждается обнаружением признаком асфиксической смерти.
2. Согласно трупным явлениям: идиомускулярная опухоль в виде плотного тяжа высотой 2,0см; трупное окоченение выражено в мышцах нижней челюсти, трупные пятна восстанавливаются через 10 сек., температура печени 36,2˚; смерть наступила за 2-3 часа до осмотра трупа на момент обнаружения.
3. Обнаружено повреждение на тыльной поверхности I пальца правой руки дефект ткани: характер, локализация, форма свидетельствует, что он образовался в результате поражения техническим электричеством.
4. При экспертизе трупа обнаружено телесное повреждение в виде электрометки на тыльной поверхности I пальца правой руки. Оно образовалось от воздействии технического электричества при непосредст­венном контакте с токонесущим проводником и согласно приказа МЗиСР РФ 194н от 24.04.2008г. пункт 6.2.10. относится к критериям, характеризующим признак вреда, опасного для жизни человека, квалифицируется как ТЯЖКИЙ вред здоровью. Повреждение электричеством находится в прямой причинной связи со смертью.
5. При судебно-химическом исследовании обнаружен этиловый спирт: в крови – 0,5‰, в моче – 1,5‰. Такая концентрация алкоголя в крови у живых лиц соответствует легкой степени опьянения.

Эталон № 5.

1. Обнаруженные 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. 4.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 МЗиСР РФ 294н от 24.04.2008г. пункт 6.2.10. отнесена к критериям, характеризующим квалифицирующий признак вреда, опасного для жизни человека, квалифицируется как ТЯЖКИЙ вред здоровью и находятся в прямой причинной связи со смертью.

5. 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 алкоголя на организм.

**6. Перечень практических умений**

УК-1  ПК-1  ПК-3  ПК-5  ПК-7  ПК-8  ПК-9  ПК-10

- установить причину смерти;

- провести судебно-медицинское исследование трупа при различных видах насильственной смерти;

- определить степень тяжести телесных повреждений;

- установить причинно-следственную связь между повреждением и неблагоприятным исходом;

- организовать судебно-медицинскую экспертизу вещественных доказательств (изъять, упаковать и направить объекты судебно-медицинской экспертизы на лабораторные исследования);

**7. Рекомендации по выполнению НИР**

Примерная тематика по НИР по теме - не предусмотрена

**8. Рекомендованная литература по теме занятия** (обязательная, дополнительная, электронные ресурсы, включая законодательные и нормативно-правовые документы)

**Занятие № 36**

**1. Индекс** ОД.О.01.1.6.43 **Тема: «Местное и общее действие низкой температуры».**

**2. Форма организации занятия:** подготовка к практическому занятию.

**3. Перечень вопросов для самоподготовки по теме практического занятия**

1. ВОПРОС **.** УК-1  ПК-1  ПК-2  ПК-3  ПК-5  ПК-7  ПК-8  ПК-9  ПК-10

 Каковы последствия действия низкой температуры?

ОТВЕТ: Так же, как и высокая, низкая температура имеет общее и местное действие. Но большее значение в судебно-медицинской практике приобретает общее действие — переохлаждение. Человек без одежды комфортно себя чувствует при температуре воздуха +25°С, но при ее падении даже на 10°С наблюдается расстройство здоровья, что иногда приводит даже к смерти. Адаптационные возможности организма велики, но до определенных пределов. Начинающееся переохлаждение характеризуется рядом симптомов (дрожь, «гусиная кожа», общая слабость, апатия и др.).

Снижение компенсаторных возможностей организма приводит к снижению температуры тела до +27...+30°С, падают все жизненные функции организма, интенсивность обмена веществ, происходит угнетение ЦНС, наступает кислородное голодание, истощение организма и смерть при температуре тела +25°С и ниже. Установление причины смерти основывается на комплексе признаков, выявляемых при наружном осмотре трупа и после его вскрытия и исследования внутренних органов.

2. ВОПРОС **.** УК-1  ПК-1  ПК-2  ПК-3  ПК-5  ПК-7  ПК-8  ПК-9  ПК-10

Какие условия способствуют наступлению и темпу переохлаждения?

ОТВЕТ: Пагубное воздействие на организм помимо низкой температуры окружающей среды оказывает комплекс факторов. Из внешних — это повышенная влажность, ветер, неподвижность, степень укрытия тела и характер одежды, из внутренних — истощение, болезнь или ранение, кровотечение, детский или старческий возраст, степень адаптации, алкогольное опьянение. Кстати, алкоголь способствует понижению температуры тела, так как, расширяя кровеносные сосуды, увеличивает более чем на 20% теплоотдачу, понижает чувствительность к низкой температуре, вызывая безразличие, апатию, сонливость. Поэтому смерть может наступить при различной температуре, в том числе и плюсовой. Более того, треть всех погибших от переохлаждения находилась при температуре воздуха 0...+5°С. Этим объясняется то, что в северных регионах, в Сибири и на Дальнем Востоке этот вид смерти не очень превышает статистические показатели Северного Кавказа.

3. ВОПРОС **.** УК-1  ПК-1  ПК-2  ПК-3  ПК-5  ПК-7  ПК-8  ПК-9  ПК-10

Какие признаки при наружном осмотре трупа имеют место при действии низкой температуры и могут использоваться на месте обнаружения?

ОТВЕТ: На месте обнаружения трупа обращают внимание на характерную позу озябшего человека с приведенными к туловищу, голове и согнутыми в суставах конечностями. Однако она отсутствует у людей в алкогольном опьянении и при усилении мышечной нагрузки незадолго до наступления смерти. Наблюдается бледная «гусиная» кожа, у мужчин сокращение мошонки и смещение яичек, подтянутых кверху (признак Пупаре-ва), ярко-красная головка полового члена (признак Десятого). Трупные пятна приобретают розовый цвет от перенасыщения крови кислородом, проникающим через разрыхленную кожу, что может произойти и посмертно. Важным признаком являются отморожения, морозная эритема, ознобление. О прижизненном действии низкой температуры свидетельствуют также иней на ресницах, льдинки в отверстиях рта и носа, углах глаз, которые редко сохраняются, одежда, примерзшая к ложу, покрытому коркой льда. Отсутствие этих признаков может указывать, что труп откуда-то перенесен. Некоторые авторы отмечают поверхностные ссадины на лице, тыльной поверхности кистей, коленях, которые возникают при частых падениях, особенно у пьяных.

4. ВОПРОС **.** УК-1  ПК-1  ПК-2  ПК-3  ПК-5  ПК-7  ПК-8  ПК-9  ПК-10

Какие признаки смерти от переохлаждения встречаются при вскрытии трупа?

ОТВЕТ: При внутреннем исследовании трупа наблюдаются следующие неспецифические признаки смерти от переохлаждения, имеющие значение в совокупности:

— сочность и полнокровие мягких покровов головы;

— отек мягкой мозговой оболочки мозга;

— ярко-красный цвет крови, особенно в глубоких областях тела;

— переполнение сердца и аорты кровью со сгустками;

— светлая кровь (цвет неспелой вишни) в левой половине сердца по сравнению с правым;

— светло-красные, полнокровные, отечные легкие с пенистой слизью в бронхах;

— уменьшенный, сморщенный, пустой желудок со стекловидной слизью в просвете (признак Пухнаревича);

— кровоизлияния на поверхности слизистой желудка и 12-перстной кишки темно-коричневого цвета, точечное, овальной формы (пятна Вишневского);

— полнокровные почки, в которых под слизистой лоханок наблюдаются мелкие кровоизлияния красного цвета (признак Фабрикантова);

— переполненный прозрачной соломенно-желтой мочей мочевой пузырь;

— выявляемые при гистологическом исследовании почек пролиферативно-дистрофические изменения и некроз клеток эпителия прямых ка-нальцев почек (признак Касьянова);

— выявляемые при биохимическом исследовании отсутствие или резкое снижение количества глюкозы и сахара крови, гликогена в печени и мышцах, липоидов в коре надпочечников.

5. ВОПРОС **.** УК-1  ПК-1  ПК-2  ПК-3  ПК-5  ПК-7  ПК-8  ПК-9  ПК-10

 Какие из перечисленных признаков более определенно свидетельствуют о смерти вследствие действия низкой температуры?

ОТВЕТ: На таком трупе наблюдается три вида морфологических проявлений: признаки прижизненного и посмертного действия низкой температуры и признаки после оттаивания замерзшего трупа. Ни один из множественных прижизненных признаков не бывает всегда. Он может встречаться при других причинах смерти. Поэтому ни один из них не является специфическим, а учитывается в комплексе, с учетом внешних и внутренних факторов, способствующих переохлаждению. При этом вывод может быть сделан не в категоричной, а лишь в вероятностной форме.

Более определенно свидетельствуют о смерти вследствие переохлаждения пятна Вишневского, светло-красная кровь, светло-красные полнокровные отечные легкие, признак Пухнаре-вича, снижение гликогена в крови, печени, миокарде.

6. ВОПРОС **.** УК-1  ПК-1  ПК-2  ПК-3  ПК-5  ПК-7  ПК-8  ПК-9  ПК-10

Каково происхождение смерти от переохлаждения?

ОТВЕТ: Смерть от переохлаждения, как правило, является следствием несчастного случая, более половины из которых в состоянии алкогольного опьянения. Однако описаны случаи убийства, особенно новорожденных детей, оставленных без прикрытия или брошенных в холодную воду. В виде исключения встречаются самоубийства. Один из них исследован аксайским судмед-экспертом, когда был обнаружен в лесополосе труп человека в одних трусах, лежащего на снегу. Рядом с ним была аккуратно сложена его одежда, бутылка из-под водки и письмо о причине самоубийства.

7. ВОПРОС УК-1  ПК-1  ПК-2  ПК-3  ПК-5  ПК-7  ПК-8  ПК-9  ПК-10

Какие изменения при замерзании трупа могут повлиять на результаты исследования?

ОТВЕТ: Прежде всего следует отметить возможность посмертного изменения цвета крови в светло-окрашенный, как это бывает и при жизни. После оттаивания этот цвет темнеет.

Длительное нахождение трупа в условиях низкой температуры приводит к его замерзанию или оледенению. Такие трупы вскрыть технически невозможно без предварительного медленного оттаивания. Замерзание приводит к различным повреждениям, которые следует отличать от прижизненных. Сюда можно отнести отделение эпидермиса, разрывы внутренних органов от льдинок. Но особенно важно ~ это посмертное рас-трескивание или расхождение по швам костей черепа вследствие расширения жидкостей в полости черепа. При оттаивании мягкие ткани пропитываются кровью и все это создает картину черепно-мозговой травмы. В отличие от прижизненных, такие переломы всегда безосколь-чатые, плоскость перелома отвесная, пет повреждений компактного слоя кости.

8. ВОПРОС УК-1  ПК-1  ПК-2  ПК-3  ПК-5  ПК-7  ПК-8  ПК-9  ПК-10

 Каково местное действие низкой температуры?

ОТВЕТ: Местное действие низкой температуры — отморожения, наблюдаются в местах с резкой разницей в температуре по сравнению с организмом в целом. При этом также важным является не только снижение температуры, но и комплекс факторов. Отморожению подвергаются чаще всего выступающие и периферические части тела (нос, уши, пальцы рук, стопы), вследствие нарушения кровообращения в этих местах.

Отморожения и степень, то есть глубину поражения, различают после отогревания тела. Различают 4 степени отморожения, характеристика которых удивительно напоминает определение степени термических ожогов.

Первая степень приводит к отеку и багровой окраске кожи, которые у живого человека исчезают в течение недели. На трупе не выявляется.

Вторая степень характеризуется пузырями, наполненными желтоватой жидкостью, отеком и синюшностью вокруг. Заживление наступает через 2—3 недели и чрезвычайно болезненно. При обеих степенях после полного заживления следов не оставется.

Третья степень определяется по некрозу (омертвению) мягких тканей. Поверхность кожи темно-синюшная, иногда с пузырями, резким отеком кожи. Омертвевшие ткани нагнаиваются, постепенно отторгаются и в течение 1—2 месяцев излечиваются с образованием рубца.

Четвертая степень характеризуется некрозом всей толщи тканей, вплоть до костей. Отторжение омертвевших тканей проходит месяцами и очень болезненно, иногда с отпадением частей.

Отморожения редко являются объектом судеб-но-медицинской экспертизы, ибо обычно бывают результатом несчастного случая. Поводом для экспертизы может быть установление процента стойкой утраты трудоспособности и в очень редких случаях подозрение на получение отморожения с целью членовредительства.

При исследовании трупа человека; умершего от переохлаждения, отморожения могут достигнуть I или II степени и, безусловно, свидетельствуют о пребывании человека в условиях низкой температуры.

9. ВОПРОС **.** УК-1  ПК-1  ПК-2  ПК-3  ПК-5  ПК-7  ПК-8  ПК-9  ПК-10

Основные вопросы и их формулировка при назначении судебно-медицинской экспертизы трупа при подозрении на действие низкой температуры?

ОТВЕТ: 1. Наступила ли смерть от переохлаждения?

2. Какие наружные и внутренние факторы способствовали наступлению смерти от переохлаждения?

3. Какие на трупе имеются механические повреждения? Каким предметом нанесены? Какова их давность и тяжесть вреда здоровью? Как они повлияли на наступление смерти?

4. Не нанесены ли повреждения вследствие действия низкой температуры при падении, передвижении незадолго до смерти?

5. Имеются ли признаки замерзания (оледенения) тела?

6. Какова давность наступления смерти и нахождения трупа в условиях низкой температуры?

**4. Самоконтроль по тестовым заданиям данной темы**

1. О ПРИЖИЗНЕННОМ НАХОЖДЕНИИ ЧЕЛОВЕКА В ЗОНЕ ПОЖАРА СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ

ПК-5

1) поза боксера

2) поза эмбриона

3) наличие копоти в мочевом пузыре

4) наличие карбоксигемоглобина в крови менее 20-25%

5) ожог дыхательных путей и наличие копоти на их слизистой

Правильный ответ: 5

1. ЧИСЛО СТЕПЕНЕЙ ОТМОРОЖЕНИЯ

ПК-5

1) три

2) четыре

3) пять

4) шесть

5) две

Правильный ответ: 2

1. СМЕРТЕЛЬНОЙ КОНЦЕНТРАЦИЕЙ КАРБОКСИГЕМОГЛОБИНА В КРОВИ ЯВЛЯЕТСЯ

ПК-5

1) 10%

2) 40%

3) 50 %

4) 60 % и более

5) 25%

Правильный ответ: 4

1. ПРИ ПОДОЗРЕНИИ НА КРИМИНАЛЬНОЕ СОЖЖЕНИЕ ТРУПА ИССЛЕДУЕТСЯ ЗОЛА С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ МЕТОДОВ

ПК-5

1) биохимического

2) гистологического

3) химического

4) биологического

5) эмиссионно-спектрографического

Правильный ответ: 5

1. АЛКОГОЛЬНОЕ ОПЬЯНЕНИЕ ЧЕЛОВЕКА, ПОДВЕРГШЕГОСЯ ВОЗДЕЙСТВИЮ НИЗКОЙ ТЕМПЕРАТУРЫ, СПОСОБСТВУЕТ

ПК-5

1) согреванию тела

2) пониженной теплоотдаче

3) невозможности замерзания

4) замедлению темпа умирания

5) повышенной теплоотдаче

Правильный ответ: 5

1. СМЕРТЬ НАСТУПАЕТ ПРИ СНИЖЕНИИ ОБЩЕЙ ТЕМПЕРАТУРЫ ТЕЛА ДО

ПК-5

1) 20 градусов

2) 25 градусов

3) 30 градусов

4) 10 градусов

5) 22,5 градуса

Правильный ответ: 1

1. «ПЯТНА ВИШНЕВСКОГО» ЯВЛЯЮТСЯ ПРИЗНАКОМ

ПК-5

1) острой кровопотери

2) механической асфиксии

3) живорожденности

4) воздействия холода

5) воздействия пламени

Правильный ответ: 4

1. ПРИ МЕСТНОМ ВОЗДЕЙСТВИИ НИЗКОЙ ТЕМПЕРАТУРЫ (ОТМОРОЖЕНИЕ 2 СТЕПЕНИ) ЗАЖИВЛЕНИЕ ПРОИСХОДИТ, ОБЫЧНО, ЧЕРЕЗ

ПК-5

1) 5-7 дней

2) 1-2 месяца

3) 26-30 дней

4) 1-4 дня

5) 10-20 дней

Правильный ответ: 5

1. ПРИЗНАК СМЕРТИ ОТ ОБЩЕГО ПЕРЕОХЛАЖДЕНИЯ

ПК-5

1) «пятна Вишневского»

2) «признак Беликова»

3) «пятна Минакова»

4) «пятна Тардье»

5) «признак Фегерлунда»

Правильный ответ: 1

1. РАСТРЕСКИВАНИЕ ЧЕРЕПА В РЕЗУЛЬТАТЕ ЕГО ПРОМЕРЗАНИЯ ОТЛИЧАЕТСЯ ОТ ПРИЖИЗНЕННЫХ ПЕРЕЛОМОВ

ПК-5

1) локализацией

2) направлением линии переломов

3) соотношением признаков сжатия и растяжения костной ткани в краях переломов

4) не отличаются

Правильный ответ: 3

**5. Самоконтроль по ситуационным задачам**

Задача № 1 **.** УК-1  ПК-1  ПК-2  ПК-3  ПК-5  ПК-7  ПК-8  ПК-9  ПК-10

ОБСТОЯТЕЛЬСТВА ДЕЛА: в постановлении указано, что «15.05.2011 в Краевой клинической больнице в отделении реанимации скончалсягр З., 2008г.р., который был доставлен в больницу 27.04.2011г из дома по адресу: Емельяновский район, п. Элита, 2. По предварительным данным гр. З. взялся руками за оголенный электрический провод под напряжением».

Представлена медицинская карта стационарного больного из ККБ на имягр. З., 2008 года рождения, согласно которой доставлен бригадой скорой помощи 27.04.2011г в 12:37 с диагнозом: электротравма, состояние после клинической смерти. Представлена выписка из амбулаторной карты из МУЗ «Емельяновской центральной районной больницы» Элитовской врачебной амбулатории на имягр З., 2008г.р., проживавшего по адресу: Емельяновский район, п. ……..ул……….00, согласно которой: «27 апреля в 11 часов ребенок был доставлен в амбулаторию попутным транспортом бабушкой без признаков жизни. Со слов бабушки электротравма произошла во дворе ее дома в 10:55. Ребенок взялся рукой за оборванный оголенный провод. На момент осмотра ребенок без сознания, кожные покровы бледные, зрачки на свет не реагируют, расширены. Дыхание, сердцебиение и артериальное давление не определяется. Немедленно были начаты реанимационные мероприятия: закрытый массаж сердца, искусственная вентиляция легких методом «рот в рот». Параллельно внутривенно вводились: адреналин, преднизолон, натрий хлорид. При отсутствии эффекта было произведено повторное внутривенное введение этих же препаратов и в той же дозе. Примерно на 20 минуте реанимационных мероприятий появилось сердцебиение, затем самостоятельное дыхание и АД 70/40мм.рт.ст. После чего бледность сохранялась, зрачки стали реагировать на свет, тоны сердца приглушены, аритмичные, дыхание глубокое 12 в минуту. Сознания нет. Прибывшей машиной скорой помощи Емельяновской ЦРБ реберной был госпитализирован в г. Красноярск. Диагноз: поражение электрическим током. Состояние после перенесенной клинической смерти. Кома IIIст.». 27.04.2011г в 12:40 осмотр зав. ожоговым отделением: без сознания, на ИВЛ. Со слов персонала скорой помощи получил удар электрическим током дома у бабушки в п. Элита. Потеря сознания, остановка дыхания, сердечной деятельности, реанимационные мероприятия. Бригадой скорой помощи забран из Емельяновской ЦРБ, доставлен в ККБ, госпитализирован в ОРИТ № 1. Анамнез выяснить из-за отсутствия родителей не удалось. Объективно: состояние крайне тяжелое, сознание угнетено, в мед. седации. Телосложение правильное. Питания нормального. Кожные покровы бледные, чистые. Периферические лимфоузлы не увеличены. Слизистые цианотичные. Язык чистый, влажный. В легких дыхание спонтанное через назотрахеальную трубку, хрипов нет, ЧДД 40 в минуту. Тоны сердца приглушены, ритмичные, ЧСС 150 в минуту, АД 90/40мм.рт.ст. Живот правильной формы, в акте дыхания участвует, при пальпации мягкий, безболезненный. Печень не увеличена. Селезенка, почки не пальпируются. Диурез 50мл по катетеру, светлая. Локально: на правой кисти, по ладонной поверхности 2,3,4 пальцев на ногтевых и средних фалангах раны линейной формы, с обугленными краями, кратерообразный некроз глубиной 0,3см. На левой кисти на ногтевой фаланге большого пальца в 1 межпальцевом промежутке, кратерообразный некроз. Диагноз: электротравма IIIст. Электротермический ожог III-IVст. пальцев обеих кистей.

15.05.2011г дежурный реаниматолог, 08:20: состояние больного с отрицательной динамикой. Сознание угнетено до комы III-IV. Нарастает инотропная стимуляция. АД 40/10мм.рт.ст. пульс 30 в минуту. Объективно: кожные покровы землистого цвета, умеренной влажности. Генерализованная мышечная атония, арефлексия. В легких дыхание проводится во всех отделах, равное, с большим количеством хрипов. Гемодинамика крайне не стадильная. Сердечные тоны ясные, ритмичные. Живот подвздут, газы отходят. Перистальтика вялая. Продолжается АИВЛ. На этом фоне в 08:30 отмечена асистолия. На фоне продленной АИВЛ больному внутривенное струйно введено: адреналин, атропин, преднизолон. Проводился непрямой массаж сердца. В течении 40 минут проводился полный комплекс стандартных реанимационных мероприятий, без эффекта. Сохраняется асистолия. Зрачки равные, полная арефлексия. В 09:10 констатирована смерть. 15.05.2011г посмертный эпикриз: Зубченко Александр Александрович, 18.05.2008 г.р. поступил в ОРИТ № 4 ГКБУЗ ККБ 27.04.2011 года в 12 часов 37 минут. Доставлен бригадой скорой помощи № 4 на спонтанном дыхании с Емельяновской ЦРБ. Диагноз: электротравма 3 ст. (по Березневой). Электрический ожог IIIБ-IV пальцев обеих кистей, состояние после клинической смерти. Состояние при поступлении крайне тяжелое кома III, АИВЛ с момента поступления. Проводилась дезинтоксикационная терапия, переливания одногрупной крови, плазмы. Получал анальгетики, антибиотикик, симптоматическая терапия, перевязки согласно фазам раневого процесса. На фоне проводимой терапии отмечалось тяжелое течение постреанимационной болезни, гиперосмолярная кома. Течение болезни осложнилось сепсисом, двухсторонней пневмонией, синдромом полиорганной недостаточности. Децеребрация. На фоне нарастающих явлений сердечно-легочной недостаточности 15.05.2011 года в 08 часов 40 минут остановка сердечной деятельности. Реанимационные мероприятия без эффекта, в 09 часов 10 минут констатирована смерть. Посмертный клинический диагноз: Основной: Электротравма 3 ст. (по Березневой). Электротермический ожог IIIБ-IV пальцев обеих кистей, состояние после клинической смерти. Осложнения: Сепсис. Двухсторонняя вентиляторассоциированная пневмония. Синдром полиорганной недостаточности. Децеребрация. Постреанимационная болезнь. Церебральная гиперосмолярная кома. Непосредственная причина смерти: Острая сердечно-легочная недостаточность.

НАРУЖНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ: Труп мальчика доставлен без одежды, длина тела 100см, вес 8500кг. Правая кисть в марлевой повязке. Справа в области пахового сгиба в сосуды введены катетеры. В затылочной области дефект кожи с центром в области затылочного бугра прикрытый желтого цвета пленкой, диаметром 4см. Края дефекта набухшие, дном являются покрытая фибрином кость, дно подсохшее, по краям влажное, серого цвета. Трупное окоченение выражено во всех обычно исследуемых группах мышц. Трупные пятна в отлогих местах тела. Правильного телосложения, удовлетворительного питания.

ПОВРЕЖДЕНИЯ: На правой кисти, по ладонной поверхности указательного пальца, распространяясь на 1-ую его фалангу, мягкие ткани мумифицированы, сухие, темно-вишневого с серым оттенком цвета. В основании 3-й фаланги с переходом на ладонь на этом участке кратерообразный дефект ткани, выполненный сухой золотистого цвета коркой, диаметр дефекта 0,5см, глубина его до 0,3см. На среднем пальце в области локтевого ложа дефект эпидермиса покрытый аналогичной сухой коркой, ориентированный у основания ногтя горизонтально, 0,6х0,2см. Слева у основания большого пальца по ладонной поверхности на участке 3х1,5см овальной формы мумифицированное подсыхание ткани, в центре которого кратерообразный дефект диаметром 0,5см, глубиной 0,2см покрытый сухой прозрачной коркой. Аналогичное подсыхание по тыльной поверхности концевой фаланги указательного пальца 2х1см, по ладонной поверхности концевой фаланги безымянного пальца с переходом на подушечку диаметром 0,7см и по подушечки мизинца диаметром 0,3см.

Других повреждений при наружном исследовании не выявлено.

ПОЛОСТЬ ЧЕРЕПА: При отсепаровке кожи в кожно-мышечном лоскуте головы выраженный студневидный отек. По снятию кожного лоскут головы кроме выше описанного дефекта повреждений нет. Отмечается расхождение венечного, лобного, стреловидного и ромбовидного швов до 0,1см между краями костей по стреловидному с кровоизлияниями по ходу швов. При распиле с распила вытекает мутная, окрашенная кровью жидкость. Череп вскрыт угловым распилом. По снятию крыши свода, которая отделилась сама от ТМО, швы свода черепа соединены между собой только соединительно-тканными перемычками. Субдуральное пространство полностью выполнено веществом мозга, поверхность полушарий лакирована. Вес мозга 1400 грамм. Мозжечок и продолговатый мозг при извлечении бесструктурные, расползаются под пальцами. Дифференцировки на серое и белое вещество сохранены, но вещество мозга на разрезах, особенно в субэпендемной зоне и подкорковых ядрах расползается под пальцами. В мягких мозговых оболочках множественные мелкоочаговые кровоизлияния по всем отделам. Отмечается наличие разрывных трещин по сквама латеральному синхондрозу. Разрывная трещина по лямбдовидному шву смыкается с трещиной внутренней костной пластинки по чешуйчатому шву с обеих сторон. При соприкосновении лямбдовидного и чешуйчатого шва внутрь чешуи затылочной кости по внутренней костной пластинке отходят радиальные трещины. Повреждений ТМО не выявлено.

ГРУДНАЯ И БРЮШНАЯ ПОЛОСТИ: Кожные разрезы проводились по методу Медведева. Повреждений в мягких тканях грудной клетки, живота и шеи не выявлено. Органокомплекс извлечен по методу Шора. В брюшной и плевральных полостях по 50мл прозрачной жидкости. Просвет воздухопроводящих путей заполнен прозрачной слизью. Легкие равномерно уплотнены, сине-фиолетового цвета, на разрезах на темно-красном фоне с мелкими желтовато-серыми множественными очагами с гнойным содержимым, размерами с «просяное зерно». В просвете мелких бронхов густой желтый гной. Масса обоих легких 400грамм. Сердце с правильно сформированными сосудами и полостями, массой 100грамм, размером 7,5х6,5х4см. Вскрытие сердца проводилось методом Автандилова. В полостях сердца смешанные сгустки крови. Почки равновелики, бобовидной формы, 6х3х2см, дряблые, эластичны, с сохранением эмбриональной дольчатости, массой 120грамм, слои четко различимы. Селезенка 6х3х1,5см, эластичная, белая пульпа выделяется, соскоба нет, весом 50грамм. Печень 18х12х11х7см, массой 550грамм, дрябло-эластичная с острым передним краем, пестрой окраски из-за множественных очагов жировой дистрофии, желтоватого цвета, диаметром не более 0,5см. В желудке прокрашенные желчью кашицеобразные желтые массы. Содержимое тонкого кишечника свойственное его отделам. В толстом кишечнике плотные каловые массы. Поджелудочная железа обычного вида, резко полнокровная, эластичная, бледно-серая, на разрезах – дольчатого строения.

ПРИМЕЧАНИЕ:

Кусочки внутренних органов направлены в судебно-гистологические отделение для определения патоморфологических изменений.

Вопросы:

1. Какова причина смерти и давность ее наступления?
2. Какова тяжесть причиненного вреда в совокупности и каждого повреждения в отдельности?
3. Через какое время после причинения повреждений наступила смерть?
4. Каково количество ударов, воздействий, которыми причинены повреждения? Какова сила ударов, воздействий?
5. Имеются ли на трупе следы и телесные повреждения, указывающие на возможную борьбу, самооборону?

Эталон:

1. Причиной смерти ребенка явилась электротравма, обусловившая клиническую смерть и гибель головного мозга, что и стало непосредственной причиной смерти 15.05.2011 в 09 часов 10 минут, о чем свидетельствуют записи в истории болезни.
2. При экспертизе трупа обнаружены повреждения в виде электрометок - электротермического ожога III Б-IV пальцев на кистях обеих рук, повреждения являются составной частью электротравмы, которая согласно пункту 4.а Правил определения степени тяжести вреда, причиненного здоровью человека (Постановление Правительства РФ от 17 августа 2007 г. N 522) квалифицируется, как обусловившая тяжкий вред здоровью и имеет прямую причинную связь со смертью.
3. Учитывая, что по данным истории болезни электротравма произошла 27.04.11. в 10 час. 55 смин., а смерть наступила 15.05.2011 в 09 часов 10 минут, смерть наступила через 18 суток, 22 часа 25 мин.
4. Количество воздействий электротока 2-ва – входная электрометка и выходная. Сила тока в бытовой электросети 55 ампер, напряжение 220 вольт.
5. Каких либо признаков борьбы, либо самообороны с электрическим проводом при экспертизе не обнаружено.

Задача № 2 **.** УК-1  ПК-1  ПК-2  ПК-3  ПК-5  ПК-7  ПК-8  ПК-9  ПК-10

ОБСТОЯТЕЛЬСТВА ДЕЛА: в постановлении указано, что «02.06.2010г. в реанимации ожогового центра ККБ скончалась гр. С., 2008г.р. поступившая из г. Сосновоборск. Посмертный диагноз: термический ожог III АБ-IV степени, термоингаляционная травма».

Представлена выписка из истории болезни, С. 1 год 6 месяцев доставлена в реанимационное отделение ЦГБ г. Сосновоборска с диагнозом: ожог туловища, конечностей S до 80% II и III степени. Ожог верхних дыхательных путей. Ожоговый шок II-III степени.

Представлена медицинская карта стационарного больного Краевой клинической больницы на имя гр. С., 2008г.р., дата и время поступления 02.06.2010г. в 13:05, смерть наступила 02.06.2010г. в 15:30.

02.06.10г. в 13:05 Осмотр врача.

Из материалов выписки известно, что травму получила 01.06.10г. Доставлена бригадой скорой помощи из ЦРБ г. Сосновоборск. --- неизвестен. Состояние крайне тяжелое. Развитие соответственно полу, возрасту. Кожные покровы бледные, холодные. Периферические лимфоузлы не увеличены, слизистые закопчены. АИВЛ. Дыхание проводится по всем полям. ЧСС 126 в минуту. Тоны сердца глухие. Живот увеличен в объеме, в акте дыхания участвует. Печень не увеличена, селезенка не пальпируется. По катетеру и гастральному зонду геморрагическое отделяемое.

В области головы, верхних, нижних конечностей, туловище раны багрового цвета, обуглены кожные покровы. Произведены ---- разрезы в области бедер, голеней, ---. ---- -----. Диагноз: Термический ожог IIIА-IIIБ-IV степени головы, туловища, конечностей S 80%. ОДП. Ожоговый шок.

02.06.10г. в 13:40 Рентгенография.

На прямой рентгенограмме органов грудной полости – интенсивное гомогенное затемнение верхней доли правого легкого с границей по междолевой плевре. Купол диафрагмы справа высоко на уровне III ребра. Слева без видимых затемнений. Легочный фон снижен. Заключение: R-картина ателектаза верхней доли правого легкого.

02.06.10г. в 13:00 Совместный осмотр заведующего отделения и реаниматолога.

Ребенок С. 1 год 6 месяцев, доставлена в ОАР № 4 ожогового центра СЛС в крайне тяжелом состоянии с диагнозом: «Термический ожог IIIАБ-IV стадии головы, туловища, конечностей S 80%. Термоингаляционная травма тяжелой степени, ожог дыхательных путей. Отравление продуктами горения. Ожоговый шок крайне тяжелой степени. ДВС с-м». Мед. Седация ---- 0,5%-2,0 через ДЛС. Ребенок переведен на ИВЛ респиратором «--» в режиме CMV-PC, через паротрахеальную интубационную трубку Ф 4,5 (герметизация салфетками). Дыхание проводится в средних и нижних отделах, ослаблено в верхних отделах с обеих сторон. На R-грамме - ателектаз верхушки правого легкого. Из ТБД санируется большое количество слизистой мокроты с примесью ---. В анализах газов кровигипоксемия, декомпенсированный метаболический ацидоз. Инотропная поддержка --- 0,2 мкг-кг/мин. АД 60/20 – 50/10, ЧСС 140 уд. По зонду (назогастральному) геморрагическое отделяемое. По уретральному катетеру 20 мл мочи цвета «мясных помоев». Ребенок доставлен с катетером в подключичной вене справа. УВД 40 мл вод. Ст. С целью проведения противошоковой терапии в ас. Условиях, произведена пункция и катетеризация бедренной вены по Сельдингеру. Установлен катетер Ф1,4g. Ретроградный ток крови темно-вишневого цвета, свободный. Наружный конец катетера фиксирован шелковой --- к коже. Живот не вздут, ----- не слышу.

В 14:50 на фоне ИВЛ, инотропной стимуляции, остановка сердечной деятельности по типу асистолии. Реанимационные мероприятия ---- + непрямой массаж сердца в течении 40 минут без эффекта. В 15:30 констатирована биологическая смерть.

02.06.2010 года Посмертный эпикриз история болезни

С., 2008 года рождения доставлена в ожоговый центр КГБУЗ ККБ 02.06.2010 года в 13 часов 05 минут из ЦГБ г. Сосновоборск в 02 часа 30 минут, ожоги пламенем.

Диагноз: Термический ожог пламенем IIIA-IIIБ-IV степени головы, туловища, верхних и нижних конечностей циркулярно площадью 80% поверхности тела. Ожог дыхательных путей. Крайне тяжелый ожоговый шок.

Состояние при поступлении крайней степени тяжести. АИВЛ с момента поступления, продолжена противошоковая терапия. Произведены некротомические разрезы в области голеней и предплечий. Несмотря на проводимое лечение вывести больную из состояния шока не удалось на фоне нарастающих явлений сердечно-легочной недостаточности в 14 часов 50 минут остановка сердечной деятельности. Реанимационные мероприятия без эффекта в 15 часов 30 минут констатирована смерть.

Заключительный клинический диагноз: Термический ожог пламенем IIIA-IIIБ-IV степени головы, туловища, верхних и нижних конечностей циркулярно площадью 80% поверхности тела. Ожог дыхательных путей. Крайне тяжелый ожоговый шок.

Осложнения: Острая сердечно-легочная недостаточность. Отек легких. Отек мозга.

НАРУЖНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ: Труп ребенка женского пола вес 12,200кг, длинной тела 86см, на кожных покровах обширные участки воздействия высокой температуры в виде дефектов красно-вишневого цвета с подсохшей поверхностью, площадью около 80% поверхности тела. Кожные покровы бледно-серого цвета с синюшным оттенком, покрытые копотью. Из носовых отверстий отмечается выделение светло-красной жидкости. Трупное окоченение хорошо выражено во всех группах мышц. Трупные пятна багрово-синюшного цвета, при надавливание не бледнеют (в стадии имбибиции). Волосы на голове опалены, светло-русого цвета. Отмечается выраженный отек век. Зубы на верхней челюсти справа 1-5 зубы целы, слева 1,3-5 зубы целы. На нижней челюсти справ 1-4 зубы целы, слева 1-4 зубы целы. Лунки отсутствующих зубов заращены, сглажены. Голова правильной формы, кости черепа и лицевого скелета на ощупь целы. Грудная клетка цилиндрическая, эластичная, упругая, ребра на ощупь целы. Живот на одном уровне с грудной клеткой. Слизистая оболочка губ синюшная, влажная. Анальное отверстие сомкнуто, кожа вокруг него чистая. Половые органы развиты правильно, по женскому типу. Кости конечностей целы.

ПОВРЕЖДЕНИЯ: При наружном исследование трупа отмечается обширные следы воздействия высокой температуры, в виде дефектов кожи с розово-красным подсохшим дном и четкими ровными краями, располагающиеся на голове: правой и левой височно-теменных, затылочной областях с переходом на правую, левую щеки, губы, нос, веки; левую, правую и заднюю поверхность шеи; заднюю поверхность грудной клетки до уровня 3-го поясничного позвонка переходом на боковые и переднюю поверхности грудной клети, циркулярно на левой конечности и на внутренней поверхности правой конечности; правую ягодичную область, циркулярно на нижних конечностях на уровне бедер; задней поверхности голеней и на подошвенных поверхностях. На границе лобно-теменных областях отмечается овальной формы кровоизлияние размерами 5,5х3,5см. На верхних конечностях по наружной поверхности предплечий отметаются раны линейной формы с острыми концами и ровными краями длинной 14,5см и 17,5см, в дне раны – подкожно-жировая клетчатка. На нижних конечностях на передней поверхности голеней с переходом на тыльную поверхность стопы аналогичные выше описанным раны длинной 18см. Каких либо друг повреждений не обнаружено. В правой паховой области выстоит венозный катетер.

ВНУТРЕННЕЕ ИССЛЕДОВАНИЕ:

ПОЛОСТЬ ЧЕРЕПА. Кожно-мышечный лоскут головы без кровоизлияний с выраженным студневидным отеком. Кости свода и основания черепа целы. Твердая мозговая оболочка напряжена, серо-перламутрового цвета, блестящая, в синусах ее темная жидкая кровь в большом количестве. В субдуральном пространстве по конвекситальной поверхности затылочных и теменных долей следы жидкой крови, множественные кровоизлияния в толще мягких мозговых оболочек по ходу сосудов. Борозды мозга сглажены, извилины утолщены. Головной мозг массой 1020гр, дряблый, с расползающимся мозолистым телом, на разрезах блестящий, с четким рисунком серого и белого вещества и мраморным рисунком подкорковым ядер. На миндаликах мозжечка кольцевидная полоса вдавления от краев большого затылочного отверстия, шириной 0,3 см, с губовидным выпячиванием вещества мозга внутри кольца и диффузными кровоизлияниями. Желудочки мозга симметричны, обычного объема, эпендима их бледно-серая, блестящая, влажная, в полостях желудочков следы прозрачной соломенного цвета жидкости. Сосудистые сплетения обычного вида, полнокровны.

ОРГАНЫ ШЕИ, ГРУДНОЙ И БРЮШНОЙ ПОЛОСТЕЙ: язык синюшный, влажный, обложен серовато-желтым, не снимающимся налетом. Слизистые оболочки носоглотки розово-синие, влажные, блестящие. В мягких тканях шеи повреждений и кровоизлияний не обнаружено. В брюшной полости содержится около 50 мл прозрачной темно-желтой жидкости. Органы брюшной полости расположены анатомически правильно. Листки брюшины гладкие, влажные, блестящие. Под висцеральной плеврой, особенно, в прикорневых отделах легких и по базальным поверхностям, множественные точечные кровоизлияния, легкие выполняют 2\3 полостей, с блестящей, гладкой и влажной плеврой. В плевральных полостях с обеих сторон около 30-40 мл прозрачной темно-желтой жидкости. Просвет пищевода свободен, слизистая его бледно-серая, продольно складчатая. Подъязычная кость и хрящи гортани целы, в мягких тканях ее повреждений не обнаружено. Хрящи трахеи целы. Щитовидная железа обычных размеров, с равновеликими долями, плотно-эластичная, темно-коричневая, на разрезе полнокровна, дольчатого строения. В просвете трахеи и бронхах большое количество розовато-красной слизи, слизистая поверхность трахеи ярко-розового цвета. Аорта эластична, со следами жидкой крови в просвете. Легкие плотноватые на ощупь, с поверхности серо-синюшного цвета, массой правое 140 гр., левое 120 гр., при разрезе с поверхности разреза стекает большое количество розовой жидкости. В полости перикарда следы прозрачной жидкости, листки его гладкие, влажные, блестящие. Сердце плотное на ощупь, овальной формы, размерами 5,5х6х3 см, массой 40 гр., мышца сердца на разрезе красно-коричневого цвета, толщина миокарда левого желудочка 0,7 см, правого 0,2 см. В полостях сердца немного жидкой темной крови с мелкими единичными темно-вишневыми свертками. Клапанный и пристеночный эндокард тонкий, прозрачный, клапаны сформированы правильно.

В желудке около 30мл кашицеобразной массы с различимыми фрагментами пищи (колбасы). Отмечается обширные мелкоточечные кровоизлияния на передней и задней стенке с распространением на кардиальный отдел желудка. Отмечается множественное сегментарное кровоизлияние длинной от 1 см до 2,5 см в стенке тощей кишки, распространяющееся на прилегающей, слизистая тонкого и толстого кишечника набухшая, темно-розовая с множественными точеными кровоизлияниями. Печень плотная на ощупь, красновато-коричневого цвета с поверхности размерами 16х11х9,5х5 см., массой 350 гр. В желчном пузыре около 5мл светло-оливковой желчи, на разрезе печень красно-коричневого цвета с желтоватым прокрашиванием. Селезенка размерами 7,5х5,5х1,5 см, массой 20 гр., капсула морщинистая, на разрезе ярко-вишневого цвета, пульпа дает скудный соскоб. Поджелудочная железе в виде плотного тяжа, размерами 8х1,5х1,5х1 см. Почки парные бобовидной формы, размерами правая 6,5х3,5х2,5 см, массой 40гр., левая 6,5х3х3 см, массой 40 гр., капсула снимается легко обнажая гладкую, блестящую поверхность, на разрезе розовато-коричневого цвета, границы между слоями практически отсутствуют.Слизистые оболочки лоханок и чашечек бледно-синюшные, гладкие, блестящие, просвет их свободен. Мочеточники проходимы на всем протяжении, с бледно-серой слизистой. Мочевой пузырь пуст, слизистая оболочка его складчатая, бледно-серая, уретра свободно проходима.

Взято: кусочки внутренних органов для наличия патоморфологических изменений.

А К Т Судебно-гистологического исследования. Судебно-медицинским экспертом, произведено исследование кусочков внутренних органов от трупа гр. С.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ.

Трахея субтотальная десквамация слизистой, с умеренным мононуклеарным инфильтратом в подлежащих слоях, агрегация эритроцитов на фоне стаза крови, в сосудах микроциркуляции

Легкие – межальвеолярные перегородки разволокнены, со стазом крови в сосудах крови микроциркуляции, со слабо выраженным мононуклеарным инфильтратом. Воспалительных изменений не выявлено.

Печень – гистоархитектоника печеночных балок не нарушена, умеренный отек пространств Диссе, умеренная пролиферация клеток Купфера, скопление мононуклеаров в триадах и синусоидах. Гепатоциты с зернистой и гиалиновокапельной дистрофией.

Почки – извитые канальцы первого порядка с эктазированным просветом, выполненным мелкозернистыми эозинофильными массами, с зернистой дистрофией эпителия, клубочки малокровны с набуханием мезангия. В части полей зрения ядра эпителия канальцев не определяются. Зернистая дистрофия эпителия прямых и извитых канальцев 2го порядка.

Миокард межуточный отек и малокровие сосудов.

Вопросы:

1. Телесные повреждения?
2. Степень тяжести вреда здоровью?
3. Причина смерти?
4. Наличие наркотических средств в организме?
5. Наличие алкоголя в организме?

Эталон:

1. При судебно-медицинском исследовании трупа обнаружены телесные повреждения в виде термических ожогов IIIA-IIIБ-IV степени головы, туловища, верхних и нижних конечностей циркулярно площадью 80% поверхности тела, ожог дыхательных путей. Указанные повреждения возникли от действия высокой температуры вероятнее всего пламени.
2. Обнаруженные при настоящей экспертизе термические ожоги причинили вред, опасный для жизни человека и согласно пункту 4.а Правил определения степени тяжести вреда, причиненного здоровью человека (Постановление Правительства РФ от 17 августа 2007 г. N 522), квалифицируются, как обусловившие тяжкий вред здоровью. Термические ожоги имеют прямую причинную связь со смертью.
3. Смерть наступила 2.06.10. в 15 час. 30 мин. в результате ожоговой болезни в стадии токсемии, обусловленной термическими ожогами 80% поверхности тела. Вывод подтверждается клинико-морфологической картиной.
4. На наркотические препараты трупный материал не исследовался, т.к. они входят в состав обезболивающих смесей, применяемых при лечении ожогов.
5. Данных в истории болезни о наличия алкоголя в крови пострадавшего не обнаружено.

**Задача № 3 .** УК-1  ПК-1  ПК-2  ПК-3  ПК-5  ПК-7  ПК-8  ПК-9  ПК-10

ОБСТОЯТЕЛЬСТВА ДЕЛА. В направлении на судебно-медицинское исследование трупа не указаны.

Представлена медицинская карта стационарного больного из ГКБ на имя гр. И., 1936 г.р., которая 06.01.08 в 19-50 бригадой скорой помощи была доставлена в 3 хирургическое отделение с нарушением сознания. При поступлении состояние больной тяжелое. Сознание нарушено по типу сопор. Кожные покровы холодные на ощупь со множественными следами расчесов. Подкожная клетчатка умеренно развита. Костно-суставная система без видимой патологии. Дыхание спонтанное, ЧДД 12/мин. ЧСС 60/мин. АД и пульс не определяются. Живот при пальпации мягкий. Печеночная тупость сохранена, печень по краю реберной дуги. Притупления в отлогих местах живота не определяются. Диагноз при поступлении: общее переохлаждение. Педикулез. Больная осмотрена реаниматологом, нейрохирургом. 06.01.08 в 24-00 состояние больной терминальное. АД не определяется, пульс на периферических сосудах не определяется. ЧДД 6/мин. Вызван дежурный реаниматолог. Состояние больной при осмотре – агония. Зрачки равны, широкие, фотореакции не определяется. Арефлексия. Диффузный цианоз, кожа холодная, мраморность кожных покровов. Пальцы конечностей темно-багрового (черного) цвета. ЧД 6-8/мин. Больной произведена катетеризация подключичной вены. На фоне проводимое терапии зафиксирована остановка дыхания и сердечной деятельности 07.01.08 в 6-15, реанимационные мероприятия не проводились, констатирована смерть больной.

ПОСМЕРТНЫЙ ДИАГНОЗ. Общее переохлаждение. Отморожение конечностей, дореактивный период. Осложнения. Полиорганная недостаточность. Сопутствующий. Педикулез.

Алкоголь – данных нет. Данных анализов нет.

НАРУЖНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ. Труп женщины, доставлен без одежды, среднего телосложения, правильного питания, длиной тела 160 см. Кожа бледно-серая, холодная на ощупь во всех отделах, в отлогих местах тела сливные, фиолетовые, не исчезающие и не меняющие цвет при надавливании трупные пятна. Трупное окоченение достаточно выражено во всех обычно исследуемых группах мышц. Склеры глаз мутные, тусклые, суховаты, кровоизлияний в соединительные оболочки глаз не отмечается, зрачки равновелики по 0,4 см диаметром. Голова правильной формы, кости черепа и лицевого скелета на ощупь целы. Грудная клетка цилиндрическая, эластичная, упругая, ребра на ощупь целы. Живот на одном уровне с грудной клеткой. Естественные отверстия тела и полости рта и носоглотки свободны, чистые. Слизистая оболочка губ синюшная, подсохшая. Анальное отверстие сомкнуто. Половые органы развиты правильно. Кости конечностей целы.

ПОВРЕЖДЕНИЯ. Пальцы нижних конечностей и примыкающих отделов стопа на глубину до 2 см черно-красного цвета, влажные, ч четкой границей с неизмененной кожей. Каких-либо других повреждений, кроме следов медицинских манипуляций, при исследовании не обнаружено. При проведении воздушной пробы – воздух из плевральных полостей и полостей сердца не получен. При проведении судебно-медицинского исследования трупа использовались: кожные разрезы по методу Шора.

ВНУТРЕННЕЕ ИССЛЕДОВАНИЕ

Извлечение органокомплекса произведено по методу Шора, с распилом ребер спереди. Череп вскрывался угловым распилом.

Масса органов.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Масса | № 2 | норма |
| Мозг | 1200 | До 1400 |
| Легкое правое | 650 | 450 |
| левое | 610 | 375 |
| Сердце | 410 | 200-400 |
| Печень | 1100 | 1200-2000 |
| Селезенка | 170 | 80-180 |
| Почки обе | 260 | 275-310 |
| Правая/Левая | 130/130 |  |

ПОЛОСТЬ ЧЕРЕПА. Головной мозг исследовался методом Вирхова. Кожно-мышечный лоскут головы блестящий, полнокровный, без кровоизлияний и повреждений. Кости свода и основания черепа целы. Твердая мозговая оболочка напряжена, серо-перламутрового цвета, блестящая, в синусах ее темная жидкая кровь в большом количестве. Субдуральное пространство свободно. Мягкие мозговые оболочки тонкие, прозрачные с полнокровными сосудами, походу которых рассеянные точечные субарахноидальные кровоизлияния в глубине борозд. Борозды мозга несколько сглажены, извилины слегка уплощены. На миндаликах мозжечка кольцевидная полоса вдавления от краев большого затылочного отверстия, шириной 0,3 см, без губовидного выпячивания вещества мозга внутри кольца и без кровоизлияний. Головной мозг дрябло-эластичный, на разрезах с четкой границей серого и белого вещества и мраморным рисунком подкорковых ядер. Поверхности разрезов тускловаты, липнут к лезвию ножа. Желудочки мозга симметричны, обычного объема, эпендима их бледно-серая, блестящая, влажная, в полостях желудочков следы прозрачной соломенного цвета жидкости. Сосудистые сплетения обычного вида, полнокровны.

ОРГАНЫ ШЕИ, ГРУДНОЙ И БРЮШНОЙ ПОЛОСТЕЙ: язык синюшный, влажный, обложен желтым, не снимающимся налетом. Слизистые оболочки носоглотки синюшные, влажные, блестящие. В мягких тканях шеи повреждений и кровоизлияний не обнаружено. В плевральных полостях следы прозрачной жидкости, легкие выполняют 2/3 полостей, с блестящей, гладкой и влажной плеврой. Органы брюшной полости расположены анатомически правильно, в полости следы прозрачной жидкости соломенного цвета. Листки брюшины гладкие, влажные, блестящие. Просвет пищевода свободен, слизистая его бледно-серая, продольно складчатая. Вход и просвет гортани свободен, слизистая оболочка ее бледно-серая. Подъязычная кость и хрящи гортани целы, в мягких тканях ее повреждений не обнаружено. Просвет трахеи и главных бронхов свободен, хрящи трахеи целы. Щитовидная железа обычных размеров, с равновеликими долями, плотно-эластичная, темно-коричневая, на разрезе полнокровна, дольчатого строения. Аорта эластична, со следами жидкой крови в просвете и рассеянными липидными пятнами в интиме. Легкие синюшные в передних и темно-синюшные в задних отделах, тестоватой консистенции, на разрезах темно-красные с обычным рисунком, полнокровны. Слизистые оболочки воздухо-проводящих путей светло-розовые, набухшие, в просвете немного жидкого желтого гноя. Бифуркационные лимфоузлы располагаются в виде пакетов диаметром от 1 до 2 см, эластичные, темно-синюшные, на разрезах сочные, с обычным рисунком. В полости перикарда следы прозрачной жидкости, листки его гладкие, влажные, блестящие. Сердце дрябло-эластичное, 8х11,5х4 см, с избыточным отложением жира под эпикардом. В полостях сердца немного жидкой темной крови. Миокард розовато-синюшный, эластичный, с сетчатым разрастанием соединительной ткани, неравномерного кровенаполнения. Толщина стенки правого желудочка 0,3 см, левого 1,8 см. Клапанный и пристеночный эндокард утолщен, мутный, клапаны сформированы правильно. Коронарные артерии с неравномерно утолщенными стенками за счет полулунных атеросклеротических бляшек с кальцинозом, с облитерацией просвета на 1/5. Желудок пустой, содержимое кишечника отделам соответствует, слизистые оболочки желудочно-кишечного тракта бледно-серые. Мезентериальные лимфоузлы располагаются раздельно, диаметр их не более 1 см, эластичны. Печень 23х13х12х16 см, эластичная, желто-коричневая с поверхности и на разрезах, полнокровная, со смазанным рисунком долек. Просвет внепеченочных желчевыводящих путей свободно проходим. Поджелудочная железа обычных размеров, плотно-эластичная, бледно-серая, на разрезах – дольчатого строения. Селезенка 12х7,5х2 см, эластичная, синюшная с гипоплазией белой пульпы, на разрезах без соскоба, темно-красная. Надпочечники листовидной формы, обычных размеров, на разрезах граница слоев четкая. Почки равновелики, 10х5,5х2,5 см, дрябло-эластичные. Капсула сползает при надрезе, обнажая ровную поверхность. По краю разреза паренхима наползает на капсулу. На разрезах корковый слой - синюшный, с темно-красным крапом и смазанным рисунком, мозговой слой также со смазанным рисунком, граница слоев смазана. Слизистые оболочки лоханок и чашечек бледно-синюшные, гладкие, блестящие, просвет их свободен. Мочеточники проходимы на всем протяжении, с бледно-серой слизистой. Мочевой пузырь с 200 мл прозрачной мочи, слизистая оболочка его складчатая, бледно-серая, уретра свободно проходима.

Из трупа для судебно-гистологического исследования взяты кусочки внутренних органов на патоморфологические изменения. Для судебно-химического исследования кровь и моча на наличие алкоголя.

ДАННЫЕ ДОПОЛНИТЕЛЬНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ.

1. Представлен акт судебно-химического исследования от 23.01.08 г. При судебно-химическом исследовании вещественных доказательств, изъятых при вскрытии трупа, этиловый спирт не обнаружен.
2. А К Т Судебно-гистологического исследования., произведено исследование кусочков внутренних органов от трупа И, 1936 г.р. ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Легкие – деформация бронхов за счет пневмосклероза, эпителий бронхов с активной пролиферацией клеток, гнойный эндобронхит. Умеренный перивазальный склероз, выраженное полнокровие капилляров межальвеолярных перегородок.

Поджелудочная железа – вокруг протоковый и междольковый склероз, стаз крови в сосудах, очаговые жировые некрозы по периферии железы.

Почки – стаз крови в сосудах всех групп, гидропическая дистрофия эпителия канальцев. Воспалительных изменений не выявлено. Очаговый гломерулосклероз.

Селезенка – выраженное полнокровие синусов и пульпы вплоть до паренхиматозных кровоизлияний.

Миокард – простое ожирение, перивазальный склероз, в поляризованном свете контрактурные изменения кардиоцитов, в части кардиоцитов сближение анизотропных дисков.

Головной мозг – выраженный периваскулярный и перицеллюлярный отек, стаз крови в сосудах.

Вопросы:

1. Судебно-медицинский диагноз?
2. Осложнения?
3. Телесные повреждения?
4. Причина смерти?
5. Состояние алкогольного опьянения?

Эталон:

1. Общее переохлаждение с отморожением пальцев стоп.

2.Осложнение: острая сердечно-сосудистая недостаточность - неравномерное кровенаполнение в сосудах микроциркуляции внутренних органов, контрактурные изменения части кардиоцитов 1-2 степени, очаговые жировые некрозы в поджелудочной железе, гидропическая дистрофия эпителия почечных канальцев, выраженный периваскулярный и перицеллюлярный отек головного мозга.

3. При судебно-медицинском исследовании трупа обнаружены следующие телесные повреждения: отморожение пальцев обеих стоп. Повреждения являются проявлением общего переохлаждения, которое квалифицируется, как причинившее вред опасный для жизни человека, обусловило тяжкий вред здоровью и имеет прямую причинную связь со смертью.

1. Смерть наступила в результате общего переохлаждения, осложнившегося острой сердечно-сосудистой недостаточностью с микроциркуляторными нарушениями кровообращения внутренних органов, с контрактурными изменениями клеток сердечной мышцы, микронекрозами в поджелудочной железе, дистрофическими изменениями эпителия почечных канальцев и отеком головного мозга.
2. При судебно-химическом исследовании в крови и моче не обнаружен этиловый спирт.

**Задача № 4 .** УК-1  ПК-1  ПК-2  ПК-3  ПК-5  ПК-7  ПК-8  ПК-9  ПК-10

ОБСТОЯТЕЛЬСТВА ДЕЛА. В направлении на судебно-медицинское исследование трупа не указаны.

Представлена медицинская карта стационарного больного из ГКБ на имя гр. Ю., 1954 г.р., который 29.12.08г. в 1-15 бригадой скорой помощи был доставлен в пульмонологическое отделение. Осмотрен терапевтом. Состояние больного тяжелое. В сознании, ориентирован, критичен. Костно-мышечная система: ампутированы большие пальцы обеих рук. Кожные покровы бледные, обычной влажности. Левая половина грудной клетки отстает при дыхании. Дыхание везикулярное, ослабленное справа. ЧД 18\мин. ЧСС 90\мин. АД 100\60 мм.рт.ст. Живот увеличен в объеме, болезнен в правом подреберье. Печень выступает из под реберной дуги на 4 см. Отеки голеней, стоп. Диагноз: множественные переломы ребер; посттравматическая пневмония справа; сопутствующий цирроз печени? Больной осмотрен зав. отделением, состояние больного тяжелое, в сознании. Выраженные явления энцефалопатии. Жалобы на кашель, боли в грудной клетке справа. Диагноз: внебольничная посттравматическая пневмония справа в нижней доле, средней степени тяжести. Фон. Множественные переломы ребер справа. Сопутствующий. Синдром зависимости от алкоголя, энцефалопатия тяжелой степени. Ссадины и ушибы мягких тканей лица. 29.12.08г. с 16-00 до 24-00 состояние тяжелое, выраженные явления энцефалопатии, снижение памяти, интеллекта, критики, ЧДД 24\мин в легких прежняя аускульт.картина, пульс 84\мин. АД 95\60 мм.рт.ст. 30.11.08г. при осмотре кожные покровы бледные, холодные на ощупь. Пульс, АД не определяются, спонтанного дыхания нет, реакции зрачков на свет нет. Констатирована биологическая смерть.

ПОСМЕРТНЫЙ ДИАГНОЗ. Внебольничная посттравматическая пневмония в нижней доле правого легкого тяжелое течение. Фон. Множественные переломы ребер справа. Конкурирующий. Алкогольная болезнь. Сопутствующий. Энцефалопатия тяжелой степени. Ссадины и ушибы мягких тканей лица.

В медицинской карте имеется протокол рентгенологического исследования от 28.12.08г.: снимки произведена на каталке; травматических повреждений свода черепа не найдено; легочные поля расправлены, гемопневмоторакса нет; справа – множественные переломы ребер со смещением; купол диафрагмы и синус не определяются; в проекции н\доли неоднородное снижение пневмотизаци, не исключается за счет инфильтрации. Заключение: множественные переломы ребер справа; посттравматическая пневмония справа.

Также в медицинской карте имеется сопроводительный лист и талон к сопроводительному листу станции скорой помощи, в котором указано, что гражданина Ю., 54 лет, который был найден 27.12.08г. около 20-40 на ул.Марковского, 21 около гаража на улице, доставлен в ГБ с диагнозом общее переохлаждение.

Алкоголь – данных в медицинской карте нет.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Данные анализов | | | | |
| Параметры  дата | 28.12 |  |  |  |
| эритроциты | 26 |  |  |  |
| Цветной п. | 1,05 |  |  |  |
| гемоглобин | 92 |  |  |  |
| тромбоциты | 312 |  |  |  |
| лейкоциты | 12,6 |  |  |  |
| палочкоядерные | 3 |  |  |  |
| сегментоядерные | 91 |  |  |  |
| лимфоциты | 4 |  |  |  |
| моноциты | 2 |  |  |  |
| Дегенеративные изменения нейтрофилов | +++ |  |  |  |
| Анизоцитоз | + |  |  |  |
| Пойкилоцитоз |  |  |  |  |
| Полихромазия | + |  |  |  |
| РОЭ | 27 |  |  |  |
| Амилаза | 174 |  |  |  |
| мочевина | 9,0 |  |  |  |
| Билирубин общ. | 12,4 |  |  |  |
| Прямой | 4,9 |  |  |  |
| непрямой | 7,5 |  |  |  |
| Белок крови | 66,8 |  |  |  |
| сахар | 5,1 |  |  |  |

НАРУЖНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ. Труп мужчины, доставлен без одежды, среднего телосложения, правильного питания, длиной тела 175 см. Кожа бледно-серая, холодная на ощупь во всех отделах, в отлогих местах тела сливные, фиолетовые, не исчезающие и не меняющие цвет при надавливании трупные пятна. Трупное окоченение достаточно выражено во всех обычно исследуемых группах мышц. Склеры глаз мутные, тусклые, суховаты, кровоизлияний в соединительные оболочки глаз не отмечается, зрачки равновелики по 0,5 см диаметром. Голова правильной формы, кости черепа и лицевого скелета на ощупь целы. Грудная клетка цилиндрическая, эластичная, упругая, ребра на ощупь целы. Живот на одном уровне с грудной клеткой. Естественные отверстия тела и полости рта и носоглотки свободны, чистые. Слизистая оболочка губ синюшная, подсохшая. Анальное отверстие сомкнуто. Половые органы развиты правильно. Кости конечностей целы. Отсутствуют большие пальцы обеих рук, культи эпителизированы.

ПОВРЕЖДЕНИЯ. Слева в лобной области в 3 см от средней линии и на 2 см выше брови округлая ссадина диаметром 2 см. В лобно-теменной области косонаправленная слева направо и спереди назад рана № 1 щелевидной формы, задним концом расположенная на пересечении венечного и стреловидного швов, длиной 4 см, передний конец в 3 см от средней линии. Рана с закругленными краями, прикрыта желто-серой выбухающей коркой. Края раны эпителизируются.

Справа в центре теменного бугра рана, аналогичная по характеристикам ране № 1, длиной 1 см, ориентированная спереди назад, глубиной до кости.

На спинке и кончике носа покрытые бурой выбухающей коркой ссадины: на кончике носа диаметром 0,5 см, на спинке носа 1,5 см.

Каких-либо других повреждений при исследовании не обнаружено. При проведении воздушной пробы – воздух из плевральных полостей и полостей сердца не получен. При проведении судебно-медицинского исследования трупа использовались: кожные разрезы по методу Шора.

ВНУТРЕННЕЕ ИССЛЕДОВАНИЕ

Извлечение органокомплекса произведено по методу Шора, с распилом ребер спереди. Череп вскрывался угловым распилом.

Масса органов.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Масса | № 288 | норма |
| Мозг | 1250 | До 1400 |
| Легкое правое | 600 | 450 |
| левое | 710 | 375 |
| Сердце | 350 | 200-400 |
| Печень | 1600 | 1200-2000 |
| Селезенка | 80 | 80-180 |
| Почки обе |  | 275-310 |
| Правая/Левая | 150\150 |  |

ПОЛОСТЬ ЧЕРЕПА. Кожно-мышечный лоскут головы блестящий, полнокровный, без кровоизлияний и повреждений. Кости свода и основания черепа целы. Твердая мозговая оболочка напряжена, серо-перламутрового цвета, блестящая, в синусах ее темная жидкая кровь в большом количестве. Субдуральное пространство свободно. Мягкие мозговые оболочки тонкие, прозрачные с полнокровными сосудами, походу которых рассеянные точечные субарахноидальные кровоизлияния. Студневидный отек мягких мозговых оболочек. Повреждений вещества мозга нет. Борозды мозга несколько сглажены, извилины слегка уплощены. На миндаликах мозжечка кольцевидная полоса вдавления от краев большого затылочного отверстия, шириной 0,3 см, без губовидного выпячивания вещества мозга внутри кольца и без кровоизлияний. Головной мозг дрябло-эластичный, на разрезах с четкой границей серого и белого вещества и мраморным рисунком подкорковых ядер. Поверхности разрезов тускловаты, липнут к лезвию ножа. Желудочки мозга симметричны, обычного объема, эпендима их бледно-серая, блестящая, влажная, в полостях желудочков следы прозрачной соломенного цвета жидкости. Сосудистые сплетения обычного вида, полнокровны.

ОРГАНЫ ШЕИ, ГРУДНОЙ И БРЮШНОЙ ПОЛОСТЕЙ: язык синюшный, влажный, обложен серовато-желтым, не снимающимся налетом. Слизистые оболочки носоглотки синюшные, влажные, блестящие. В мягких тканях шеи повреждений и кровоизлияний не обнаружено.

Листки плевры слева гладкие, влажные, блестящие. Справа листки плевры покрыты фибринозно-гнойным налетом, толщиной до 0,2см в полости 100 мл густого желто-зеленого гноя. При ревизии плевральных полостей справа множественные консолидированные переломы ребер – по лопаточной линии 3-5, по передне-подмышечной линии 3-6.

Органы брюшной полости расположены анатомически правильно, в полости следы прозрачной жидкости соломенного цвета. Листки брюшины гладкие, влажные, блестящие.

Просвет пищевода свободен, слизистая его бледно-серая, продольно складчатая.

Вход и просвет гортани свободен. Подъязычная кость и хрящи гортани целы, в мягких тканях ее повреждений не обнаружено.

В просвете трахеи и главных бронхов немного жидкого гноя, хрящи трахеи целы.

Щитовидная железа обычных размеров, с равновеликими долями, плотно-эластичная, темно-коричневая, на разрезе полнокровна, дольчатого строения.

Аорта эластична, со смешанными свертками крови в просвете и рассеянными липидными пятнами в интиме.

Правое легкое спавшееся, прижато к позвоночнику, мясистое, на разрезах легкое темно-красное со смазанным рисунком. В верхней доле два очага уплотнения, диаметром по 1,0 см, на разрезах желто-серого цвета с крошащимися массами внутри. Слева легкое тестоватое, с блестящей плеврой и обычным рисунком. Над поверхностями разрезов выступают бронхи в виде «гусиных перьев». В просвете воздухо-проводящих путей немного жидкого желтого гноя, слизистые оболочки гортани, трахеи и бронхов гиперемированы, отечны с налетом фибрина.

Бифуркационные лимфоузлы располагаются в виде пакетов диаметром от 1 до 2 см, эластичные, темно-синюшные, на разрезах сочные, с обычным рисунком. В полости перикарда следы прозрачной жидкости, листки его гладкие, влажные, блестящие. Сердце 12х11х10 см, с избыточным отложением жира под эпикардом. В полостях сердца смешанные свертки крови. Миокард розовато-синюшный, эластичный, с неравномерного кровенаполнения. Толщина стенки правого желудочка 0,6 см, левого 1,2 см. Клапанный и пристеночный эндокард тонкий, прозрачный, клапаны сформированы правильно. Коронарные артерии с тонкими стенками, пустым просветом.

Желудок пустой, содержимое кишечника отделам соответствует, слизистые оболочки желудочно-кишечного тракта бледно-серые. Мезентериальные лимфоузлы располагаются раздельно, диаметр их не более 1 см, эластичны. Печень 27х16х14х10 см коричневая с желтым оттенком плотно-эластичная, крупнобугристая, полнокровная, со смазанным рисунком долек. Просвет внепеченочных желчевыводящих путей свободно проходим. Поджелудочная железа обычных размеров, плотно-эластичная, бледно-серая, на разрезах – дольчатого строения. Селезенка 6х5х4 см, дряблая, синюшная, с гипоплазией белой пульпы, на разрезах с обильным соскобом. Надпочечники листовидной формы, обычных размеров, на разрезах граница слоев четкая. Почки равновелики, по 11х6х4 см, дрябло-эластичные. Капсула сползает при надрезе, обнажая ровную поверхность. По краю разреза паренхима наползает на капсулу. На разрезах корковый слой - синюшный, с темно-красным крапом и подчеркнутым рисунком, мозговой слой также с подчеркнутым рисунком, граница слоев отчетливо. Слизистые оболочки лоханок и чашечек бледно-синюшные, гладкие, блестящие, просвет их свободен. Мочеточники проходимы на всем протяжении, с бледно-серой слизистой. Мочевой пузырь с 20 мл прозрачной мочи, слизистая оболочка его складчатая, бледно-серая, уретра свободно проходима.

Из трупа для судебно-гистологического исследования взяты кусочки внутренних органов на патоморфологические изменения. Для судебно-гистологического исследования фрагмент печени на гликоген. Для судебно-химического исследования кровь и моча на определение алкоголя.

ДАННЫЕ ДОПОЛНИТЕЛЬНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ.

Представлен акт судебно-химического исследования от 20.01.09г. При судебно-химическом исследовании вещественных доказательств, изъятых при вскрытии трупа, этиловый спирт не обнаружен.

Вопросы:

* 1. Судебно-медицинский диагноз?
  2. Осложнения?
  3. Сопутствующие?
  4. Причина смерти?
  5. Телесные повреждения?

Эталон:

1. Общее переохлажение - гликогенолиз в печени, релаксация саркомеров кардиоцитов, массивное выпадение нейронов коры головного мозга с полной потерей гистоархитектоники.

2. Осложнения: острая легочно-сердечная недостаточность - правосторонний гнойный плеврит (эмпиема плевры), дистелектаз правого легкого, гнойный эндобронхит, отек и набухание головного мозга; отек легких; венозное полнокровие внутренних органов.

3. Сопутствующие: консолидированные переломы ребер справа, ушибленные раны головы в стадии заживления с гнойно-гранулирующим воспалением в краях, два мелких очага туберкулезного воспаления в верхней доле правого легкого.

1. Смерть наступила в результате общего переохлаждения, проявлениями которого стали гликогенолиз в печени, релаксация саркомеров кардиоцитов, массивное выпадение нейронов коры головного мозга с полной потерей гистоархитектоники. Общее переохлаждение осложнилось правосторонним гнойным плевритом, дистелектазом правого легкого, гнойным эндобронхитом и острой легочно-сердечной недостаточностью. Заключение подтверждается клинически (клинически левая половина грудной клетки отстает при дыхании. Жалобы на кашель, боли в грудной клетке справа, пострадавший был найден 27.12.08г. около 20-40 на ул. Марковского, 21 около гаража на улице, доставлен в ГБ № 6 с диагнозом общее переохлаждение) и морфологически (гликогенолиз в печени, релаксация саркомеров кардиоцитов, массивное выпадение нейронов коры головного мозга с полной потерей гистоархитектоники), а так же наличием эмпиемы в правой плевральной полости и гнойного эндобронхита.
2. При судебно-медицинском исследовании трупа обнаружены следующие телесные повреждения: консолидированные переломы ребер справа, ушибленные раны головы в стадии заживления с гнойно-гранулирующим воспалением в краях. Указанные повреждения на момент исследования трупа находятся в хроническом периоде, установить их давность не представляется возможным (но более 2-х недель) и в причинной связи со смертью повреждения не состоят.

**Задача № 5.** УК-1  ПК-1  ПК-2  ПК-3  ПК-5  ПК-7  ПК-8  ПК-9  ПК-10

ОБСТОЯТЕЛЬСТВА ДЕЛА. В направлении на судебно-медицинское исследование трупа не указаны.Представлена медицинская карта стационарного больного из ГКБ на имя гр. Ю., 1954 г.р., который 29.12.08г. в 1-15 бригадой скорой помощи был доставлен в пульмонологическое отделение. Осмотрен терапевтом. Состояние больного тяжелое. В сознании, ориентирован, критичен. Костно-мышечная система: ампутированы большие пальцы обеих рук. Кожные покровы бледные, обычной влажности. Левая половина грудной клетки отстает при дыхании. Дыхание везикулярное, ослабленное справа. ЧД 18\мин. ЧСС 90\мин. АД 100\60 мм.рт.ст. Живот увеличен в объеме, болезнен в правом подреберье. Печень выступает из под реберной дуги на 4 см. Отеки голеней, стоп. Диагноз: множественные переломы ребер; посттравматическая пневмония справа; сопутствующий цирроз печени? Больной осмотрен зав. отделением, состояние больного тяжелое, в сознании. Выраженные явления энцефалопатии. Жалобы на кашель, боли в грудной клетке справа. Диагноз: внебольничная посттравматическая пневмония справа в нижней доле, средней степени тяжести. Фон. Множественные переломы ребер справа. Сопутствующий. Синдром зависимости от алкоголя, энцефалопатия тяжелой степени. Ссадины и ушибы мягких тканей лица. 29.12.08г. с 16-00 до 24-00 состояние тяжелое, выраженные явления энцефалопатии, снижение памяти, интеллекта, критики, ЧДД 24\мин в легких прежняя аускульт.картина, пульс 84\мин. АД 95\60 мм.рт.ст. 30.11.08г. при осмотре кожные покровы бледные, холодные на ощупь. Пульс, АД не определяются, спонтанного дыхания нет, реакции зрачков на свет нет. Констатирована биологическая смерть.

ПОСМЕРТНЫЙ ДИАГНОЗ. Внебольничная посттравматическая пневмония в нижней доле правого легкого тяжелое течение. Фон. Множественные переломы ребер справа. Конкурирующий. Алкогольная болезнь. Сопутствующий. Энцефалопатия тяжелой степени. Ссадины и ушибы мягких тканей лица.

В медицинской карте имеется протокол рентгенологического исследования от 28.12.08г.: снимки произведена на каталке; травматических повреждений свода черепа не найдено; легочные поля расправлены, гемопневмоторакса нет; справа – множественные переломы ребер со смещением; купол диафрагмы и синус не определяются; в проекции н\доли неоднородное снижение пневмотизаци, не исключается за счет инфильтрации. Заключение: множественные переломы ребер справа; посттравматическая пневмония справа.

Также в медицинской карте имеется сопроводительный лист и талон к сопроводительному листу станции скорой помощи, в котором указано, что гр. Ю., 54 лет, который был найден 27.12.08г. около 20-40 на ул.Марковского, 21 около гаража на улице, доставлен в ГБ с диагнозом общее переохлаждение.

Алкоголь – данных в медицинской карте нет.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Данные анализов | | | | |
| Параметры  дата | 28.12 |  |  |  |
| эритроциты | 26 |  |  |  |
| Цветной п. | 1,05 |  |  |  |
| гемоглобин | 92 |  |  |  |
| тромбоциты | 312 |  |  |  |
| лейкоциты | 12,6 |  |  |  |
| палочкоядерные | 3 |  |  |  |
| сегментоядерные | 91 |  |  |  |
| лимфоциты | 4 |  |  |  |
| моноциты | 2 |  |  |  |
| Дегенеративные изменения нейтрофилов | +++ |  |  |  |
| Анизоцитоз | + |  |  |  |
| Пойкилоцитоз |  |  |  |  |
| Полихромазия | + |  |  |  |
| РОЭ | 27 |  |  |  |
| Амилаза | 174 |  |  |  |
| мочевина | 9,0 |  |  |  |
| Билирубин общ. | 12,4 |  |  |  |
| Прямой | 4,9 |  |  |  |
| непрямой | 7,5 |  |  |  |
| Белок крови | 66,8 |  |  |  |
| сахар | 5,1 |  |  |  |

НАРУЖНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ. Труп мужчины, доставлен без одежды, среднего телосложения, правильного питания, длиной тела 175 см. Кожа бледно-серая, холодная на ощупь во всех отделах, в отлогих местах тела сливные, фиолетовые, не исчезающие и не меняющие цвет при надавливании трупные пятна. Трупное окоченение достаточно выражено во всех обычно исследуемых группах мышц. Склеры глаз мутные, тусклые, суховаты, кровоизлияний в соединительные оболочки глаз не отмечается, зрачки равновелики по 0,5 см диаметром. Голова правильной формы, кости черепа и лицевого скелета на ощупь целы. Грудная клетка цилиндрическая, эластичная, упругая, ребра на ощупь целы. Живот на одном уровне с грудной клеткой. Естественные отверстия тела и полости рта и носоглотки свободны, чистые. Слизистая оболочка губ синюшная, подсохшая. Анальное отверстие сомкнуто. Половые органы развиты правильно. Кости конечностей целы. Отсутствуют большие пальцы обеих рук, культи эпителизированы.

ПОВРЕЖДЕНИЯ. Слева в лобной области в 3 см от средней линии и на 2 см выше брови округлая ссадина диаметром 2 см. В лобно-теменной области косонаправленная слева направо и спереди назад рана № 1 щелевидной формы, задним концом расположенная на пересечении венечного и стреловидного швов, длиной 4 см, передний конец в 3 см от средней линии. Рана с закругленными краями, прикрыта желто-серой выбухающей коркой. Края раны эпителизируются.

Справа в центре теменного бугра рана, аналогичная по характеристикам ране № 1, длиной 1 см, ориентированная спереди назад, глубиной до кости.

На спинке и кончике носа покрытые бурой выбухающей коркой ссадины: на кончике носа диаметром 0,5 см, на спинке носа 1,5 см.

Каких-либо других повреждений при исследовании не обнаружено. При проведении воздушной пробы – воздух из плевральных полостей и полостей сердца не получен. При проведении судебно-медицинского исследования трупа использовались: кожные разрезы по методу Шора.

ВНУТРЕННЕЕ ИССЛЕДОВАНИЕ

Извлечение органокомплекса произведено по методу Шора, с распилом ребер спереди. Череп вскрывался угловым распилом.

Масса органов.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Масса | № 288 | норма |
| Мозг | 1250 | До 1400 |
| Легкое правое | 600 | 450 |
| левое | 710 | 375 |
| Сердце | 350 | 200-400 |
| Печень | 1600 | 1200-2000 |
| Селезенка | 80 | 80-180 |
| Почки обе |  | 275-310 |
| Правая/Левая | 150\150 |  |

ПОЛОСТЬ ЧЕРЕПА. Кожно-мышечный лоскут головы блестящий, полнокровный, без кровоизлияний и повреждений. Кости свода и основания черепа целы. Твердая мозговая оболочка напряжена, серо-перламутрового цвета, блестящая, в синусах ее темная жидкая кровь в большом количестве. Субдуральное пространство свободно. Мягкие мозговые оболочки тонкие, прозрачные с полнокровными сосудами, походу которых рассеянные точечные субарахноидальные кровоизлияния. Студневидный отек мягких мозговых оболочек. Повреждений вещества мозга нет. Борозды мозга несколько сглажены, извилины слегка уплощены. На миндаликах мозжечка кольцевидная полоса вдавления от краев большого затылочного отверстия, шириной 0,3 см, без губовидного выпячивания вещества мозга внутри кольца и без кровоизлияний. Головной мозг дрябло-эластичный, на разрезах с четкой границей серого и белого вещества и мраморным рисунком подкорковых ядер. Поверхности разрезов тускловаты, липнут к лезвию ножа. Желудочки мозга симметричны, обычного объема, эпендима их бледно-серая, блестящая, влажная, в полостях желудочков следы прозрачной соломенного цвета жидкости. Сосудистые сплетения обычного вида, полнокровны.

ОРГАНЫ ШЕИ, ГРУДНОЙ И БРЮШНОЙ ПОЛОСТЕЙ: язык синюшный, влажный, обложен серовато-желтым, не снимающимся налетом. Слизистые оболочки носоглотки синюшные, влажные, блестящие. В мягких тканях шеи повреждений и кровоизлияний не обнаружено.

Листки плевры слева гладкие, влажные, блестящие. Справа листки плевры покрыты фибринозно-гнойным налетом, толщиной до 0,2см в полости 100 мл густого желто-зеленого гноя. При ревизии плевральных полостей справа множественные консолидированные переломы ребер – по лопаточной линии 3-5, по передне-подмышечной линии 3-6.

Органы брюшной полости расположены анатомически правильно, в полости следы прозрачной жидкости соломенного цвета. Листки брюшины гладкие, влажные, блестящие.

Просвет пищевода свободен, слизистая его бледно-серая, продольно складчатая.

Вход и просвет гортани свободен. Подъязычная кость и хрящи гортани целы, в мягких тканях ее повреждений не обнаружено.

В просвете трахеи и главных бронхов немного жидкого гноя, хрящи трахеи целы.

Щитовидная железа обычных размеров, с равновеликими долями, плотно-эластичная, темно-коричневая, на разрезе полнокровна, дольчатого строения.

Аорта эластична, со смешанными свертками крови в просвете и рассеянными липидными пятнами в интиме.

Правое легкое спавшееся, прижато к позвоночнику, мясистое, на разрезах легкое темно-красное со смазанным рисунком. В верхней доле два очага уплотнения, диаметром по 1,0 см, на разрезах желто-серого цвета с крошащимися массами внутри. Слева легкое тестоватое, с блестящей плеврой и обычным рисунком. Над поверхностями разрезов выступают бронхи в виде «гусиных перьев». В просвете воздухо-проводящих путей немного жидкого желтого гноя, слизистые оболочки гортани, трахеи и бронхов гиперемированы, отечны с налетом фибрина.

Бифуркационные лимфоузлы располагаются в виде пакетов диаметром от 1 до 2 см, эластичные, темно-синюшные, на разрезах сочные, с обычным рисунком. В полости перикарда следы прозрачной жидкости, листки его гладкие, влажные, блестящие. Сердце 12х11х10 см, с избыточным отложением жира под эпикардом. В полостях сердца смешанные свертки крови. Миокард розовато-синюшный, эластичный, с неравномерного кровенаполнения. Толщина стенки правого желудочка 0,6 см, левого 1,2 см. Клапанный и пристеночный эндокард тонкий, прозрачный, клапаны сформированы правильно. Коронарные артерии с тонкими стенками, пустым просветом.

Желудок пустой, содержимое кишечника отделам соответствует, слизистые оболочки желудочно-кишечного тракта бледно-серые. Мезентериальные лимфоузлы располагаются раздельно, диаметр их не более 1 см, эластичны. Печень 27х16х14х10 см коричневая с желтым оттенком плотно-эластичная, крупнобугристая, полнокровная, со смазанным рисунком долек. Просвет внепеченочных желчевыводящих путей свободно проходим. Поджелудочная железа обычных размеров, плотно-эластичная, бледно-серая, на разрезах – дольчатого строения. Селезенка 6х5х4 см, дряблая, синюшная, с гипоплазией белой пульпы, на разрезах с обильным соскобом. Надпочечники листовидной формы, обычных размеров, на разрезах граница слоев четкая. Почки равновелики, по 11х6х4 см, дрябло-эластичные. Капсула сползает при надрезе, обнажая ровную поверхность. По краю разреза паренхима наползает на капсулу. На разрезах корковый слой - синюшный, с темно-красным крапом и подчеркнутым рисунком, мозговой слой также с подчеркнутым рисунком, граница слоев отчетливо. Слизистые оболочки лоханок и чашечек бледно-синюшные, гладкие, блестящие, просвет их свободен. Мочеточники проходимы на всем протяжении, с бледно-серой слизистой. Мочевой пузырь с 20 мл прозрачной мочи, слизистая оболочка его складчатая, бледно-серая, уретра свободно проходима.

Из трупа для судебно-гистологического исследования взяты кусочки внутренних органов на патоморфологические изменения. Для судебно-гистологического исследования фрагмент печени на гликоген. Для судебно-химического исследования кровь и моча на определение алкоголя.

ДАННЫЕ ДОПОЛНИТЕЛЬНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ.

Представлен акт судебно-химического исследования от 20.01.09г. При судебно-химическом исследовании вещественных доказательств, изъятых при вскрытии трупа, этиловый спирт не обнаружен.

Вопросы:

1. Судебно-медицинский диагноз?

2. Осложнения?

3. Сопутствующие?

4. Причина смерти?

5. Телесные повреждения?

Эталон:

1. Общее переохлажение - гликогенолиз в печени, релаксация саркомеров кардиоцитов, массивное выпадение нейронов коры головного мозга с полной потерей гистоархитектоники.

2. Осложнения: острая легочно-сердечная недостаточность - правосторонний гнойный плеврит (эмпиема плевры), дистелектаз правого легкого, гнойный эндобронхит, отек и набухание головного мозга; отек легких; венозное полнокровие внутренних органов.

3. Сопутствующие: консолидированные переломы ребер справа, ушибленные раны головы в стадии заживления с гнойно-гранулирующим воспалением в краях, два мелких очага туберкулезного воспаления в верхней доле правого легкого.

1. Смерть наступила в результате общего переохлаждения, проявлениями которого стали гликогенолиз в печени, релаксация саркомеров кардиоцитов, массивное выпадение нейронов коры головного мозга с полной потерей гистоархитектоники. Общее переохлаждение осложнилось правосторонним гнойным плевритом, дистелектазом правого легкого, гнойным эндобронхитом и острой легочно-сердечной недостаточностью. Заключение подтверждается клинически (клинически левая половина грудной клетки отстает при дыхании. Жалобы на кашель, боли в грудной клетке справа, пострадавший был найден 27.12.08г. около 20-40 на ул. Марковского, 21 около гаража на улице, доставлен в ГБ № 6 с диагнозом общее переохлаждение) и морфологически (гликогенолиз в печени, релаксация саркомеров кардиоцитов, массивное выпадение нейронов коры головного мозга с полной потерей гистоархитектоники), а так же наличием эмпиемы в правой плевральной полости и гнойного эндобронхита.
2. При судебно-медицинском исследовании трупа обнаружены следующие телесные повреждения: консолидированные переломы ребер справа, ушибленные раны головы в стадии заживления с гнойно-гранулирующим воспалением в краях. Указанные повреждения на момент исследования трупа находятся в хроническом периоде, установить их давность не представляется возможным (но более 2-х недель) и в причинной связи со смертью повреждения не состоят.

**Задача № 5.**

Сосед по даче обнаружил в сарае с признаками насильственной смерти гр-на К, 44 года; рядом с трупом куски провода подключенные к розетке. Трупное окоченение отсутствует во всех группах мышц, идиомускулярная опухоль определяется в виде валика высотой 1,5см. Трупные пятна при дозированном надавливании исчезают и восстанавливаются через 10сек. Температура печени +35,0˚. Кожные покровы бледно-серые, холодные. На ладонной поверхности левой кисти, у основания I пальца, повреждение кожи, округлой формы, диаметром 1см, с пергаментным, западающим, темно-серым с голубым оттенком дном, по краям пораженной кожи валикообразные возвышения, в окружности отслаивание и приподнятость эпидермиса виде пузырей без жидкости. … полнокровие внутренних органов, жидкая кровь в полостях и крупных сосудах… Гистологически: в роговом и зернистом слое эпидермиса сотообразные пустоты и щелевидные разрывы, расположенные параллельно поверхности кожи, клетки базального, шиповатого и зернистого слоев вытянуты в виде «частокола» перпендикулярно под небольшим углом к поверхности кожи; острая очаговая деструкция миокарда в виде неравномерного крове­наполнения, фрагментации и контрактурных изменений кардиомиоцитов; острое венозное полнокровие и нарушения микроциркуля­ции во внутренних органах, отек легких и головного мозга. При судебно-химическом исследовании обнаружен этиловый спирт в крови - 1,5‰, в моче – 3,5‰.

Влпросы:

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

Эталон № 5.

1. Обнаруженные при экспертизе трупа гр-на К., 44года повреждения в виде электрометки на ладонной поверх­ности левой кисти у основания I пальца (повреждение кожи, округлой формы, диаметром 1см, с пергаментным, западающим, темно-серым с голубым оттенком дном, по краям пораженной кожи валикообразные возвышения, в окружности отслаивание и приподнятость эпидермиса виде пузырей без жидкости), а также морфологическими признаками быстро наступившей смерти, наличием очаговой деструкции кардиомиоцитов в виде их фрагментации и контрактурных изменений, неравномерным кровенаполнением миокарда, проявлениями острого венозного полнокровия и нарушений микроциркуля­ции во внутренних органах, дает основание считать, что причиной смерти является поражение техническим электричеством.

2. Исходя из трупных явлений: трупное окоченение отсутствует во всех группах мышц, идиомускулярная опухоль определяется в виде валика высотой 1,3см. Трупные пятна при дозированном надавливании исчезают и восстанавливаются через 10сек., температура печени +35,0˚, что свидетельствует о давности наступления смерти в пределах 3-6часов на момент осмотра трупа.

3. При экспертизе трупа обнаружено телесное повреждение в виде электрометки на ладонной поверхности левой кисти.

4. Повреждение образовалось при воздействии технического электричества при непосредст­венном контакте с токонесущим проводником, в состав которого входи­ла предположительно медь, согласно приказу МЗиСР РФ 294н от 24.04.2008г. пункт 6.2.10. отнесена к критериям, характеризующим квалифицирующий признак вреда, опасного для жизни человека, квалифицируется как ТЯЖКИЙ вред здоровью и находятся в прямой причинной связи со смертью.

5. При судебно-химическом исследовании обнаружен алкоголь в крови - 1,5 ‰, в моче – 3,5‰, что соответствует у живых лиц средней степени опьянения, к причине смерти отношение не имеет.

**6. Перечень практических умений по изучаемой теме**

УК-1  ПК-1  ПК-2  ПК-3  ПК-5  ПК-7  ПК-8  ПК-9  ПК-10

- установить причину смерти;

- провести судебно-медицинское исследование трупа при различных видах насильственной смерти;

- определить степень тяжести телесных повреждений;

- установить причинно-следственную связь между повреждением и неблагоприятным исходом;

- организовать судебно-медицинскую экспертизу вещественных доказательств (изъять, упаковать и направить объекты судебно-медицинской экспертизы на лабораторные исследования);

**7. Рекомендации по выполнению НИР**

Примерная тематика по НИР по теме - не предусмотрена.

**8. Рекомендованная литература по теме занятия** (обязательная, дополнительная, электронные ресурсы, включая законодательные и нормативно-правовые документы)

**Занятие № 37**

**1. Индекс** ОД.О.01.1.6.44 **Тема: «Электротаравма».**

**2. Форма организации занятия:** подготовка к практическому занятию.

**3. Перечень вопросов для самоподготовки по теме практического занятия**

1. ВОПРОС УК-1  ПК-1  ПК-2  ПК-3  ПК-5  ПК-7  ПК-8  ПК-9  ПК-10

 Что называют электротравмой и каковы ее особенности?

ОТВЕТ: Под электротравмой понимают повреждения, возникающие от действия технического или атмосферного электричества. Особенность поражения электричеством заключается в том, что повреждения возникают как в месте контакта, так и на пути прохождения тока и его выхода. Иногда расстройства здоровья и смерть наступают без видимых повреждений. Электрическая энергия легко и быстро переходит в другую: механическую, термическую, химическую, что обусловливает те изменения, которые используются в диагностике.

2. ВОПРОС УК-1  ПК-1  ПК-2  ПК-3  ПК-5  ПК-7  ПК-8  ПК-9  ПК-10

Какие условия действия технического электротока влияют на возникновение разных последствий повреждений?

ОТВЕТ: В результате действия электротока действительно, в одних случаях, могут оставаться лишь повреждения кожи от ссадины до ее разрыва без серьезных последствий для расстройства здоровья, а в других — может наступить мгновенная смерть, Один из исследователей электротока Еллинек сказал: «Fie каждый ток должен убить, но каждый ток может убить». Это происходит в связи с различными факторами и условиями его воздействия, и относится к физическим свойствам тока. Его типу: переменному (более опасному) и постоянному напряжению;

высокому (более 250 вольт) и низкому (встречающемуся чаще в экспертной практике); силе тока, которая величиной уже в 0,1 А смертельна, но имеет значение в сочетании с напряжением и другими свойствами тока. Немаловажную роль играет сопротивление кожи и других тканей. Омозолелая сухая кожа оказывает хорошее сопротивление электротоку, влажная наполовину снижает его. Разное сопротивление прохождению тока оказывает одежда в зависимости от материала. Имеет прямо пропорциональное значение продолжительность контакта, ожидание действия тока, привыкание, наблюдавшееся у электриков, плотность контакта, наконец, петли тока, то есть путь его прохождения через тело (наиболее опасно через сердце или головной мозг). Более отрицательно действует электроток на детей, стариков, беременных, больных (особенно сердечно-сосудистыми заболеваниями), на людей в состоянии алкогольного опьянения.

3. ВОПРОС УК-1  ПК-1  ПК-2  ПК-3  ПК-5  ПК-7  ПК-8  ПК-9  ПК-10

Какие повреждения на коже можно выявить в момент контакта с электрическим проводником в месте выхода тока?

ОТВЕТ: В диагностике смерти от электротока важное значение имеют повреждения, возникающие в месте его входа и выхода. Примерно в 10% случаев они отсутствуют. Эти повреждения могут быть в виде ссадин, царапин, небольших ран, похожих на механическое действие или ожоги, схожие с термическими, которые требуют доказательства их происхождения. Наиболее характерным специфическим знаком тока является электрометка. Обычно на коже она выглядит как валикообразное уплотненное возвышение   
с некоторым западением в центре, изредка повторяющим контур проводника. Кожа вокруг остается без изменений. Чаще электрометки находят на ладонных поверхностях кисти. Но и это повреждение должно быть доказано объективно с помощью гистологического исследования. Известны случаи, когда эксперт принимал похожие изменения за электрометку или, напротив, ссадины или ранку за механические повреждения тупым или острым орудием.

4. ВОПРОС УК-1  ПК-1  ПК-2  ПК-3  ПК-5  ПК-7  ПК-8  ПК-9  ПК-10

 Как отличить знаки тока от повреждений другого происхождения?

ОТВЕТ: Уверенно сделать вывод о действии электричества можно только при использовании гистологического исследования, прежде всего знака тока на коже, особенно, если это ссадина или рана. Гистологическое исследование позволяет выявить пустоты в коже, вытягивание клеток с ядрами и концентрирование их в одном направлении в виде щеток или веника, что является безусловным доказательством действия электротока. Электрометка, как и другие знаки тока, исследуется .и с целью выявления металлизации на се поверхности, что помогает определить, с каким проводником кожа была в контакте, и даже установить его форму.

Выявляя общее действие электричества на организм, следует учесть, что смерть наступает быстро (замедленная смерть бывает лишь в исключительных случаях), поэтому следует выявить признаки быстрой смерти.

При гистологическом исследовании внутренних органов и мышц появляются характерные изменения. Биохимическое исследование крови и мочи, особенно при действии токов высокого напряжения, обнаруживает так называемую миоглобинурию.

5. ВОПРОС УК-1  ПК-1  ПК-2  ПК-3  ПК-5  ПК-7  ПК-8  ПК-9  ПК-10

 Какова непосредственная причина и род смерти при электротравме?

ОТВЕТ: Непосредственной причиной смерти на месте происшествия может быть электрошок, первичная остановка сердечной или дыхательной деятельности, при замедленной смерти — различные осложнения.

Происхождение электротравмы — это несчастный случай вследствие нарушения техники безопасности, неосторожности, невнимательности. Однако наблюдаются также случаи самоубийства с помощью электричества. Описаны случаи убийства путем прикладывания электродов к телу спящего или с применением силы. Определение рода смерти проводится следователем с учетом данных экспертизы осмотра места происшествия и обстоятельства дела.

6. ВОПРОС УК-1  ПК-1  ПК-2  ПК-3  ПК-5  ПК-7  ПК-8  ПК-9  ПК-10

Каково судебно-медпцинское значение действия молнии в как оио диагностируется на трупе?

ОТВЕТ'. Действие атмосферного электричества — молнии — представляет следственный интерес, так как труп обнаруживается с неизвестной причиной смерти. Разряд молнии — это электрический ток напряжением в миллионы вольт и силой тока в сотни тысяч ампер. Помимо электротока поражающими факторами могут быть световая и звуковая энергии.

На трупе (в редких случаях поражения человек остается живым) возникают повреждения в виде ожогов, опаления и потемнения волос, ран с обожженными краями, даже переломов костей и отрывов конечностей. Иногда удается выявить «фигуры молнии» — древовидные буроватые пятна по ходу расширения сосудов, которые обнаруживаются лишь в первые часы после действия молнии при осмотре трупа на месте его обнаружения, а затем постепенно исчезают. В диагностике применяют лабораторные методы: гистологический, биохимический, контактно-диффузионный (для определения металлизации), как это имеет место при действии технического электричества.

Большое значение (иногда большее, чем повреждения на теле) имеют изменения одежды:

расплавление металлических предметов, разрывы и прободения одежды, обуви, оплавление гвоздей на ней. Не меньшее значение имеет осмотр места происшествия с выявлением следов действия молнии вблизи трупа (повреждения дерева, ветвей, листьев). Иногда молния действует через какие-то предметы: радио, телефон.

7. ВОПРОС УК-1  ПК-1  ПК-2  ПК-3  ПК-5  ПК-7  ПК-8  ПК-9  ПК-10

Как сформулировать вопросы при назначении судебно-медицинской экспертизы в случае подозрения на электротравму?

ОТВЕТ: 1. Не наступила ли смерть от действия электричества?

2. Какие признаки, выявленные на теле, свидетельствуют о тех или иных свойствах проводника?

3. В каком положении находился потерпевший в момент электротравмы?

4. Какие знаки тока и на какой части тела выявлены?

5. Нет ли признаков, доказывающих умышленное причинение электротравмы собственной или посторонней рукой.

6. Не вызвана ли травма действием атмосферного электричества?

**4. Самоконтроль по тестовым заданиям данной темы**

1. ВНУТРЕННИЕ ОРГАНЫ ЧЕЛОВЕКА, ЧЕРЕЗ КОТОРЫЕ ПРОХОДЯТ ОПАСНЫЕ ДЛЯ ЖИЗНИ ПУТИ (ПЕТЛИ) ЭЛЕКТРИЧЕСКОГО ТОКА

ПК-5

1) головной мозг

2) сердце, легкие

3) легкие, головной мозг, печень

4) сердце, головной мозг

5) легкие, почки, селезенка

Правильный ответ: 4

1. ЗАВИСИМОСТЬ ЭЛЕКТРОТРАВМЫ ОТ ПЛОЩАДИ СОПРИКОСНОВЕНИЯ ТЕЛА ЧЕЛОВЕКА С ТОКОВЕДУЩИМ ПРОВОДНИКОМ

ПК-5

1) чем больше площадь, тем сильнее действие электрического тока

2) чем меньше площадь проводника, тем сильнее действие электрического тока

3) величина площади контакта с проводником не имеет практического значения

4) связи не усматривается

5) в зависимости от пола человека

Правильный ответ: 1

1. ПОРАЖЕНИЮ ЭЛЕКТРИЧЕСКИМ ТОКОМ СПОСОБСТВУЕТ ВНЕШНИЙ ФАКТОР

ПК-5

1) тапочки

2) резиновые сапоги

3) сухая почва

4) сухая кожа

5) повышенная влажность воздуха

Правильный ответ: 5

1. МАТЕРИАЛЫ ПРЕДМЕТОВ ОДЕЖДЫ И ОБУВИ, ПРЕДОХРАНЯЮЩИЕ ОТ ВОЗДЕЙСТВИЯ ЭЛЕКТРИЧЕСКОГО ТОКА

ПК-5

1) мокрая одежда

2) мокрая обувь

3) натуральный шелк

4) хлопок и лен

5) резиновые сапоги

Правильный ответ: 5

1. СОСТОЯНИЕ ОРГАНИЗМА, ПОВЫШАЮЩЕЕ ЕГО ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТЬ К ВОЗДЕЙСТВИЮ ЭЛЕКТРИЧЕСКОГО ТОКА

ПК-5

1) возбуждение

2) депрессия

3) алкогольное опьянение

4) наркотическое опьянение

5) кровопотеря

Правильный ответ: 4

1. ЭЛЕКТРИЧЕСКИЙ ТОК ВЫЗЫВАЕТ У ЧЕЛОВЕКА СЛЕДУЮЩЕЕ ПРОЯВЛЕНИЕ

ПК-5

1) зевоту

2) сонливость

3) акт дефекации

4) психомоторное возбуждение

5) тонические судороги скелетных мышц

Правильный ответ: 5

1. МЕХАНИЧЕСКОЕ ДЕЙСТВИЕ ЭЛЕКТРИЧЕСКОГО ТОКА ВЫСОКОГО НАПРЯЖЕНИЯ НА ОРГАНИЗМ НЕ ПРОЯВЛЯЕТСЯ

ПК-5

1) разрывами внутренних органов

2) черепно-мозговой травмой

3) переломами ребер

4) тупой травмой живота

5) отрывами конечностей и вывихами конечностей

Правильный ответ: 5

1. ПОСЛЕ ВОЗДЕЙСТВИЯ АТМОСФЕРНОГО ЭЛЕКТРИЧЕСТВА НА МЕСТНОСТИ ОБНАРУЖИВАЮТСЯ

ПК-5

1) сухой песок

2) ничего не обнаруживается

3) металлические предметы

4) частичное испарение из водоема

5) расщепленные и обгоревшие деревья

Правильный ответ: 5

1. ТИПИЧНЫЙ ПРИЗНАК ЭЛЕКТРОМЕТКИ НА КОЖЕ

ПК-5

1) острые концы

2) ровные края

3) отслаивание эпидермиса в виде пузыря с жидким содержимым

4) влажная поверхность с гноевидным налетом

5) валикообразное возвышение по краям и западением в центре

Правильный ответ: 5

1. МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ «НЕТИПИЧНЫХ» ЭЛЕКТРОМЕТОК НА КОЖЕ

ПК-5

1) резаные раны

2) рвано-ушибленные раны

3) язвы

4) ссадины

5) царапины

Правильный ответ: 4

**5. Самоконтроль по ситуационным задачам**

**Задача № 1.** УК-1  ПК-1  ПК-2  ПК-3  ПК-5  ПК-7  ПК-8  ПК-9  ПК-10

Труп гр-на Н., 46 лет, обнаружен 24.04.с.г. 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˚, мышцы при механическом раздражении: быстро появляется плотных тяж 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 – 55,13ммоль/л, креатинина – 0,35ммоль/л.

Вопросы:

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.** УК-1  ПК-1  ПК-2  ПК-3  ПК-5  ПК-7  ПК-8  ПК-9  ПК-10

Гр-ка Р., 65лет, обнаружена дома (на кровати). Кожные покровы сухие, бледно-серого цвета, холодные на ощупь. По наружной поверхности правого плеча кровоподтек сине-фиолетового цвета 2х3см. Феномен идиомускулярной опухоли - плотный тяж высотой 1,1-1,5см; внутрипеченочная температура-38˚; трупное окоченение отсутствует во всех группах мышц; трупные пятна при дозированном давлении исчезают и восстанавливаются через 18сек. Отмечается полужидкое состояние крови с белесовато-желтоватыми свертками, слабое кровенаполнение внутренних органов; почки дряблые, уменьшены в размере, фиброзная капсула 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. При судебно-биохимическом исследовании крови концентрация мочевины – 31,88ммоль/л, креатинина – 0,536ммоль/л.

Вопросы:

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 №3.** УК-1  ПК-1  ПК-2  ПК-3  ПК-5  ПК-7  ПК-8  ПК-9  ПК-10

11.12.с.г. обнаружен труп гр. С., 46 лет, доставлен из ККБ № 1. На улице, лежал на правом боку, из одежды на нем майка и трусы, домашние тапочки. Повреждения: в лобной области справа 2 ссадины, подсохшие, буровато-красного цвета, несколько западают, размером 1х0,3см и 1,5х0,2см. Отмечается ознобление кожных покровов по типу «гусиной» кожи, яички подтянуты в паховый канал. 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 резкое снижение гликогена в печени.

При судебно-химическом исследовании обнаружен этиловый спирт в крови - 2,1промилле, в моче – 2,3промилле.

Вопросы:

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.** УК-1  ПК-1  ПК-2  ПК-3  ПК-5  ПК-7  ПК-8  ПК-9  ПК-10

01.11. доставлен из ККБ -1 труп гр. М., 1942г.р., Представлена история болезни № 01 в которой 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 36,7С. Спонтанная вентиляция через естественные дыхательные пути, свободная ЧД 20 в минуту. Аускультативно дыхание проводится по всем полям, жесткое. АД 140/90 мм/рт/ст. Живот увеличен в объеме за счет жировой клетчатки,со слов больной выяснить затруднительно, вечером 25.11. 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: шеи, грудной клетки, живота, плечей, предплечья 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.

Вопросы:

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.** УК-1  ПК-1  ПК-2  ПК-3  ПК-5  ПК-7  ПК-8  ПК-9  ПК-10

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˚. 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‰.

Вопросы:

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?

**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˚, 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 МЗиСР 194 п.9 раздел 2, расценивается как повреждение не 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, осложнившийся хронической почечной недостаточностью, что подтверждают следующие данные: уремия (31,88ммоль/л, креатинина – 0,536ммоль/л; при норме мочевины-2,5-8,38мМоль/л, креатинина-0,15-0,22мМоль/л), макрогематурия, выраженные дистрофически-дегенеративные изменения внутренних органов, серость и сухость кожных покровов, отек легких и головного мозга.
2. Трупные явления: феномен идиомускулярной опухоли - плотный тяж высотой 1,1-1,5см; внутрипеченочная температура-36˚; трупное окоченение отсутствует во всех группах мышц; трупные пятна при дозированном давлении исчезают и восстанавливаются через 18сек., смерть наступила в пределах 3-6 час. 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 п. 9 раздела №2 приказа МЗиСР РФ 194н от 24.04.2008г. расценивается как повреждение, не причинившее вред здоровью человека.

**Эталон № 3.**

1. Причиной смерти ее 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 подтянуты в паховый канал (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 пункту 9 раздела 2 приказа МЗиСР РФ 194н от 24.04.2008г расцениваются как повреждения, не причинившие 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 2,1промилле, в моче – 2,3промилле. Данная концентрация этилового алкоголя в крови соответствует СРЕДНЕЙ степени алкогольного опьянения по аналогии с живыми лицами, в стадии выведения.

**Эталон № 4.**

1. Смерть ее наступила в результате термических ожогов лица, шеи, грудной клетки, живота, плеч, предплечья справа II-IIA-IIIВ 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. в 00:30мин.

3. Обнаруженные при медицинском исследовании повреждения в виде термических ожогов лица, шеи, грудной клетки, живота, плеч, предплечья справа II-IIA-IIIВ степени, общей площадью 15% поверхности тела, являются прижизненными, от воздействия горячего предмета (пламенем – согласно данным истории болезни), согласно приказу МЗ и СР РФ 194н от 24.04.2008г. п.6.1.28. отнесены к критериям, характеризующим квалифицирующий признак вреда, опасного для жизни человека. По указанному признаку, согласно правилам «Определения тяжести вреда, причиненного здоровью человека» (постановление правительства РФ №522 от 17.08.2008г.) термические ожоги, шеи, грудной клетки, живота, плечей, предплечья справа II-IIA-IIIВ степени, общей площадью 15% поверхности тела, квалифицируется как ТЯЖКИЙ вред здоровью.

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

**Эталон № 5.**

1. Обнаруженные 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 МЗиСР РФ 294н от 24.04.2008г. пункт 6.2.10. 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 алкоголя на организм.

**6. Перечень практических умений по изучаемой теме** УК-1  ПК-1  ПК-2  ПК-3  ПК-5  ПК-7  ПК-8  ПК-9  ПК-10

- установить причину смерти;

- провести судебно-медицинское исследование трупа при различных видах насильственной смерти;

- определить степень тяжести телесных повреждений;

- установить причинно-следственную связь между повреждением и неблагоприятным исходом;

- организовать судебно-медицинскую экспертизу вещественных доказательств (изъять, упаковать и направить объекты судебно-медицинской экспертизы на лабораторные исследования);

**7. Рекомендации по выполнению НИР**

Примерная тематика по НИР по теме - не предусмотрена.

**8. Рекомендованная литература по теме занятия** (обязательная, дополнительная, электронные ресурсы, включая законодательные и нормативно-правовые документы

**Занятие № 38**

**1. Индекс** ОД.О.01.1.6.47 **Тема: «Смерть от воздействия электричества и повышенного и пониженного барометрического давления. Радиационная травма.»**

**2. Форма организации занятия:** подготовка к практическому занятию.

**3. Перечень вопросов для самоподготовки по теме практического занятия**

1. ВОПРОС УК-1  ПК-1  ПК-2  ПК-3  ПК-5  ПК-7  ПК-8  ПК-9  ПК-10

 Что называют лучевой ожог?

ОТВЕТ: Лучевой ожог - местная реакция организма на облучение. В зависи­мости от источника облучения и дозы проходит определенный срок. Ульт­рафиолетовое излучение практически сразу причиняет ожог, большие дозы радиационного — примерно через полчаса, малые — в промежутке до 14 суток. От термических ожогов радиационные отличаются кровянистым содержимым, состоящим из большого количества эритроцитов, глубоким омертвением тканей, без четкой границы, значительной инфицированностью, грубыми рубцами, склонными к изъязвлению, лучевыми язвами с затяжным течением и склонностью к рецидивам. В патогенезе лучевых повреждений большое значение имеют наруше­ния микроциркуляции облученных тканей, снижение обменных и репаративных процессов, что вызывает некроз пораженных тканей и длительно не заживающих поздних лучевых язв. Лучевые язвы в своем течении осложняются развитием сепсиса, профузными кровотечениями, перфорацией полостных органов, перерожде­нием (малигнизацией) пораженных тканей в лучевой рак или в саркому. Исходом местных лучевых поражений является нагноительные про­цессы и иногда злокачественное перерождение травмированных участ­ков тела.

2. ВОПРОС УК-1  ПК-1  ПК-2  ПК-3  ПК-5  ПК-7  ПК-8  ПК-9  ПК-10

Лучевая болезнь?

ОТВЕТ: сложный симптомокомплекс взаимосвязанных и последовательно развивающихся изменений в организме, которые за­кономерно возникают после облучения и характеризуют собой особую реакцию организма на действие радиации (Н.А. Краевский,1957). Ее вы­зывают общее облучение организма гамма-лучами, жесткими рентгено­вскими лучами и нейтронами. В отличие от альфа- и бета-частиц они проникают глубоко в ткани и достигают внутренних органов. В космосе облучение вызывают протоны и другие частицы высоких энергий. Бывает смешанное облучение, когда одновременно действуют различные виды лучевой энергии. Атомный взрыв вызывает гамма-нейтронное облуче­ние. Форма лучевой болезни зависит от величины энергии, поглощенной организмом.

По течению различают острую и хроническую лучевую болезнь. Ост­рые радиационные поражения вызывают нарушения обмена веществ, в первую очередь нуклеопротеидов, разрывы молекул ДНК, извращения роста и особенно деления клеток, нарушение активности ферментов, вита­минов, гормонов, регулирующей функции ЦНС.

Острая лучевая болезнь в зависимости от дозы радиации подразделяет­ся по тяжести на легкую (100—200 рад), средней тяжести (200—400 рад), тяжелую (400—600 рад) и крайне тяжелую (более 600 рад).

Острая лучевая болезнь развивается вследствие кратковременного (до 4-х сут.) облучения обширных областей тела ионизирующей радиацией или поступлением радионуклидов в организм, определяющих разовую до­зу около 200 рентген внешнего гамма-излучения.

3. ВОПРОС В клинике острой лучевой болезни выделяют четыре периода: 1) первичная общая реакция; 2) видимое клиническое благополучие; 3) выраженные клинические проявления; 4) восстановление?

ОТВЕТ: Первичная общая реакция появляется через несколько минут (часов) после поражения. Характеризуется тошнотой, рвотой, чувством тяжести в голове, резкой мышечной слабостью и сонливостью, умеренными изме­нениями клеточного состава и биохимических свойств крови. Морфологи­ческие изменения в первые часы после облучения проявляются картиной быстро наступившей смерти. К 3—5 сут. лучевой болезни в костном мозге содержится около 10% клеточного состава, а в период разгара болезни — лишь строма и плазматические клетки.

В паренхиматозных органах резко выражены признаки белковой и жи­ровой дистрофии.

В клетках половых желез, особенно мужских, прекращение митотического деления и гибель сперматогенного эпителия.

На 3—4 сут. симптомы первичной реакции исчезают, и заболевание переходит в фазу кажущегося клинического благополучия — латентную форму.

Латентная форма. Продолжительность ее обусловлена дозой облучения и колеблется от 14 до 30 дней. Она проявляется мнимым субъективным благополучием, иногда выпадением волос, усилением общих неврологи­ческих симптомов, постепенным уменьшением клеточных элементов кро­ви и угнетением кроветворения. К концу ее резко ухудшается самочув­ствие, падает количество лейкоцитов, начинается иногда сепсис. На 3— 4 нед. облученные погибают.

На секции обнаруживаются кровоизлияния в серозные оболочки, кожу, мягкие ткани и органы, полнокровие, отек и дистрофические изме­нения во внутренних органах, набухшие лимфоузлы, на разрезе имеющие красный цвет, костный мозг выдавливается в виде кровянистой жидкости Или вымывается из костных пространств. Нередки сепсис, пневмония, перитонит.

Период выраженных клинических симптомов проявляется резким ухуд­шением состояния здоровья, наличием множественных внутрикожных и подслизистых кровоизлияний, анемией, резким падением сопротивляе­мости организма, массивным внутренним излиянием крови, присоедине­нием инфекционных осложнений. Во время осмотра трупа обращает вни­мание резкое общее истощение и наличие пролежней, множественные кровоизлияния в кожу и слизистые оболочки, атрофия и отторжение эпи­дермиса, атрофия волосяных фолликулов и сальных желез, разрыхление десен, некроз и пропитывание кровью слизистой оболочки десен, грязно-серый цвет поверхности миндалин, покрытых фиброзными наложениями. К концу 4 нед. некоторые облученные погибают. (У оставшихся в живых наступает период восстановления.)

Причиной смерти является нарастающая гипоплазия кроветворных ор­ганов с развитием инфекционных осложнений или массивные излияния крови в жизненно важные органы.

При крайне тяжелой форме смерть может наступить во время облуче­ния от «лучевого шока». Местные изменения на коже, как правило, раз­виться не успевают.

На секции выявляются резко выраженные гемодинамические рас­стройства, вызванные повышением проницаемости капилляров и выража­ющиеся в отеке легких, застойном полнокровии внутренних органов.

Хроническую лучевую болезнь вызывают внешние длительно действу­ющие малые дозы облучения и инкорпорация радиоактивных веществ. Кроме того, она может явиться исходом перенесенной острой лучевой болезни.

Хроническая лучевая болезнь отличается от острой постепенным раз­витием, длительным волнообразным течением, отражающим сочетание медленно нарастающих эффектов повреждения с признаками восстанови­тельных процессов.

В ряде случаев по изменениям внутренних органов можно судить о путях причинения травмы. Так, при внешнем облучении травмируется костный мозг, а при попадании радиоактивного йода — щитовидная железа.

На всем протяжении заболевания преобладают местные изменения.

Кровоизлияния, некрозы и воспалительные изменения обнаруживают­ся в носоглотке, слизистой оболочке всего желудочно-кишечного тракта, дыхательных путей, в легких, надпочечниках, почках, других органах и клетчатке.

В просвете желудка и кишок — массивные излияния крови, миокард, легкие, надпочечники разрушены кровью.

На секции обнаруживаются дистрофические изменения в кроветвор­ных органах, множественные кровоизлияния, выражающиеся в аплазии костного мозга, атрофии лимфоузлов и селезенки.

Костный мозг на распиле при ранней смерти полнокровный, поздней (через 1—2 нед. после облучения) — бледный, сухой, с красноватыми оттенками регенерации.

Селезенка уменьшена в размерах, сморщена, на разрезе сухая, серова­то-красная.

Лимфоузлы вначале увеличены, полнокровны, а затем опустошены, атрофичны.

Микроскопически устанавливается распад лимфоцитов в лимфоузлах, миндалинах, селезенке, фолликулах желудочно-кишечного тракта.

Лучевую болезнь практически всегда осложняют пневмонии, некроти­ческие ангины и сепсис, которые обычно и приводят к смерти.

В случаях смерти от внутреннего облучения обязательно изымают ку­сочки органов для обнаружения в лаборатории радиоактивных веществ.

Тяжесть лучевой травмы определяется согласно правилам определения степени тяжести телесных повреждений и таблиц Минфина. Квалифициру­ющими признаками являются опасность для жизни, утрата органа или его функции, размер стойкой утраты трудоспособности, длительность или кратковременность расстройства здоровья.

**4. Самоконтроль по тестовым заданиям данной темы**

1. ВНУТРЕННИЕ ОРГАНЫ ЧЕЛОВЕКА, ЧЕРЕЗ КОТОРЫЕ ПРОХОДЯТ ОПАСНЫЕ ДЛЯ ЖИЗНИ ПУТИ (ПЕТЛИ) ЭЛЕКТРИЧЕСКОГО ТОКА

ПК-5

1) головной мозг

2) сердце, легкие

3) легкие, головной мозг, печень

4) сердце, головной мозг

5) легкие, почки, селезенка

Правильный ответ: 4

1. ЗАВИСИМОСТЬ ЭЛЕКТРОТРАВМЫ ОТ ПЛОЩАДИ СОПРИКОСНОВЕНИЯ ТЕЛА ЧЕЛОВЕКА С ТОКОВЕДУЩИМ ПРОВОДНИКОМ

ПК-5

1) чем больше площадь, тем сильнее действие электрического тока

2) чем меньше площадь проводника, тем сильнее действие электрического тока

3) величина площади контакта с проводником не имеет практического значения

4) связи не усматривается

5) в зависимости от пола человека

Правильный ответ: 1

1. ПОРАЖЕНИЮ ЭЛЕКТРИЧЕСКИМ ТОКОМ СПОСОБСТВУЕТ ВНЕШНИЙ ФАКТОР

ПК-5

1) тапочки

2) резиновые сапоги

3) сухая почва

4) сухая кожа

5) повышенная влажность воздуха

Правильный ответ: 5

1. МАТЕРИАЛЫ ПРЕДМЕТОВ ОДЕЖДЫ И ОБУВИ, ПРЕДОХРАНЯЮЩИЕ ОТ ВОЗДЕЙСТВИЯ ЭЛЕКТРИЧЕСКОГО ТОКА

ПК-5

1) мокрая одежда

2) мокрая обувь

3) натуральный шелк

4) хлопок и лен

5) резиновые сапоги

Правильный ответ: 5

1. СОСТОЯНИЕ ОРГАНИЗМА, ПОВЫШАЮЩЕЕ ЕГО ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТЬ К ВОЗДЕЙСТВИЮ ЭЛЕКТРИЧЕСКОГО ТОКА

ПК-5

1) возбуждение

2) депрессия

3) алкогольное опьянение

4) наркотическое опьянение

5) кровопотеря

Правильный ответ: 4

1. ЭЛЕКТРИЧЕСКИЙ ТОК ВЫЗЫВАЕТ У ЧЕЛОВЕКА СЛЕДУЮЩЕЕ ПРОЯВЛЕНИЕ

ПК-5

1) зевоту

2) сонливость

3) акт дефекации

4) психомоторное возбуждение

5) тонические судороги скелетных мышц

Правильный ответ: 5

1. МЕХАНИЧЕСКОЕ ДЕЙСТВИЕ ЭЛЕКТРИЧЕСКОГО ТОКА ВЫСОКОГО НАПРЯЖЕНИЯ НА ОРГАНИЗМ НЕ ПРОЯВЛЯЕТСЯ

ПК-5

1) разрывами внутренних органов

2) черепно-мозговой травмой

3) переломами ребер

4) тупой травмой живота

5) отрывами конечностей и вывихами конечностей

Правильный ответ: 5

1. ПОСЛЕ ВОЗДЕЙСТВИЯ АТМОСФЕРНОГО ЭЛЕКТРИЧЕСТВА НА МЕСТНОСТИ ОБНАРУЖИВАЮТСЯ

ПК-5

1) сухой песок

2) ничего не обнаруживается

3) металлические предметы

4) частичное испарение из водоема

5) расщепленные и обгоревшие деревья

Правильный ответ: 5

1. ТИПИЧНЫЙ ПРИЗНАК ЭЛЕКТРОМЕТКИ НА КОЖЕ

ПК-5

1) острые концы

2) ровные края

3) отслаивание эпидермиса в виде пузыря с жидким содержимым

4) влажная поверхность с гноевидным налетом

5) валикообразное возвышение по краям и западением в центре

Правильный ответ: 5

1. МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ «НЕТИПИЧНЫХ» ЭЛЕКТРОМЕТОК НА КОЖЕ

ПК-5

1) резаные раны

2) рвано-ушибленные раны

3) язвы

4) ссадины

5) царапины

Правильный ответ: 4

**5. Самоконтроль по ситуационным задачам**

**Задача № 1.** УК-1  ПК-1  ПК-2  ПК-3  ПК-5  ПК-7  ПК-8  ПК-9  ПК-10

Труп гр-на Н., 46 лет, обнаружен 24.04.с.г. 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˚, мышцы при механическом раздражении: быстро появляется плотных тяж 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 – 55,13ммоль/л, креатинина – 0,35ммоль/л.

Вопросы:

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.** УК-1  ПК-1  ПК-2  ПК-3  ПК-5  ПК-7  ПК-8  ПК-9  ПК-10

Гр-ка Р., 65лет, обнаружена дома (на кровати). Кожные покровы сухие, бледно-серого цвета, холодные на ощупь. По наружной поверхности правого плеча кровоподтек сине-фиолетового цвета 2х3см. Феномен идиомускулярной опухоли - плотный тяж высотой 1,1-1,5см; внутрипеченочная температура-38˚; трупное окоченение отсутствует во всех группах мышц; трупные пятна при дозированном давлении исчезают и восстанавливаются через 18сек. Отмечается полужидкое состояние крови с белесовато-желтоватыми свертками, слабое кровенаполнение внутренних органов; почки дряблые, уменьшены в размере, фиброзная капсула 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. При судебно-биохимическом исследовании крови концентрация мочевины – 31,88ммоль/л, креатинина – 0,536ммоль/л.

Вопросы:

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 №3.** УК-1  ПК-1  ПК-2  ПК-3  ПК-5  ПК-7  ПК-8  ПК-9  ПК-10

11.12.с.г. обнаружен труп гр. С., 46 лет, доставлен из ККБ № 1. На улице, лежал на правом боку, из одежды на нем майка и трусы, домашние тапочки. Повреждения: в лобной области справа 2 ссадины, подсохшие, буровато-красного цвета, несколько западают, размером 1х0,3см и 1,5х0,2см. Отмечается ознобление кожных покровов по типу «гусиной» кожи, яички подтянуты в паховый канал. 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 резкое снижение гликогена в печени.

При судебно-химическом исследовании обнаружен этиловый спирт в крови - 2,1промилле, в моче – 2,3промилле.

Вопросы:

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.** УК-1  ПК-1  ПК-2  ПК-3  ПК-5  ПК-7  ПК-8  ПК-9  ПК-10

01.11. доставлен из ККБ -1 труп гр. М., 1942г.р., Представлена история болезни № 01 в которой 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 36,7С. Спонтанная вентиляция через естественные дыхательные пути, свободная ЧД 20 в минуту. Аускультативно дыхание проводится по всем полям, жесткое. АД 140/90 мм/рт/ст. Живот увеличен в объеме за счет жировой клетчатки,со слов больной выяснить затруднительно, вечером 25.11. 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: шеи, грудной клетки, живота, плечей, предплечья 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.

Вопросы:

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.** УК-1  ПК-1  ПК-2  ПК-3  ПК-5  ПК-7  ПК-8  ПК-9  ПК-10

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˚. 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‰.

Вопросы:

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?

**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˚, 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 МЗиСР 194 п.9 раздел 2, расценивается как повреждение не 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, осложнившийся хронической почечной недостаточностью, что подтверждают следующие данные: уремия (31,88ммоль/л, креатинина – 0,536ммоль/л; при норме мочевины-2,5-8,38мМоль/л, креатинина-0,15-0,22мМоль/л), макрогематурия, выраженные дистрофически-дегенеративные изменения внутренних органов, серость и сухость кожных покровов, отек легких и головного мозга.
2. Трупные явления: феномен идиомускулярной опухоли - плотный тяж высотой 1,1-1,5см; внутрипеченочная температура-36˚; трупное окоченение отсутствует во всех группах мышц; трупные пятна при дозированном давлении исчезают и восстанавливаются через 18сек., смерть наступила в пределах 3-6 час. 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 п. 9 раздела №2 приказа МЗиСР РФ 194н от 24.04.2008г. расценивается как повреждение, не причинившее вред здоровью человека.

**Эталон № 3.**

1. Причиной смерти ее 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 подтянуты в паховый канал (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 пункту 9 раздела 2 приказа МЗиСР РФ 194н от 24.04.2008г расцениваются как повреждения, не причинившие 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 2,1промилле, в моче – 2,3промилле. Данная концентрация этилового алкоголя в крови соответствует СРЕДНЕЙ степени алкогольного опьянения по аналогии с живыми лицами, в стадии выведения.

**Эталон № 4.**

1. Смерть ее наступила в результате термических ожогов лица, шеи, грудной клетки, живота, плеч, предплечья справа II-IIA-IIIВ 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. в 00:30мин.

3. Обнаруженные при медицинском исследовании повреждения в виде термических ожогов лица, шеи, грудной клетки, живота, плеч, предплечья справа II-IIA-IIIВ степени, общей площадью 15% поверхности тела, являются прижизненными, от воздействия горячего предмета (пламенем – согласно данным истории болезни), согласно приказу МЗ и СР РФ 194н от 24.04.2008г. п.6.1.28. отнесены к критериям, характеризующим квалифицирующий признак вреда, опасного для жизни человека. По указанному признаку, согласно правилам «Определения тяжести вреда, причиненного здоровью человека» (постановление правительства РФ №522 от 17.08.2008г.) термические ожоги, шеи, грудной клетки, живота, плечей, предплечья справа II-IIA-IIIВ степени, общей площадью 15% поверхности тела, квалифицируется как ТЯЖКИЙ вред здоровью.

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

**Эталон № 5.**

1. Обнаруженные 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 МЗиСР РФ 294н от 24.04.2008г. пункт 6.2.10. 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 алкоголя на организм.

**6. Перечень практических умений по изучаемой теме**

УК-1  ПК-1  ПК-2  ПК-3  ПК-5  ПК-7  ПК-8  ПК-9  ПК-10

- установить причину смерти;

- провести судебно-медицинское исследование трупа при различных видах насильственной смерти;

- определить степень тяжести телесных повреждений;

- установить причинно-следственную связь между повреждением и неблагоприятным исходом;

- организовать судебно-медицинскую экспертизу вещественных доказательств (изъять, упаковать и направить объекты судебно-медицинской экспертизы на лабораторные исследования);

**7. Рекомендации по выполнению НИР**

Примерная тематика по НИР по теме - не предусмотрена.

**8. Рекомендованная литература по теме занятия** (обязательная, дополнительная, электронные ресурсы, включая законодательные и нормативно-правовые документы)

**Занятие № 39**

**1. Индекс** ОД.О.01.1.7.49 **Тема: «Судебно-медицинская классификация ядов. Отравления, их происхождение. Зависимость течения отравлений от свойств яда, условий его введения и действия, а также индивидуальных особенностей организма. Пути введения ядов в организм, функция их в органах и тканях изменения и выделение ядов. Привыкание к ядам».** 1 часть

**2. Форма организации занятия:** подготовка к практическому занятию.

**3. Перечень вопросов для самоподготовки по теме практического занятия**

1. ВОПРОС УК-1  ПК-1  ПК-2  ПК-3  ПК-5  ПК-7  ПК-8  ПК-9  ПК-10

Какое значение имеет отравление этиловым алкоголем?

ОТВЕТ: Отравление этиловым спиртом (этанолом)

встречается каждом пятом случае среди других отравлений, а в отдельные годы значительно чаще. Кроме того, встречаются смертельные отравления и суррогатами этанола. Следует обратить внимание на то, что алкогольное опьянение играет роковую роль, являясь способствующим фактором в наступлении смерти при сердечно-сосудистых и других заболеваниях. Известен социальный вред пьянства в наступлении насильственной смерти: при различных видах травматизма и асфиксии, действии низкой температуры, а также в развитии алкоголизма.

Известно, что по нашим законам лицо, совершившее преступление в состоянии опьянения, не освобождается от уголовной ответственности и даже несет повышенную ответственность. Поэтому во всех случаях судебно-медицинской экспертизы трупов, а в ряде случаев и при экспертизе живых лиц, устанавливается количество алкоголя в организме. В связи с различными факторами не может быть четко разграниченных единых критериев оценки функциональных изменений для определения концентрации этилового алкоголя в крови.

2. ВОПРОС УК-1  ПК-1  ПК-2  ПК-3  ПК-5  ПК-7  ПК-8  ПК-9  ПК-10

 Какие ткани и органы следует брать для обнаружения этилового алкоголя?

ОТВЕТ: Диагностика острого отравления этанолом обычно основана на результатах судебно-химического исследования крови и мочи.Кровь рекомендуется получать только из периферических вен (бедренной или плечевой) или из пазухи твердой мозговой оболочки. Распределение алкоголя в организме неравномерно и зависит от процентного содержания воды. Для оценки алкогольной интоксикации, кроме образцов крови и мочи, иногда необходимо брать ликвор (спинно-мозговую жидкость) из люмбальной или большой цистерны при положении трупа на боку, или стекловидное тело глаза путем отсасывания шприцем. Это особенно важно, когда в крови и моче выражены процессы спиртового брожения под влиянием глюкозы, которые в ликворе и стекловидном теле практически отсутствуют даже при развитии гниения. При наличии кровоизлияний целесообразно брать сверток крови отдельно, а при получении результата иметь в виду, что алкоголя в нем в 1,2 раза меньше, чем в остальной крови.

3. ВОПРОС УК-1  ПК-1  ПК-2  ПК-3  ПК-5  ПК-7  ПК-8  ПК-9  ПК-10

Какой путь в организме проходит этанол и какое значение это имеет для оценки результатов?

ОТВЕТ: Из желудка и кишечника алкоголь в результате диффузии проникает в стенки, а затем в неизменном виде в кровь. Различают две фазы алкогольной интоксикации: резорбции (всасывания) и элиминации. В фазе резорбции происходит всасывание алкоголя и содержание его в крови увеличивается. Длительность этой фазы при приеме натощак — 40—60 мин, при наполненном желудке — 1,5—3 часа. Эта фаза короче у алкоголиков и при физической нагрузке, длиннее — при нервно-психическом раздражении. Скорость резорбции снижается при травмах головы, т. к. понижается обмен веществ. Влияние оказывают и другие факторы.

После того как уровень алкоголя в крови достиг высшего предела, начинается вторая фаза — элиминация(окисление). Вначале около 90% алкоголя окисляется, часть же (10%) выделяется легкими, мочой, потом калом в неизмененном виде. В этой фазе уровень алкоголя в крови постепенно уменьшается. Окисление происходит в печени (90%), незначительно — в почках, мышцах. Длительность фазы элиминации также колеблется в зависимости от количества принятого алкоголя и других причин, но редко превышает 24 часа. При травме скорость окисления снижается, алкоголь удается обнаружить и на вторые сутки.

Для установления фазы алкогольной интоксикации, в которой наступила смерть, исследуют кровь и мочу. В фазе резорбции уровень алкоголя в моче ниже, чем в крови, в какой-то период через 1,5 часаон одинаков (фаза диффузного равновесия), а в фазу элиминации в моче выше, чем в крови. При многократном употреблении алкоголя или большим разрывом между употреблением первой порции алкоголь в крови и моче может быть и в другом соотношении.

4. ВОПРОС УК-1  ПК-1  ПК-2  ПК-3  ПК-5  ПК-7  ПК-8  ПК-9  ПК-10

Как по количественным результатам судебво-химического исследования установить степень опьянения?

ОТВЕТ: Данные токсикологического центра показывают, что между тяжестью прижизненного течения отравления этиловым алкоголем и его концентрацией в крови четкого параллелизма нет. Смерть от отравления может наступить и при наличии 4,0% и даже меньше.

По данным ряда исследователей существуют примерные усредненные показатели для живых лиц, характеризующие зависимость между состоянием опьянения и содержанием алкоголя в крови, что приводится в таблице 16.

Таблица 16 

|  |  |
| --- | --- |
| Степень опьянения | Содержание алкоголя в крови, в % |
| отсутствие влияния | до 0,3 |
| незначительное влияние | 0,3-0,5 |
| легкое опьянение | 0,5-1,5 |
| среднее опьянение | 1,5-2,5 |
| сильное опьянение | 2,5-3,0 |
| тяжелое отравление (возможна смерть) | 3,0-5,0 |
| смертельное отравление | 5,0-6,0 |

**4. Самоконтроль по тестовым заданиям данной темы**

1. В СУДЕБНОЙ МЕДИЦИНЕ ЯДОМ СЧИТАЮТ ВЕЩЕСТВА

ПК-5

1) сильнодействующие вещества

2) введенные в организм в малых количествах и при химическом или физико-химическом действии, вызывающие расстройство здоровья и смерть

3) вызывающие смерть в малых дозах

4) вызывающие смерть в больших дозах

5) токсичные вещества

Правильный ответ: 2

1. НАРКОМАНИЯ - ЭТО ПАТОЛОГИЧЕСКОЕ ВЛЕЧЕНИЕ (ПРИСТРАСТИЕ) К

ПК-5

1) веществам и препаратам, включенным в «Список наркотиков»

2) снотворным и стимуляторам, не внесенным в «Список наркотиков»

3) средствам бытовой химии

4) средствам вызывающим галлюцинации

5) средствам вызывающим привыкание

Правильный ответ: 1

1. В МЕДИЦИНСКОЙ И ЮРИДИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ РАЗЛИЧАЮТ СЛЕДУЮЩИЕ ВИДЫ ОПЬЯНЕНИЯ

ПК-5

1) смешанное

2) наркотическое

3) лекарственное

4) кокаиновое

5) медикаментозное

Правильный ответ: 2

1. ДИАГНОСТИКА (УСТАНОВЛЕНИЕ) НАЛИЧИЯ ОПЬЯНЕНИЯ ОСНОВАНА НА

ПК-5

1) запахе

2) установлении с/х путем наличия групп вещества (групп веществ), вызывающего опьянение

3) возбудимости

4) вегетативно-сосудистой реакции

5) нарушении интеллекта

Правильный ответ: 2

1. ЯД МОЖЕТ БЫТЬ ВВЕДЕН (ПОСТУПИТЬ) В ОРГАНИЗМ ЧЕРЕЗ

ПК-5

1) волосы

2) перорально, подкожно, внутримышечно

3) защитный костюм

4) ногти

5) резиновые сапоги

Правильный ответ: 2

1. ИНТЕНСИВНОСТЬ ДЕЙСТВИЯ ЯДА НА ОРГАНИЗМ ЗАВИСИТ ОТ

ПК-5

1) заболеваний опорно-двигательной системы

2) химической природы, длительности контакта и механизма превращения вещества

3) бывшей беременности

4) пола

5) роста

Правильный ответ: 2

1. СОДРУЖЕСТВЕННОЕ ДЕЙСТВИЕ ДВУХ И БОЛЕЕ ЯДОВ, ПРИ КОТОРОМ ОБЩИЙ ЭФФЕКТ ПРЕВЫШАЕТ СУММУ ДЕЙСТВИЙ КАЖДОГО ИЗ НИХ В ОТДЕЛЬНОСТИ, НАЗЫВАЕТСЯ

ПК-5

1) кумуляцией

2) синергизмом

3) потенцированием

4) суммированием

5) консолидацией

Правильный ответ: 2

1. СУЩНОСТЬ ПРОЦЕССА КУМУЛЯЦИИ ЗАКЛЮЧАЕТСЯ В СЛЕДУЮЩЕМ

ПК-5

1) накопление яда в неизмененном виде

2) видоизменение яда в более токсичное вещество

3) суммирование действия нескольких ядов

4) потенцирование действия нескольких ядов

5) распад яда на несколько токсичных составляющих

Правильный ответ: 1

1. КЛАССИФИКАЦИЯ ЯДОВ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ МЕХАНИЗМА ДЕЙСТВИЯ

ПК-5

1) медикаментозные

2) едкие яды

3) бытовые средства

4) промышленные вещества

5) биологические вещества

Правильный ответ: 2

1. БЫСТРОТА ВСАСЫВАНИЯ И ВЫВЕДЕНИЯ ЯДА (ВЕЩЕСТВА) ИЗ ОРГАНИЗМА ЗАВИСИТ ОТ

ПК-5

1) психоэмоционального состояния

2) роста

3) концентрации, физического состояния вещества и его растворимости в средах организма

4) национальности

5) пола

Правильный ответ: 3

**5. Самоконтроль по ситуационным задачам**

Задача 1 УК-1  ПК-1  ПК-2  ПК-3  ПК-5  ПК-7  ПК-8  ПК-9  ПК-10

ОБСТОЯТЕЛЬСТВА ДЕЛА: в направлении на судебно-медицинское исследование трупа не указаны.

Представлена медицинская карта стационарного больного № ХХХ Ч., 1969 г.р., которая 06.01.07г. в 22-45 бригадой скорой помощи была доставлена в токсикологическое отделение с жалобами на желтушность кожных покровов, слабость, головокружение, тошноту. Желтушность кожных покровов заметила 25.12.06г., нарастала слабость, головокружение, тошнота. Накануне длительное время злоупотребляла алкоголем, в том числе спирт, купленный с рук. При поступлении состояние среднетяжелое. Сознание ясное. В месте и времени ориентирована правильно. Кожа желтушная. Слизистые бледные, склеры желтушные. Зрачки средней величины, равны. Фотореакции сохранены. Симптом Кернига 180°. Дыхание спонтанное, ЧДД 16 в минуту, проводится по всем полям, хрипы не выслушиваются. АД 100/60 мм.рт.ст. Пульс 92 в минуту. Живот участвует в акте дыхания, при пальпации мягкий, болезненный в эпигастрии и правом подреберье. Печень на 3-4 см из под края реберной дуги. При ФГДС от 10.01.07г.: очаговый атрофический гастрит. 20.01.07 осмотрена стоматологом. Жалобы на кровотечение из правого носового хода, слабость. Кровотечение отмечает с утра 19.01.07, 20.01.07 утром кровотечение усилилось. Произведена передняя тампонада правого носового хода. Несмотря на проводимое лечение, состояние больной продолжало ухудшаться. На фоне проведенной терапии, в 23-10 27.01.2007г. зафиксирована остановка кровообращения. Реанимация проводилась в течение 30 минут – без эффекта. 27.01.2007г. в 23-40 констатирована смерть.

ПОСМЕРТНЫЙ ДИАГНОЗ. Токсический (алкогольный) гепатит, тяжелое течение. *Осложнения.* Энцефалопатия тяжелой степени. Отек мозга. токсическая нефропатия. Панкреатопатия. Двусторонняя пневмония. ДВС-синдром в стадии гипокоагуляции. Анемия. Сердечно-сосудистая недостаточность. Отек легких. *Сопутствующий.* Алкогольная болезнь. *Конкурирующий.* Цирроз печени в стадии декомпенсации? Панкреанекроз.

Алкоголь – в крови и моче не обнаружен.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Данные анализов | | | | | | | | |
| Параметры  дата | 6.01 | 15.01 | 19.01 | 23.01 | 24.01 | 25.01 | 26.01 | 27.01 |
| эритроциты |  | 1.9 | 1.9 | 1.94 | 1.47 | 1.4 | 2.23 | 2.23 |
| Цветной п. |  | 0.91 | 0.87 | 0.89 | 0.88 | 0.88 | 0.82 | 0.85 |
| гемоглобин | 88 | 60 | 57 | 58 | 43 | 41 | 61 | 63 |
| тромбоциты |  | 298 | 270 | 247 | 153 | 154 | 185 | 144 |
| ретикулоциты |  |  |  |  | 12.1 | 12 | 17.7 | 17.7 |
| лейкоциты | 8.1 | 12.0 | 12.3 | 11.1 | 11.7 | 14.1 | 18.5 | 14.6 |
| эозинофилы |  |  | 1 |  |  |  | 1 |  |
| палочкоядерные | 1 | 2 | 1 | 2 | 6 | 2 | 1 | 4 |
| сегментоядерные | 89 | 90 | 89 | 87 | 85 | 95 | 86 | 83 |
| лимфоциты | 8 | 5 | 7 | 7 | 6 | 1 | 9 | 8 |
| моноциты | 2 | 3 | 2 | 4 | 3 | 2 | 3 | 5 |
| Дегенеративные изменения нейтрофилов | + |  |  |  | + | + |  | ++ |
| Анизоцитоз | + | + | ++ | + | + | ++ | + | + |
| Пойкилоцитоз |  |  | + | + | + | + | + |  |
| Полихромазия | + | + | + | + |  |  |  | + |
| РОЭ | 73 | 74 | 78 | 81 | 85 | 85 |  | 74 |
|  |  | **16.01** |  |  |  |  |  |  |
| Амилаза | 302 | 8.4 | 8.0 |  | 245 | 174 | 230 | 267 |
| мочевина | 17.5 | 14.9 | 14.4 |  | 18.9 |  | 26.1 | 28.8 |
| Билирубин общ. | 540.0 | 627.7 | 659.4 |  | 343.7 | 541.8 | 209.4 | 252.8 |
| Прямой | 300.8 | 612.7 | 605.8 |  | 160.6 | 307.6 | 180.2 | 153.8 |
| непрямой | 239.2 | 15.0 | 53.6 |  | 183.1 | 234.2 | 29.2 | 99.0 |
| Белок крови | 62.7 | 42.0 | 40.2 |  | 59.0 | 61.4 | 56.9 | 52.0 |
| Калий | 2.3 | 2.0 | 2.3 |  | 3.0 | 2.6 | 3.7 | 3.4 |
| Натрий | 130 | 132 | 142 |  | 150 | 124 | 155 | 160 |
| АЛТ | 146.4 | 69.1 | 58.9 |  | 48.2 | 67.9 | 89.1 | 126.2 |
| АСТ |  | 140.9 | 100.7 |  |  |  |  |  |
| сахар |  | 4.9 |  |  | 3.0 | 7.2 | 6.1 | 9.2 |
| Уд. вес мочи |  | 1006 | 1008 | 1022 |  | 1007 | 1008 | 1005 |
| Белок мочи |  | 620 | 1500 | 1850 |  | 1400 | 1470 | 620 |
| Лейкоциты мочи |  | 5-9-11 | знач | 1-2 |  | 3-5 | 10-12 | 6-8 |
| Эритроциты мочи |  | 0-0-1 |  | 8-10 |  | 9-12 | 15-18 | знач |
| Желчные пигменты |  | ++ | ++++ | Резко+ |  | +++ | ++ | ++ |

НАРУЖНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ. Труп женщины, доставлен без одежды, среднего телосложения, удовлетворительного питания, длиной тела 175 см. Кожа желто-серая, холодная на ощупь во всех отделах, в отлогих местах тела сливные, фиолетовые, не исчезающие и не меняющие цвет при надавливании трупные пятна. Трупное окоченение достаточно выражено во всех обычно исследуемых группах мышц. Склеры глаз желтые мутные, тусклые, суховаты, кровоизлияний в соединительные оболочки глаз не отмечается, зрачки равновелики по 0,4 см диаметром. Голова правильной формы, кости черепа и лицевого скелета на ощупь целы. Грудная клетка цилиндрическая, эластичная, упругая, ребра на ощупь целы. Живот на одном уровне с грудной клеткой. Естественные отверстия тела и полости рта и носоглотки свободны, чистые. Слизистая оболочка губ желто-синюшная, подсохшая. Анальное отверстие сомкнуто, кожа вокруг него слегка обпачкана каловыми массами. Половые органы развиты правильно. Кости конечностей целы.

ПОВРЕЖДЕНИЯ. Каких-либо повреждений, кроме следов медицинских манипуляций, при наружном исследовании не обнаружено.

При проведении воздушной пробы – воздух из плевральных полостей и полостей сердца не получен.

ВНУТРЕННЕЕ ИССЛЕДОВАНИЕ

Масса органов взрослых.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Масса | **№ 30** | норма |
| Мозг | **1500** | До 1400 |
| Легкое правое | **600** | 450 |
| левое | **450** | 375 |
| Сердце | **300** | 200-400 |
| Печень | **2500** | 1200-2000 |
| Селезенка | **310** | 80-180 |
| Почки | **325** | 275-310 |

Полость черепа: кожно-мышечный лоскут головы гладкий, влажный, блестящий, без кровоизлияний и повреждений, височные мышцы синюшные, сочные, полнокровны. Кости свода и основания черепа целы. Твердая мозговая оболочка желтого цвета, цела, блестящая, гладкая, влажная, просвет ее синусов выполнен жидкой темной кровью в большом количестве. Мягкие мозговые оболочки тонкие, прозрачные со студневидным отеком и полнокровными сосудами, по ходу которых определяются рассеянные точечные кровоизлияния в небольшом количестве в толще мозговых оболочек. Сосуды Вилизиева круга с тонкими стенками, пустым просветом. Борозды мозга с обычным рисунком, на миндаликах мозжечка определяется полоса вдавления от краев большого затылочного отверстия. Головной мозг эластичный, на разрезах с четкой границей серого и белого вещества и мраморным рисунком подкорковых ядер. Поверхности разрезов тускловаты, липнут к лезвию ножа. Желудочки мозга симметричны, обычного объема, эпендима их бледно-серая, блестящая, влажная, в полостях желудочков следы прозрачной желтого цвета жидкости. Сосудистые сплетения обычного вида, полнокровны

ОРГАНЫ ГОЛОВЫ И ШЕИ. Язык желто-синюшный, влажный, обложен серовато-желтым, не снимающимся налетом. Слизистые оболочки носоглотки желто-синюшные, влажные, блестящие. В мягких тканях шеи повреждений и кровоизлияний не обнаружено. Вход и просвет гортани свободен, слизистая оболочка ее желто-серая. Подъязычная кость и хрящи гортани целы, в мягких тканях ее повреждений не обнаружено. Просвет трахеи и главных бронхов свободен, хрящи трахеи целы. Щитовидная железа обычных размеров, с равновеликими долями, плотно-эластичная, темно-коричневая, на разрезе полнокровна, дольчатого строения. Просвет пищевода свободен, слизистая его желто-серая, продольно складчатая.

ГРУДНАЯ ПОЛОСТЬ. В плевральных полостях следы желтой жидкости. Легкие выполняют 2\3 полостей, с блестящей, прокрашенной в желтый цвет гладкой и влажной плеврой. Под висцеральной плеврой, особенно, в прикорневых отделах легких и по базальным поверхностям, множественные точечные кровоизлияния. Легкие желто-синюшные в передних и темно-синюшные в задних отделах, тестоватой консистенции, на разрезах темно-красные с обычным рисунком, полнокровны. Слизистые оболочки воздухо-проводящих путей желтые, набухшие. Бифуркационные лимфоузлы располагаются в виде пакетов диаметром от 1 до 2 см, эластичные, не спаянные между собой и с окружающими тканями, темно-синюшные, на разрезах сочные, с обычным рисунком. В полости перикарда следы желтой жидкости, листки его гладкие, влажные, блестящие. Под эпикардом единичные точечные рассеянные темно-красные кровоизлияния. Сердце дряблое, 11,5х9х8 см. В полостях сердца немного жидкой темной крови с мелкими единичными темно-вишневыми свертками. Миокард розовато-синюшный, эластичный, неравномерного кровенаполнения. Толщина стенки правого желудочка 0,3 см, левого 1,2 см. Клапанный и пристеночный эндокард тонкий, прокрашен в желтый цвет, полупрозрачный, клапаны сформированы правильно. Аорта эластична, со следами жидкой крови в просвете и рассеянными липидными пятнами в интиме. Коронарные артерии с тонкими стенками, пустым просветом.

БРЮШНАЯ ПОЛОСТЬ. Органы расположены анатомически правильно. В полости следы прозрачной жидкости желтого цвета. Листки брюшины прокрашены в желтый цвет, гладкие, влажные, блестящие. Желудок пустой, содержимое кишечника отделам соответствует, слизистые оболочки их желто-серые. В толстом кишечнике бесцветные каловые массы. Мезентериальные лимфоузлы располагаются раздельно, диаметр их не более 1 см, эластичны. Печень 28х22х18х13 см, плотно-эластичная, желто-зеленая с поверхности и на разрезах, полнокровная, с зеленым крапом. В желчном пузыре 50 мл жидкой темно-зеленой желчи, слизистая оболочка его темно-зеленая, бархатистая. Просвет внепеченочных желчевыводящих путей свободно проходим. Поджелудочная железа обычных размеров, плотно-эластичная, бледно-желтая, на разрезах - дольчатого строения. Селезенка 16х15х14 см, синюшная, полнокровна, эластична, без соскоба. Надпочечники листовидной формы, обычных размеров, на разрезах граница слоев четкая. Почки равновелики, 11х7х5 см, дрябло-эластичные. Капсула сползает при надрезе, обнажая ровную поверхность. По краю разреза паренхима наползает на капсулу. На разрезах корковый слой – желто-синюшный, с темно-красным крапом и подчеркнутым рисунком, мозговой слой также с подчеркнутым рисунком, граница слоев отчетливо выражена. Слизистые оболочки лоханок и чашечек желтые, гладкие, блестящие, просвет их свободен. Мочеточники проходимы на всем протяжении, с желто-серой слизистой. Мочевой пузырь пуст, слизистая оболочка его складчатая, желто-серая, уретра свободно проходима.

**А К Т**

Судебно-гистологического исследования

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Печень – некроз гепатоцитов 1 и 2 зоны ацинуса с разрастанием в них фибробластов и продуктивным воспалением. Выраженный внутридольковый холестаз. Почки – билирубинурийный нефроз с некрозами эпителия канальцев и выполнением их просвета желчными пигментами. По органам – полнокровие, паренхиматозные кровоизлияния.

Задание:

1. Какие дополнительные исследования необходимо провести?
2. Зашифровать заболевание в свидетельстве о смерти?
3. Составить судебно-медицинский диагноз?
4. Определить наличие телесных провреждений?
5. Установить причину смерти?

Ответы:

1. Из трупа для судебно-гистологического исследования взяты кусочки внутренних органов на патоморфологические изменения. Для судебно-химического исследования кровь и моча на определение алкоголя.
2. Свидетельство о смерти. .Б) токсический гепатит В) отравление гепатотропным веществом Г) несчастный случай Х 59.
3. СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКИЙ ДИАГНОЗ. Острое отравление веществом, обладающим гепатотропным и нефротропным действием, токсический гепатит с некрозом гепатоцитов 2 и 3 гон ацинуса, билирубиновый нефроз с некрозом эпителия почечных канальцев. Осложнения: паренхиматозная желтуха, отек и набухание головного мозга с дислокацией; отек легких с геморрагическим компонентом; полнокровие внутренних органов.
4. Смерть наступила в результате острого отравления веществом, обладающим гепатотропным и нефротропным действием с развитием паренхиматозной желтухи, токсического гепатита и нефроза. Заключение подтверждается картиной, найденной на вскрытии, и данными медицинской документации.
5. При поступлении пострадавшей в стационар в крови не обнаружен этиловый спирт.

Задача №2. УК-1  ПК-1  ПК-2  ПК-3  ПК-5  ПК-7  ПК-8  ПК-9  ПК-10

ОБСТОЯТЕЛЬСТВА ДЕЛА: в направлении на судебно-медицинское исследование трупа не указаны.

Представлена медицинская карта стационарного больного из ГКБ на имя гр. А., 1975 г.р., которая 01.02.07г. в 21-25 бригадой "скорой помощи" была доставлена в токсикологическое отделение из гаражей по ул. Перенсона, 60. Известно, что в компании друзей пила антифриз на этиленгликолевой основе, после чего потеряла сознание. На догоспитальном этапе промыт желудок через зонд. При поступлении состояние тяжелое, сознание сопор. Контакту недоступна, психомоторное возбуждение. Кожа бледная, склеры чистые. Зрачки узкие, равны, фотореакция отсутствует. Симптом Кернига 170°. Дыхание спонтанное, адекватное, ЧДД 25 в минуту, проводится по всем полям, единичные проводные хрипы. АД 140/90 мм.рт.ст. Пульс 89 в минуту. Живот умеренно напряжен, участвует в дыхании. Печень +3 см. При поступлении в отделение больной произведена катетеризация подключичной вены справа, катетеризирован мочевой пузырь. Несмотря на проводимое лечение 03.02.07г. в 19-10 зафиксирована остановка кровообращения, реанимационные мероприятия без эффекта. 03.02.07г. в 19-40 констатирована смерть больной.

ПОСМЕРТНЫЙ ДИАГНОЗ. Острое пероральное отравление этиленгликолем тяжелой степени, бытовое. *Осложнения.* Токсическая энцефалопатия тяжелой степени. отек мозга. миокардиопатия. Аспирационный с-м. Аспирационная пневмония. Сердечно-легочная недостаточность. Отек легких. вторичный панкреатит.

Алкоголь – в крови и моче не обнаружен.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Данные анализов | | | | |
| Параметры  дата | 01.02 | 02.02 | 03.02 |  |
| эритроциты |  | 3,71 | 4,63 |  |
| Цветной п. |  | 1,16 | 1,2 |  |
| гемоглобин | 148 | 144 | 186 |  |
| тромбоциты |  | 213 | 207 |  |
| ретикулоциты |  | 43,2 | 51,2 |  |
| лейкоциты | 21,1 | 25,4 | 23,6 |  |
| палочкоядерные | 1 | 3 | 2 |  |
| сегментоядерные | 67 | 76 | 70 |  |
| лимфоциты | 30 | 9 | 15 |  |
| моноциты | 2 | 12 | 13 |  |
| РОЭ |  |  | 35 |  |
| Амилаза | 149 | 189 | 166 |  |
| мочевина | 4,8 | 7,0 | 12,8 |  |
| Билирубин общ. | 9,9 | 7,5 | 13,4 |  |
| Прямой | 2,5 | 2,5 | 2,5 |  |
| непрямой | 7,4 | 5,0 | 9,9 |  |
| Белок крови | 99,1 | 81,0 | 74,5 |  |
| Калий | 4,0 | 4,6 | 3,8 |  |
| Натрий | 160 | 155 | 160 |  |
| АЛТ | 129,6 | 28,0 | 26,6 |  |
| АСТ |  | 69,1 |  |  |
| сахар | 9,2 | 17,3 | 3,9 |  |
| ПТВ |  | 15 | 18 |  |
| ПТИ |  | 114 | 85 |  |
| Уд. вес мочи | 1004 | 1006 | 1006 |  |
| Белок мочи | 155 | 163 | 125 |  |
| Лейкоциты мочи | 1-3 | 2-3 | Ед. |  |
| Эритроциты мочи | 0-1-2 | 12-14 | Ед. |  |

НАРУЖНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ. Труп женщины, доставлен без одежды, среднего телосложения, удовлетворительного питания, длиной тела 165 см. Кожа бледно-серая, холодная на ощупь во всех отделах, в отлогих местах тела сливные, фиолетовые, не исчезающие и не меняющие цвет при надавливании трупные пятна. Пастозность голеней выражена. Трупное окоченение достаточно выражено во всех обычно исследуемых группах мышц. Склеры глаз мутные, тусклые, суховаты, кровоизлияний в соединительные оболочки глаз не отмечается, зрачки равновелики по 0,4 см диаметром. Голова правильной формы, кости черепа и лицевого скелета на ощупь целы. Грудная клетка цилиндрическая, эластичная, упругая, ребра на ощупь целы. Живот на одном уровне с грудной клеткой. Естественные отверстия тела и полости рта и носоглотки свободны, чистые. Слизистая оболочка губ синюшная, подсохшая. Анальное отверстие сомкнуто. Половые органы развиты правильно. Кости конечностей целы.

ПОВРЕЖДЕНИЯ. Каких-либо повреждений, кроме следов медицинских манипуляций, при наружном исследовании не обнаружено.

При проведении воздушной пробы – воздух из плевральных полостей и полостей сердца не получен.

ВНУТРЕННЕЕ ИССЛЕДОВАНИЕ

Масса органов взрослых.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Масса | **№ 40** | норма |
| Мозг | **1550** | До 1400 |
| Легкое правое | **800** | 450 |
| левое | **750** | 375 |
| Сердце | **300** | 200-400 |
| Печень | **1700** | 1200-2000 |
| Селезенка | **90** | 80-180 |
| Почки | **410** | 275-310 |

ПОЛОСТЬ ЧЕРЕПА: кожно-мышечный лоскут головы гладкий, влажный, блестящий, без кровоизлияний и повреждений, височные мышцы синюшные, сочные, полнокровны. Кости свода и основания черепа целы. Твердая мозговая оболочка серо-перламутрового цвета, цела, блестящая, гладкая, влажная, просвет ее синусов выполнен жидкой темной кровью в большом количестве. Мягкие мозговые оболочки тонкие, прозрачные со студневидным отеком и полнокровными сосудами, по ходу которых определяются рассеянные точечные кровоизлияния в небольшом количестве в толще мозговых оболочек. Сосуды Вилизиева круга с тонкими стенками, пустым просветом. Борозды мозга сглажены, извилины уплощены, на миндаликах мозжечка кольцевидная с диффузными субарахноидальными кровоизлияниями полоса вдавления от краев большого затылочного отверстия с губовидным выпячиванием вещества мозга внутри кольца. Резервные пространства мозга отсутствуют. Головной мозг дряблый, выполняет все резервные пространства, на разрезах с четкой границей серого и белого вещества и мраморным рисунком подкорковых ядер. Поверхности разрезов тускловаты, липнут к лезвию ножа. Желудочки мозга симметричны, обычного объема, эпендима их бледно-серая, блестящая, влажная, в полостях желудочков следы прозрачной соломенного цвета жидкости. Сосудистые сплетения обычного вида, полнокровны.

ОРГАНЫ ГОЛОВЫ И ШЕИ. Язык синюшный, влажный, обложен серовато-желтым, не снимающимся налетом. Слизистые оболочки носоглотки синюшные, влажные, блестящие. В мягких тканях шеи повреждений и кровоизлияний не обнаружено. Вход и просвет гортани свободен, слизистая оболочка ее бледно-серая. Подъязычная кость и хрящи гортани целы, в мягких тканях ее повреждений не обнаружено. Просвет трахеи и главных бронхов свободен, хрящи трахеи целы. Щитовидная железа обычных размеров, с равновеликими долями, плотно-эластичная, темно-коричневая, на разрезе полнокровна, дольчатого строения. Просвет пищевода свободен, слизистая его бледно-серая, продольно складчатая.

ГРУДНАЯ ПОЛОСТЬ. В плевральных полостях следы прозрачной жидкости. Легкие выполняют 2\3 полостей, с блестящей, гладкой и влажной плеврой. Под висцеральной плеврой, особенно, в прикорневых отделах легких и по базальным поверхностям, множественные точечные кровоизлияния. Легкие синюшные в передних и темно-синюшные в задних отделах, тестоватой консистенции, на разрезах темно-красные с обычным рисунком, полнокровны. Слизистые оболочки воздухопроводящих путей светло-розовые, набухшие. Бифуркационные лимфоузлы располагаются в виде пакетов диаметром от 1 до 2 см, эластичные, не спаянные между собой и с окружающими тканями, темно-синюшные, на разрезах сочные, с обычным рисунком. В полости перикарда следы прозрачной жидкости, листки его гладкие, влажные, блестящие. Под эпикардом единичные точечные рассеянные темно-красные кровоизлияния. Сердце дрябло-эластичное, 11х9х8 см, с избыточным отложением жира под эпикардом. В полостях сердца немного жидкой темной крови с мелкими единичными темно-вишневыми свертками. Миокард розовато-синюшный, эластичный, неравномерного кровенаполнения. Толщина стенки правого желудочка 0,3 см, левого 1,2 см. Клапаны и пристеночный эндокард тонкий, полупрозрачный, клапаны сформированы правильно. Аорта эластична, со следами жидкой крови в просвете и рассеянными липидными пятнами в интиме. Коронарные артерии с тонкими стенками, пустым просветом.

БРЮШНАЯ ПОЛОСТЬ. Органы расположены анатомически правильно. В полости следы прозрачной жидкости соломенного цвета. Листки брюшины гладкие, влажные, блестящие. Желудок пустой, содержимое кишечника отделам соответствует, слизистые оболочки их бледно-серые. Мезентериальные лимфоузлы располагаются раздельно, диаметр их не более 1 см, эластичны. Печень 24х20х16х13 см, плотно-эластичная, желто-коричневая с поверхности и на разрезах, полнокровная, со смазанным рисунком долек. В желчном пузыре 50 мл жидкой темно-зеленой желчи, слизистая оболочка его темно-зеленая, бархатистая. Просвет внепеченочных желчевыводящих путей свободно проходим. Поджелудочная железа обычных размеров, плотно-эластичная, бледно-серая, на разрезах - дольчатого строения. Селезенка 6х5х4 см, синюшная, полнокровна, эластична, без соскоба. Надпочечники листовидной формы, обычных размеров, на разрезах граница слоев четкая. Почки равновелики, 14х10х7 см, дряблые. Капсула сползает при надрезе, обнажая ровную поверхность. По краю разреза паренхима наползает на капсулу. На разрезах корковый и мозговой слои - синюшные, граница слоев отсутствует. Слизистые оболочки лоханок и чашечек бледно-синюшные, гладкие, блестящие, просвет их свободен. Мочеточники проходимы на всем протяжении, с бледно-серой слизистой. Мочевой пузырь пуст, слизистая оболочка его складчатая, бледно-серая, уретра свободно проходима.

**А К Т**

Судебно-гистологического исследования

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В просвете почечных канальцев типичные кристаллы щавелево-кислого кальция, характерные для отравления этиленгликолем. Аналогичные кристаллы перивазально в коре головного мозга. Очаговый некронефроз. Выраженные нарушения гемодинамики в микроциркуляторном русле. Отек легких с геморрагическим компонентом. Периваскулярный и перицеллюлярный отек головного мозга.

Задание:

1. Какие дополнительные исследования необходимо провести?
2. Зашифровать заболевание в свидетельстве о смерти?
3. Составить судебно-медицинский диагноз?
4. Определить наличие телесных провреждений?
5. Установить причину смерти?

Ответы:

1. Из трупа для судебно-гистологического исследования взяты кусочки внутренних органов на патоморфологические изменения. Для судебно-химического исследования кровь и моча на определение алкоголя.
2. Свидетельство о смерти В) отравление этиленгликолем
3. СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКИЙ ДИАГНОЗ. Острое отравление этиленгликолем - типичные кристаллы щавелевокислого кальция в просвете почечных канальцев, и перивазально в коре головного мозга. Осложнения: острая почечная недостаточность, отек и набухание головного мозга с дислокацией; отек легких; венозное полнокровие внутренних органов.
4. Смерть наступила в результате острого отравления этиленгликолем с типичными кристаллами щавелево-кислого кальция и развитием острой почечной недостаточности. Заключение подтверждается картиной, найденной на вскрытии, и данными медицинской документации.
5. При поступлении пострадавшей в стационар в крови и моче этиловый спирт не обнаружен, телесные повреждения не обнаружены.

Задача 3 УК-1  ПК-1  ПК-2  ПК-3  ПК-5  ПК-7  ПК-8  ПК-9  ПК-10

ИССЛЕДОВАНИЕ ТРУПА ПРОВОДИТСЯ ДЛЯ УСТАНОВЛЕНИЯ ПРИЧИНЫ СМЕРТИ

ОБСТОЯТЕЛЬСТВА ДЕЛА: в направлении на судебно-медицинское исследование трупа не указаны.

Представлена медицинская карта стационарного больного № Ч, 1956 г.р., который 01.02.07г. в 21-10 бригадой "скорой помощи" был доставлен в токсикологическое отделение из гаражей по ул. Перенсона, 60. Известно, что в компании друзей пил антифриз на этиленгликолевой основе. На догоспитальном этапе промыт желудок через зонд. При поступлении состояние тяжелое, сознание сопор. Контакту недоступен, психомоторное возбуждение. Кожа бледная, склеры чистые. Зрачки узкие, равны, фотореакция снижена. Симптом Кернига 170°. Дыхание спонтанное, адекватное, ЧДД 20 в минуту, единичные проводные хрипы. АД 160/100 мм.рт.ст. Пульс 91 в минуту. Живот умеренно напряжен. Печень у края реберной дуги. При поступлении в отделение больному произведена катетеризация подключичной вены справа, катетеризирован мочевой пузырь. Несмотря на проводимое лечение 03.02.07г. в 14-15 зафиксирована остановка кровообращения с эффективной реанимацией. Повторно остановка кровообращения на фоне сложного нарушения ритма в 15-50. Реанимационные мероприятия в течение 30 минут без эффекта. 03.02.07г. в 16-20 констатирована смерть больного.

ПОСМЕРТНЫЙ ДИАГНОЗ. Острое пероральное отравление этиленгликолем тяжелой степени, бытовое. *Осложнения.* Токсическая энцефалопатия тяжелой степени. Отек мозга. Токсическая гепато-нефропатия. Миокардиопатия. Вторичный панкреатит. Сердечно-легочная недостаточность.

Алкоголь – в крови и моче не обнаружен.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Данные анализов | | | | |
| Параметры  дата | 01.02 | 02.02 | 03.02 |  |
| эритроциты |  | 4,14 | 4,8 |  |
| Цветной п. |  | 1,0 | 1,02 |  |
| гемоглобин | 155 | 158 | 163 |  |
| тромбоциты |  | 282 | 203 |  |
| ретикулоциты |  | 43,2 | 49,2 |  |
| лейкоциты | 11,2 | 32,6 | 23,1 |  |
| базофилы | 1 |  |  |  |
| эозинофилы |  | 1 |  |  |
| палочкоядерные | 1 | 15 | 5 |  |
| сегментоядерные | 66 | 69 | 77 |  |
| лимфоциты | 21 | 5 | 10 |  |
| моноциты | 11 | 10 | 8 |  |
| РОЭ |  | 7 | 25 |  |
| Амилаза | 144 | 233 |  |  |
| мочевина | 4,8 | 8,9 |  |  |
| Билирубин общ. | 7,5 | 7,5 |  |  |
| Прямой | - | 2,5 |  |  |
| непрямой | 7,5 | 5,0 |  |  |
| Белок крови | 84,1 | 81,7 |  |  |
| Калий | 5,4 |  |  |  |
| Натрий | 160 | 160 |  |  |
| АЛТ | 32,5 | 43,9 |  |  |
| АСТ |  | 49,0 |  |  |
| сахар | 4,9 | 13,9 |  |  |
| ПТВ |  | 17 |  |  |
| ПТИ |  | 90 |  |  |
| Кетоновые тела |  | 30 |  |  |
| Уд. вес мочи | 1005 | 1008 | м/м |  |
| Белок мочи | 340 | 133 | 96 |  |
| сахар | 4,3 |  |  |  |
| Лейкоциты мочи | 2-1 | 2-1 | 1-3 |  |
| Эритроциты мочи | 2-1 | 8-12 | 15-18 |  |

НАРУЖНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ. Труп мужчины, доставлен без одежды, среднего телосложения, удовлетворительного питания, длиной тела 181 см. Кожа бледно-серая, холодная на ощупь во всех отделах, в отлогих местах тела сливные, фиолетовые, не исчезающие и не меняющие цвет при надавливании трупные пятна. Трупное окоченение достаточно выражено во всех обычно исследуемых группах мышц. Склеры глаз мутные, тусклые, суховаты, кровоизлияний в соединительные оболочки глаз не отмечается, зрачки равновелики по 0,4 см диаметром. Голова правильной формы, кости черепа и лицевого скелета на ощупь целы. Грудная клетка цилиндрическая, эластичная, упругая, ребра на ощупь целы. Живот на одном уровне с грудной клеткой. Естественные отверстия тела и полости рта и носоглотки свободны, чистые. Слизистая оболочка губ синюшная, подсохшая. Анальное отверстие сомкнуто. Половые органы развиты правильно. Кости конечностей целы.

ВНУТРЕННЕЕ ИССЛЕДОВАНИЕ

Масса органов взрослых.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Масса | **№ 40** | норма |
| Мозг | **1550** | До 1400 |
| Легкое правое | **800** | 450 |
| левое | **750** | 375 |
| Сердце | **300** | 200-400 |
| Печень | **1700** | 1200-2000 |
| Селезенка | **90** | 80-180 |
| Почки | **410** | 275-310 |

ПОЛОСТЬ ЧЕРЕПА: кожно-мышечный лоскут головы гладкий, влажный, блестящий, без кровоизлияний и повреждений, височные мышцы синюшные, сочные, полнокровны. Кости свода и основания черепа целы. Твердая мозговая оболочка серо-перламутрового цвета, цела, блестящая, гладкая, влажная, просвет ее синусов выполнен жидкой темной кровью в большом количестве. Мягкие мозговые оболочки тонкие, прозрачные со студневидным отеком и полнокровными сосудами, по ходу которых определяются рассеянные точечные кровоизлияния в небольшом количестве в толще мозговых оболочек. Сосуды Вилизиева круга с тонкими стенками, пустым просветом. Борозды мозга сглажены, извилины уплощены, на миндаликах мозжечка кольцевидная с диффузными субарахноидальными кровоизлияниями полоса вдавления от краев большого затылочного отверстия с губовидным выпячиванием вещества мозга внутри кольца. Резервные пространства мозга отсутствуют. Головной мозг дряблый, выполняет все резервные пространства, на разрезах с четкой границей серого и белого вещества и мраморным рисунком подкорковых ядер. Поверхности разрезов тускловаты, липнут к лезвию ножа. Желудочки мозга симметричны, обычного объема, эпендима их бледно-серая, блестящая, влажная, в полостях желудочков следы прозрачной соломенного цвета жидкости. Сосудистые сплетения обычного вида, полнокровны.

ОРГАНЫ ГОЛОВЫ И ШЕИ. Язык синюшный, влажный, обложен серовато-желтым, не снимающимся налетом. Слизистые оболочки носоглотки синюшные, влажные, блестящие. В мягких тканях шеи повреждений и кровоизлияний не обнаружено. Вход и просвет гортани свободен, слизистая оболочка ее бледно-серая. Подъязычная кость и хрящи гортани целы, в мягких тканях ее повреждений не обнаружено. Просвет трахеи и главных бронхов свободен, хрящи трахеи целы. Щитовидная железа обычных размеров, с равновеликими долями, плотно-эластичная, темно-коричневая, на разрезе полнокровна, дольчатого строения. Просвет пищевода свободен, слизистая его бледно-серая, продольно складчатая.

ГРУДНАЯ ПОЛОСТЬ. В плевральных полостях следы прозрачной жидкости. Легкие выполняют 2\3 полостей, с блестящей, гладкой и влажной плеврой. Под висцеральной плеврой, особенно, в прикорневых отделах легких и по базальным поверхностям, множественные точечные кровоизлияния. Легкие синюшные в передних и темно-синюшные в задних отделах, тестоватой консистенции, на разрезах темно-красные с обычным рисунком, полнокровны. Слизистые оболочки воздухо-проводящих путей светло-розовые, набухшие. Бифуркационные лимфоузлы располагаются в виде пакетов диаметром от 1 до 2 см, эластичные, не спаянные между собой и с окружающими тканями, темно-синюшные, на разрезах сочные, с обычным рисунком. В полости перикарда следы прозрачной жидкости, листки его гладкие, влажные, блестящие. Под эпикардом единичные точечные рассеянные темно-красные кровоизлияния. Сердце дрябло-эластичное, 11х9х8 см, с избыточным отложением жира под эпикардом. В полостях сердца немного жидкой темной крови с мелкими единичными темно-вишневыми свертками. Миокард розовато-синюшный, эластичный, неравномерного кровенаполнения. Толщина стенки правого желудочка 0,3 см, левого 1,2 см. Клапаны и пристеночный эндокард тонкий, полупрозрачный, клапаны сформированы правильно. Аорта эластична, со следами жидкой крови в просвете и рассеянными липидными пятнами в интиме. Коронарные артерии с тонкими стенками, пустым просветом.

БРЮШНАЯ ПОЛОСТЬ. Органы расположены анатомически правильно. В полости следы прозрачной жидкости соломенного цвета. Листки брюшины гладкие, влажные, блестящие. Желудок пустой, содержимое кишечника отделам соответствует, слизистые оболочки их бледно-серые. Мезентериальные лимфоузлы располагаются раздельно, диаметр их не более 1 см, эластичны. Печень 25х20х16х13 см, плотно-эластичная, желто-зеленоватая с поверхности и на разрезах, полнокровная, со смазанным рисунком долек. В желчном пузыре 15 мл жидкой темно-зеленой желчи, слизистая оболочка его темно-зеленая, бархатистая. Просвет внепеченочных желчевыводящих путей свободно проходим. Поджелудочная железа обычных размеров, плотно-эластичная, бледно-серая, на разрезах - дольчатого строения. Селезенка 6х5х4 см, синюшная, полнокровна, эластична, без соскоба. Надпочечники листовидной формы, обычных размеров, на разрезах граница слоев четкая. Почки равновелики, 15х10х7 см, дряблые. Капсула сползает при надрезе, обнажая ровную поверхность. По краю разреза паренхима наползает на капсулу. На разрезах корковый и мозговой слои - синюшные, граница слоев отсутствует. Слизистые оболочки лоханок и чашечек бледно-синюшные, гладкие, блестящие, просвет их свободен. Мочеточники проходимы на всем протяжении, с бледно-серой слизистой. Мочевой пузырь пуст, слизистая оболочка его складчатая, бледно-серая, уретра свободно проходима.

**А К Т**

Судебно-гистологического исследования

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В просвете почечных канальцев типичные кристаллы щавелевокислого кальция, характерные для отравления этиленгликолем. Аналогичные кристаллы перивазально в коре головного мозга. Очаговый некронефроз. Выраженные нарушения гемодинамики в микроциркуляторном русле. Отек легких с геморрагическим компонентом. Периваскулярный и перицеллюлярный отек головного мозга. В печени внутридольковый холестаз.

Задание:

1. Какие дополнительные исследования необходимо провести?
2. Зашифровать заболевание в свидетельстве о смерти?
3. Составить судебно-медицинский диагноз?
4. Определить наличие телесных провреждений?
5. Установить причину смерти?

Ответы:

1. Из трупа для судебно-гистологического исследования взяты кусочки внутренних органов на патоморфологические изменения. Для судебно-химического исследования кровь и моча на определение алкоголя.
2. Свидетельство о смерти В) острое отравление этиленгликолем.
3. СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКИЙ ДИАГНОЗ. Острое отравление этиленгликолем - типичные кристаллы щавелевокислого кальция в просвете почечных канальцев, и перивазально в веществе головного мозга. Осложнения: острая почечная недостаточность, отек и набухание головного мозга с дислокацией; отек легких; венозное полнокровие внутренних органов.
4. Смерть наступила в результате острого отравления этиленгликолем с типичными кристаллами щавелево-кислого кальция и развитием острой почечной недостаточности. Заключение подтверждается картиной, найденной на вскрытии, и данными медицинской документации.
5. При судебно-медицинском исследовании трупа телесные повреждения не обнаружены. При поступлении пострадавшей в стационар в крови и моче этиловый спирт не обнаружен.

Задача №4. УК-1  ПК-1  ПК-2  ПК-3  ПК-5  ПК-7  ПК-8  ПК-9  ПК-10

ОБСТОЯТЕЛЬСТВА ДЕЛА: в направлении на судебно-медицинское исследование трупа не указаны.

Представлена медицинская карта стационарного больного № Ш., 1956 г.р., который 01.02.07г. в 21-10 бригадой "скорой помощи" был доставлен в токсикологическое отделение из гаражей по ул. Перенсона, 60. Известно, что в компании друзей пил антифриз на этиленгликолевой основе, после чего потерял сознание. На догоспитальном этапе промыт желудок через зонд. При поступлении состояние тяжелое, сознание сопор. Контакту недоступен, психомоторное возбуждение. Кожа бледная, склеры чистые. Зрачки узкие, равны, фотореакция отсутствует. Симптом Кернига 170°. Дыхание спонтанное, адекватное, ЧДД 20 в минуту, проводится по всем полям, единичные влажные хрипы. АД 150/80 мм.рт.ст. Пульс 81 в минуту. Живот мягкий, умеренно напряжен. Печень у края реберной дуги. При поступлении в отделение больному произведена катетеризация подключичной вены справа, катетеризирован мочевой пузырь. На рентгенограмме № 2243 от 03.02.07г. пневмония в верхней доле правого легкого. Несмотря на проводимое лечение 03.02.07г. в 13-40 зафиксирована остановка кровообращения с эффективной реанимацией. Повторно остановка кровообращения в 14-50. Реанимационные мероприятия в течение 30 минут без эффекта. 03.02.07г. в 15-20 констатирована смерть больного.

ПОСМЕРТНЫЙ ДИАГНОЗ. Острое пероральное отравление этиленгликолем тяжелой степени, бытовое. *Осложнения.* Токсическая энцефалопатия тяжелой степени. Отек мозга. Токсическая гепато-нефропатия. Вторичный панкреатит. Двусторонняя пневмония. Сердечно-легочная недостаточность. *Конкурирующий.* Панкреонекроз.

Алкоголь – в крови и моче не обнаружен.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Данные анализов | | | | |
| Параметры  дата | 01.02 | 02.02 | 03.02 |  |
| эритроциты |  | 3,72 | 4,5 |  |
| Цветной п. |  | 1,12 | 1,2 |  |
| гемоглобин | 144 | 139 | 174 |  |
| тромбоциты |  | 336 | 285 |  |
| ретикулоциты |  | 41,9 | 49,3 |  |
| лейкоциты | 13,7 | 19,8 | 12,7 |  |
| эозинофилы | 1 |  |  |  |
| палочкоядерные | 2 | 7 | 14 |  |
| сегментоядерные | 59 | 77 | 67 |  |
| лимфоциты | 35 | 8 | 7 |  |
| моноциты | 3 | 8 | 12 |  |
| РОЭ | 24 | 18 | 18 |  |
| Амилаза | 433 | 387 |  |  |
| мочевина | 7,1 | 8,9 |  |  |
| Билирубин общ. | 11,9 | 13,5 |  |  |
| Прямой | 8,8 | 5,7 |  |  |
| непрямой | 3,1 | 7,8 |  |  |
| Белок крови | 98,0 | 907 |  |  |
| Калий | 4,5 | 5,4 |  |  |
| Натрий | 155 | 152 |  |  |
| АЛТ | 631,5 | 529,0 |  |  |
| АСТ |  | 81,0 |  |  |
| сахар | 7,9 | 13,0 |  |  |
| ПТВ |  | 15 |  |  |
| ПТИ |  | 114 |  |  |
| Уд. вес мочи | 1005 | 1017 | 1005 |  |
| Белок мочи | 170 | 315 | 210 |  |
| Лейкоциты мочи | 2-4-3 | ед. | 2-6 |  |
| Эритроциты мочи | 0-1-1 | зн. кол. | 17-20 |  |

НАРУЖНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ. Труп мужчины, доставлен без одежды, среднего телосложения, удовлетворительного питания, длиной тела 175 см. Кожа бледно-серая, холодная на ощупь во всех отделах, в отлогих местах тела сливные, фиолетовые, не исчезающие и не меняющие цвет при надавливании трупные пятна. Трупное окоченение достаточно выражено во всех обычно исследуемых группах мышц. Склеры глаз мутные, тусклые, суховаты, кровоизлияний в соединительные оболочки глаз не отмечается, зрачки равновелики по 0,4 см диаметром. Голова правильной формы, кости черепа и лицевого скелета на ощупь целы. Грудная клетка цилиндрическая, эластичная, упругая, ребра на ощупь целы. Живот на одном уровне с грудной клеткой. Естественные отверстия тела и полости рта и носоглотки свободны, чистые. Слизистая оболочка губ синюшная, подсохшая. Анальное отверстие сомкнуто, кожа вокруг него слегка обпачкана каловыми массами. Половые органы развиты правильно. Кости конечностей целы.

ПОВРЕЖДЕНИЯ. Каких-либо повреждений, кроме следов медицинских манипуляций, при наружном исследовании не обнаружено.

При проведении воздушной пробы – воздух из плевральных полостей и полостей сердца не получен.

ВНУТРЕННЕЕ ИССЛЕДОВАНИЕ

Масса органов взрослых.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Масса | **№ 40** | норма |
| Мозг | **1500** | До 1400 |
| Легкое правое | **820** | 450 |
| левое | **760** | 375 |
| Сердце | **310** | 200-400 |
| Печень | **1600** | 1200-2000 |
| Селезенка | **90** | 80-180 |
| Почки | **425** | 275-310 |

ПОЛОСТЬ ЧЕРЕПА: кожно-мышечный лоскут головы гладкий, влажный, блестящий, без кровоизлияний и повреждений, височные мышцы синюшные, сочные, полнокровны. Кости свода и основания черепа целы. Твердая мозговая оболочка серо-перламутрового цвета, цела, блестящая, гладкая, влажная, просвет ее синусов выполнен жидкой темной кровью в большом количестве. Мягкие мозговые оболочки тонкие, прозрачные со студневидным отеком и полнокровными сосудами, по ходу которых определяются рассеянные точечные кровоизлияния в небольшом количестве в толще мозговых оболочек. Сосуды Вилизиева круга с тонкими стенками, пустым просветом. Борозды мозга сглажены, извилины уплощены, на миндаликах мозжечка кольцевидная с диффузными субарахноидальными кровоизлияниями полоса вдавления от краев большого затылочного отверстия с губовидным выпячиванием вещества мозга внутри кольца. Резервные пространства мозга отсутствуют. Головной мозг дряблый, выполняет все резервные пространства, на разрезах с четкой границей серого и белого вещества и мраморным рисунком подкорковых ядер. Поверхности разрезов тускловаты, липнут к лезвию ножа. Желудочки мозга симметричны, обычного объема, эпендима их бледно-серая, блестящая, влажная, в полостях желудочков следы прозрачной соломенного цвета жидкости. Сосудистые сплетения обычного вида, полнокровны.

ОРГАНЫ ГОЛОВЫ И ШЕИ. Язык синюшный, влажный, обложен серовато-желтым, не снимающимся налетом. Слизистые оболочки носоглотки синюшные, влажные, блестящие. В мягких тканях шеи повреждений и кровоизлияний не обнаружено. Вход и просвет гортани свободен, слизистая оболочка ее бледно-серая. Подъязычная кость и хрящи гортани целы, в мягких тканях ее повреждений не обнаружено. Просвет трахеи и главных бронхов свободен, хрящи трахеи целы. Щитовидная железа обычных размеров, с равновеликими долями, плотно-эластичная, темно-коричневая, на разрезе полнокровна, дольчатого строения. Просвет пищевода свободен, слизистая его бледно-серая, продольно складчатая.

ГРУДНАЯ ПОЛОСТЬ. В плевральных полостях следы прозрачной жидкости. Легкие выполняют 2\3 полостей, с блестящей, гладкой и влажной плеврой. Под висцеральной плеврой, особенно, в прикорневых отделах легких и по базальным поверхностям, множественные точечные кровоизлияния. Легкие синюшные в передних и темно-синюшные в задних отделах, тестоватой консистенции, на разрезах темно-красные с обычным рисунком, полнокровны. Слизистые оболочки воздухо-проводящих путей светло-розовые, набухшие. Бифуркационные лимфоузлы располагаются в виде пакетов диаметром от 1 до 2 см, эластичные, не спаянные между собой и с окружающими тканями, темно-синюшные, на разрезах сочные, с обычным рисунком. В полости перикарда следы прозрачной жидкости, листки его гладкие, влажные, блестящие. Под эпикардом единичные точечные рассеянные темно-красные кровоизлияния. Сердце дрябло-эластичное, 11,5х9х8 см, с избыточным отложением жира под эпикардом. В полостях сердца немного жидкой темной крови с мелкими единичными темно-вишневыми свертками. Миокард розовато-синюшный, эластичный, неравномерного кровенаполнения. Толщина стенки правого желудочка 0,3 см, левого 1,2 см. Клапаны и пристеночный эндокард тонкий, полупрозрачный, клапаны сформированы правильно. Аорта эластична, со следами жидкой крови в просвете и рассеянными липидными пятнами в интиме. Коронарные артерии с тонкими стенками, пустым просветом.

БРЮШНАЯ ПОЛОСТЬ. Органы расположены анатомически правильно. В полости следы прозрачной жидкости соломенного цвета. Листки брюшины гладкие, влажные, блестящие. Желудок пустой, содержимое кишечника отделам соответствует, слизистые оболочки их бледно-серые. Мезентериальные лимфоузлы располагаются раздельно, диаметр их не более 1 см, эластичны. Печень 22х20х16х13 см, плотно-эластичная, желто-зеленоватая с поверхности и на разрезах, полнокровная, со смазанным рисунком долек. В желчном пузыре 25 мл жидкой темно-зеленой желчи, слизистая оболочка его темно-зеленая, бархатистая. Просвет внепеченочных желчевыводящих путей свободно проходим. Поджелудочная железа обычных размеров, плотно-эластичная, бледно-серая, на разрезах - дольчатого строения. Селезенка 7х5х4 см, синюшная, полнокровна, эластична, без соскоба. Надпочечники листовидной формы, обычных размеров, на разрезах граница слоев четкая. Почки равновелики, 14,5х9х7 см, дряблые. Капсула сползает при надрезе, обнажая ровную поверхность. По краю разреза паренхима наползает на капсулу. На разрезах корковый и мозговой слои - синюшные, граница слоев отсутствует. Слизистые оболочки лоханок и чашечек бледно-синюшные, гладкие, блестящие, просвет их свободен. Мочеточники проходимы на всем протяжении, с бледно-серой слизистой. Мочевой пузырь пуст, слизистая оболочка его складчатая, бледно-серая, уретра свободно проходима.

**А К Т**

Судебно-гистологического исследования № 838

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В просвете почечных канальцев типичные кристаллы щавелевокислого кальция, характерные для отравления этиленгликолем. Аналогичные кристаллы перивазально в коре головного мозга. Субтотальный некронефроз. Выраженные нарушения гемодинамики в микроциркуляторном русле. Отек легких с геморрагическим компонентом. Периваскулярный и перицеллюлярный отек головного мозга. В печени внутридольковый холестаз.

Задание:

1. Какие дополнительные исследования необходимо провести?
2. Зашифровать заболевание в свидетельстве о смерти?
3. Составить судебно-медицинский диагноз?
4. Определить наличие телесных провреждений?
5. Установить причину смерти?

Ответы:

1. Из трупа для судебно-гистологического исследования взяты кусочки внутренних органов на патоморфологические изменения. Для судебно-химического исследования кровь и моча на определение алкоголя.
2. Свидетельство о смерти В) отравление этиленгликолем
3. СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКИЙ ДИАГНОЗ. Острое отравление этиленгликолем - типичные кристаллы щавелевокислого кальция в просвете почечных канальцев, и перивазально в веществе головного мозга. Осложнения: острая почечная недостаточность, отек и набухание головного мозга с дислокацией; отек легких; венозное полнокровие внутренних органов.
4. При судебно-медицинском исследовании трупа телесные повреждения не обнаружены. При поступлении пострадавшей в стационар в крови и моче этиловый спирт не обнаружен.
5. Смерть наступила в результате острого отравления этиленгликолем с типичными кристаллами щавелевокислого кальция и развитием острой почечной недостаточности. Заключение подтверждается картиной, найденной на вскрытии, и данными медицинской документации.

Задача №5. УК-1  ПК-1  ПК-2  ПК-3  ПК-5  ПК-7  ПК-8  ПК-9  ПК-10

ОБСТОЯТЕЛЬСТВА ДЕЛА: в направлении на судебно-медицинское исследование трупа не указаны.

Представлена медицинская карта стационарного больного № на имя. Б., 1948 г.р., которая 27.01.07г. в 17-10 бригадой "скорой помощи" была доставлена во 2 инфекционное отделение с жалобами на тошноту, рвоту, желтуху, боли в правом подреберье, жидкий стул, слабость. Заболела в декабре 2006г., желтуха, 2 недели кашицеобразный стул до 5 раз. Известно, что больная злоупотребляет алкоголем, суррогатами алкоголя. При поступлении общее состояние тяжелое. Вид вялый. Сознание ясное. В контакт вступает неохотно. Положение пассивное. Кахексия. Кожные покровы сухие, желтушные. Дыхание через нос свободное, ЧДД 18 в минуту. Пульс 70 в минуту. АД 110/60 мм.рт.ст. Язык обложен белым налетом. Живот мягкий, безболезненный. Урчание по ходу кишечника. Печень +1 см из под ребра. Больная госпитализирована в отделение реанимации. При ультразвуковом исследовании № 488 от 30.01.07: диффузные изменения печени, диффузные изменения поджелудочной железы. Осмотрена хирургом. *Операции:* 1) 03.02.07г. Лапароцентез. Получено асцитическое отделяемое. На фоне прогрессивного ухудшения состояния 04.02.07г. в 16-00 остановка дыхания и сердечной деятельности. Проведены успешные реанимационные мероприятия, восстановился синусовый ритм. Продолжена назначенная терапия. В 20-00 повторная остановка сердечной деятельности. Реанимационные мероприятия без эффекта, констатирована смерть 04.02.2007г. в 20-15.

ПОСМЕРТНЫЙ ДИАГНОЗ. алкогольно-токсический панкреатит, гепатит, тяжелое течение. *Осложнения.* Токсическая энцефалопатия. Судорожный синдром. Гепаторенальный синдром, ДВС-синдром. … желудочно-кишечное кровотечение. *Сопутствующий.* Синдром зависимости от алкоголя средней степени. хронический колит …, В-12 дефицитная анемия. ИБС. Постинфарктный кардиосклероз.

*Операции:* 1) 03.02.07г. Лапароцентез.

Алкоголь – данных нет.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Данные анализов | | | | |
| Параметры  дата | 31.01 | 2.02 | 3.02 | 4.02 |
| эритроциты | 2,1 | 1,9 | 2,0 | 1,69 |
| Цветной п. | 1,15 | 1,15 | 1,05 | 1,21 |
| гемоглобин | 80 | 73 | 70 | 68 |
| тромбоциты | 130 | 144 | 158 | 90 |
| лейкоциты | 5,0 | 12,7 | 13,6 | 13,0 |
| эозинофилы | 2 |  |  |  |
| базофилы | 2 |  |  |  |
| миелоциты |  |  | 1 | 2 |
| палочкоядерные | 5 | 1 | 3 | 12 |
| сегментоядерные | 75 | 82 | 78 | 57 |
| лимфоциты | 10 | 10 | 6 | 10 |
| моноциты | 6 | 7 | 12 | 19 |
| Дегенеративные изменения нейтрофилов |  |  |  | + |
| Анизоцитоз | + | ++ | ++ | ++ |
| Пойкилоцитоз | + | + | + | + |
| Полихромазия | + | + | + | + |
| РОЭ | 62 | 50 | 53 |  |
| Амилаза | 14,7 | 10,0 | 17,2 | 34,3 |
| мочевина | 18,4 | 17,3 | 22,9 | 28,6 |
| Билирубин общ. | 211,4 | 239,1 | 257,6 | 263,0 |
| Прямой | 163,4 | 196,8 | 186,6 | 191,5 |
| непрямой | 48,0 | 42,3 | 71,0 | 71,5 |
| Белок крови | 54 | 60 | 55,2 | 50 |
| Калий | 2,3 | 2,3 | 2,8 | 4,5 |
| Натрий | 140 | 120 | 120 | 116 |
| Уд. вес мочи |  | 1005 |  |  |
| Белок мочи |  | 2549 |  |  |
| сахар |  | 3,3 |  |  |
| Лейкоциты мочи |  | бол. кол. |  |  |
| Эритроциты мочи |  | бол. кол. |  |  |

НАРУЖНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ. Труп женщины, доставлен без одежды, среднего телосложения, удовлетворительного питания, длиной тела 170 см. Кожа желтая, холодная на ощупь во всех отделах, в отлогих местах тела сливные, фиолетовые, не исчезающие и не меняющие цвет при надавливании трупные пятна. Трупное окоченение достаточно выражено во всех обычно исследуемых группах мышц. Склеры глаз мутные, тусклые, суховаты, кровоизлияний в соединительные оболочки глаз не отмечается, зрачки равновелики по 0,4 см диаметром. Голова правильной формы, кости черепа и лицевого скелета на ощупь целы. Грудная клетка цилиндрическая, эластичная, упругая, ребра на ощупь целы. Живот на одном уровне с грудной клеткой. Естественные отверстия тела и полости рта и носоглотки свободны, чистые. Слизистая оболочка губ синюшная, подсохшая. Анальное отверстие сомкнуто, кожа вокруг него слегка обпачкана бесцветными каловыми массами. Половые органы развиты правильно. Кости конечностей целы.

ПОВРЕЖДЕНИЯ. Каких-либо повреждений, кроме следов медицинских манипуляций, при наружном исследовании не обнаружено.

При проведении воздушной пробы – воздух из плевральных полостей и полостей сердца не получен.

ВНУТРЕННЕЕ ИССЛЕДОВАНИЕ

Масса органов взрослых.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Масса | **№ 43** | норма |
| Мозг | **1430** | До 1400 |
| Легкое правое | **560** | 450 |
| левое | **440** | 375 |
| Сердце | **270** | 200-400 |
| Печень | **2100** | 1200-2000 |
| Селезенка | **250** | 80-180 |
| Почки | **320** | 275-310 |

ПОЛОСТЬ ЧЕРЕПА: кожно-мышечный лоскут головы гладкий, влажный, блестящий, без кровоизлияний и повреждений, височные мышцы синюшные, сочные, полнокровны. Кости свода и основания черепа целы. Твердая мозговая оболочка желтого цвета, цела, блестящая, гладкая, влажная, просвет ее синусов выполнен жидкой темной кровью в большом количестве. Мягкие мозговые оболочки тонкие, прозрачные со студневидным отеком и полнокровными сосудами, по ходу которых определяются рассеянные точечные кровоизлияния в небольшом количестве в толще мозговых оболочек. Борозды мозга сглажены, извилины уплощены, на миндаликах мозжечка кольцевидная с диффузными субарахноидальными кровоизлияниями полоса вдавления от краев большого затылочного отверстия с губовидным выпячиванием вещества мозга внутри кольца. Резервные пространства мозга отсутствуют. Головной мозг дряблый, выполняет все резервные пространства, на разрезах с четкой границей серого и белого вещества и мраморным рисунком подкорковых ядер. Поверхности разрезов тускловаты, липнут к лезвию ножа. Желудочки мозга симметричны, обычного объема, эпендима их бледно-серая, блестящая, влажная, в полостях желудочков следы прозрачной соломенного цвета жидкости. Сосудистые сплетения обычного вида, полнокровны.

ОРГАНЫ ГОЛОВЫ И ШЕИ. Язык желто-синюшный, влажный, обложен серовато-желтым, не снимающимся налетом. Слизистые оболочки носоглотки желто-синюшные, влажные, блестящие. В мягких тканях шеи повреждений и кровоизлияний не обнаружено. Вход и просвет гортани свободен, слизистая оболочка ее желто-серая. Подъязычная кость и хрящи гортани целы, в мягких тканях ее повреждений не обнаружено. Просвет трахеи и главных бронхов свободен, хрящи трахеи целы. Щитовидная железа обычных размеров, с равновеликими долями, плотно-эластичная, темно-коричневая, на разрезе полнокровна, дольчатого строения. Просвет пищевода свободен, слизистая его желто-серая, продольно складчатая.

ГРУДНАЯ ПОЛОСТЬ. В плевральных полостях следы желтой жидкости. Легкие выполняют 2\3 полостей, с блестящей, прокрашенной в желтый цвет гладкой и влажной плеврой. Под висцеральной плеврой, особенно, в прикорневых отделах легких и по базальным поверхностям, множественные точечные кровоизлияния. Легкие желто-синюшные в передних и темно-синюшные в задних отделах, тестоватой консистенции, на разрезах темно-красные с обычным рисунком, полнокровны. Слизистые оболочки воздухо-проводящих путей желтые, набухшие. Бифуркационные лимфоузлы располагаются в виде пакетов диаметром от 1 до 2 см, эластичные, не спаянные между собой и с окружающими тканями, темно-синюшные, на разрезах сочные, с обычным рисунком. В полости перикарда следы желтой жидкости, листки его гладкие, влажные, блестящие. Под эпикардом единичные точечные рассеянные темно-красные кровоизлияния. Сердце дряблое, 11,5х9х8 см. В полостях сердца немного жидкой темной крови с мелкими единичными темно-вишневыми свертками. Миокард розовато-синюшный, эластичный, неравномерного кровенаполнения. Толщина стенки правого желудочка 0,3 см, левого 1,2 см. Клапанный и пристеночный эндокард тонкий, прокрашен в желтый цвет, полупрозрачный, клапаны сформированы правильно. Аорта эластична, со следами жидкой крови в просвете и рассеянными липидными пятнами в интиме. Коронарные артерии с тонкими стенками, пустым просветом.

БРЮШНАЯ ПОЛОСТЬ. Органы расположены анатомически правильно. В полости следы прозрачной жидкости желтого цвета. Листки брюшины прокрашены в желтый цвет, гладкие, влажные, блестящие. Желудок пустой, содержимое кишечника отделам соответствует, слизистые оболочки их желто-серые. В толстом кишечнике бесцветные каловые массы. Мезентериальные лимфоузлы располагаются раздельно, диаметр их не более 1 см, эластичны. Печень 27х22х18х13 см, плотно-эластичная, желто-зеленая с поверхности и на разрезах, полнокровная, с зеленым крапом. В желчном пузыре 25 мл жидкой темно-зеленой желчи, слизистая оболочка его темно-зеленая, бархатистая. Просвет внепеченочных желчевыводящих путей свободно проходим. Поджелудочная железа обычных размеров, плотно-эластичная, бледно-желтая, на разрезах - дольчатого строения. Селезенка 15х15х14 см, синюшная, полнокровна, эластична, без соскоба. Надпочечники листовидной формы, обычных размеров, на разрезах граница слоев четкая. Почки равновелики, 11,5х7х5 см, дрябло-эластичные. Капсула сползает при надрезе, обнажая ровную поверхность. По краю разреза паренхима наползает на капсулу. На разрезах корковый слой – желто-синюшный, с темно-красным крапом и подчеркнутым рисунком, мозговой слой также с подчеркнутым рисунком, граница слоев отчетливо выражена. Слизистые оболочки лоханок и чашечек желтые, гладкие, блестящие, просвет их свободен. Мочеточники проходимы на всем протяжении, с желто-серой слизистой. Мочевой пузырь пуст, слизистая оболочка его складчатая, желто-серая, уретра свободно проходима. Гиперплазия костного мозга бедра.

**А К Т**

Судебно-гистологического исследования

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Печень – полнокровие синусоидов, внутридольковый холестаз. Умеренная пролиферация звездчатых ретикулоцитов, отек пространств Диссе. Вакуольная дистрофия гепатоцитов. Почки – эктазия просвета почечных канальцев с выполнением его желчным пигментом. Очаговый межуточный склероз. В легких отек с геморрагическим компонентом. Головной мозг – выраженный периваскулярный и перицеллюлярный отек.

Задание:

1. Какие дополнительные исследования необходимо провести?
2. Зашифровать заболевание в свидетельстве о смерти?
3. Составить судебно-медицинский диагноз?
4. Определить наличие телесных провреждений?
5. Установить причину смерти?

Ответы:

1. Из трупа для судебно-гистологического исследования взяты кусочки внутренних органов на патоморфологические изменения. Для судебно-химического исследования кровь и моча на определение алкоголя.
2. Свидетельство о смерти В) отравление веществом обладающим гепато- и нефротропным действием Т 65.9. Г) несчастный случай Х 59.
3. СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКИЙ ДИАГНОЗ. Отравление веществом обладающим гепато- и нефротропным действием: внутридольковый холестаз, умеренная пролиферация звездчатых ретикулоцитов, отек пространств Диссе, вакуольная дистрофия гепатоцитов; билирубиновый нефроз - эктазия просвета почечных канальцев с выполнением его желчным пигментом. Осложнения: паренхиматозная желтуха, отек и набухание головного мозга с дислокацией; отек легких с геморрагическим компонентом; венозное полнокровие внутренних органов.
4. При судебно-медицинском исследовании трупа телесные повреждения не обнаружены.
5. Смерть наступила 04.02.2007. в результате отравления неустановленным веществом с гепатотропным и нефротропным действием, обусловившим печеночно-почечную недостаточность. Заключение подтверждается картиной, найденной на вскрытии и данными медицинской документации. Данных в истории болезни о наличия алкоголя в крови пострадавшего не обнаружено.

**6. Перечень практических умений по изучаемой теме**

УК-1  ПК-1  ПК-2  ПК-3  ПК-5  ПК-7  ПК-8  ПК-9  ПК-10

- установить причину смерти;

- провести судебно-медицинское исследование трупа при различных видах насильственной смерти;

- определить степень тяжести телесных повреждений;

- установить причинно-следственную связь между повреждением и неблагоприятным исходом;

- организовать судебно-медицинскую экспертизу вещественных доказательств (изъять, упаковать и направить объекты судебно-медицинской экспертизы на лабораторные исследования);

**7. Рекомендации по выполнению НИР**

Примерная тематика по НИР по теме - не предусмотрена.

**8. Рекомендованная литература по теме занятия** (обязательная, дополнительная, электронные ресурсы, включая законодательные и нормативно-правовые документы)

**Занятие № 40**

**1. Индекс** ОД.О.01.1.7.50 **Тема: «Судебно-медицинская классификация ядов. Отравления, их происхождение. Зависимость течения отравлений от свойств яда, условий его введения и действия, а также индивидуальных особенностей организма. Пути введения ядов в организм, функция их в органах и тканях изменения и выделение ядов. Привыкание к ядам».** 2 часть

**2. Форма организации занятия:** подготовка к практическому занятию.

**3. Перечень вопросов для самоподготовки по теме практического занятия**

1. ВОПРОС **.** УК-1  ПК-1  ПК-2  ПК-3  ПК-5  ПК-7  ПК-8  ПК-9  ПК-10

Какое значение имеет отравление этиловым алкоголем?

ОТВЕТ: Отравление этиловым спиртом (этанолом)

встречается каждом пятом случае среди других отравлений, а в отдельные годы значительно чаще. Кроме того, встречаются смертельные отравления и суррогатами этанола. Следует обратить внимание на то, что алкогольное опьянение играет роковую роль, являясь способствующим фактором в наступлении смерти при сердечно-сосудистых и других заболеваниях. Известен социальный вред пьянства в наступлении насильственной смерти: при различных видах травматизма и асфиксии, действии низкой температуры, а также в развитии алкоголизма.

Известно, что по нашим законам лицо, совершившее преступление в состоянии опьянения, не освобождается от уголовной ответственности и даже несет повышенную ответственность. Поэтому во всех случаях судебно-медицинской экспертизы трупов, а в ряде случаев и при экспертизе живых лиц, устанавливается количество алкоголя в организме. В связи с различными факторами не может быть четко разграниченных единых критериев оценки функциональных изменений для определения концентрации этилового алкоголя в крови.

2. ВОПРОС **.** УК-1  ПК-1  ПК-2  ПК-3  ПК-5  ПК-7  ПК-8  ПК-9  ПК-10

 Какие ткани и органы следует брать для обнаружения этилового алкоголя?

ОТВЕТ: Диагностика острого отравления этанолом обычно основана на результатах судебно-химического исследования крови и мочи.Кровь рекомендуется получать только из периферических вен (бедренной или плечевой) или из пазухи твердой мозговой оболочки. Распределение алкоголя в организме неравномерно и зависит от процентного содержания воды. Для оценки алкогольной интоксикации, кроме образцов крови и мочи, иногда необходимо брать ликвор (спинно-мозговую жидкость) из люмбальной или большой цистерны при положении трупа на боку, или стекловидное тело глаза путем отсасывания шприцем. Это особенно важно, когда в крови и моче выражены процессы спиртового брожения под влиянием глюкозы, которые в ликворе и стекловидном теле практически отсутствуют даже при развитии гниения. При наличии кровоизлияний целесообразно брать сверток крови отдельно, а при получении результата иметь в виду, что алкоголя в нем в 1,2 раза меньше, чем в остальной крови.

3. ВОПРОС **.** УК-1  ПК-1  ПК-2  ПК-3  ПК-5  ПК-7  ПК-8  ПК-9  ПК-10

Какой путь в организме проходит этанол и какое значение это имеет для оценки результатов?

ОТВЕТ: Из желудка и кишечника алкоголь в результате диффузии проникает в стенки, а затем в неизменном виде в кровь. Различают две фазы алкогольной интоксикации: резорбции (всасывания) и элиминации. В фазе резорбции происходит всасывание алкоголя и содержание его в крови увеличивается. Длительность этой фазы при приеме натощак — 40—60 мин, при наполненном желудке — 1,5—3 часа. Эта фаза короче у алкоголиков и при физической нагрузке, длиннее — при нервно-психическом раздражении. Скорость резорбции снижается при травмах головы, т. к. понижается обмен веществ. Влияние оказывают и другие факторы.

После того как уровень алкоголя в крови достиг высшего предела, начинается вторая фаза — элиминация(окисление). Вначале около 90% алкоголя окисляется, часть же (10%) выделяется легкими, мочой, потом калом в неизмененном виде. В этой фазе уровень алкоголя в крови постепенно уменьшается. Окисление происходит в печени (90%), незначительно — в почках, мышцах. Длительность фазы элиминации также колеблется в зависимости от количества принятого алкоголя и других причин, но редко превышает 24 часа. При травме скорость окисления снижается, алкоголь удается обнаружить и на вторые сутки.

Для установления фазы алкогольной интоксикации, в которой наступила смерть, исследуют кровь и мочу. В фазе резорбции уровень алкоголя в моче ниже, чем в крови, в какой-то период через 1,5 часаон одинаков (фаза диффузного равновесия), а в фазу элиминации в моче выше, чем в крови. При многократном употреблении алкоголя или большим разрывом между употреблением первой порции алкоголь в крови и моче может быть и в другом соотношении.

4. ВОПРОС **.** УК-1  ПК-1  ПК-2  ПК-3  ПК-5  ПК-7  ПК-8  ПК-9  ПК-10

Как по количественным результатам судебво-химического исследования установить степень опьянения?

ОТВЕТ: Данные токсикологического центра показывают, что между тяжестью прижизненного течения отравления этиловым алкоголем и его концентрацией в крови четкого параллелизма нет. Смерть от отравления может наступить и при наличии 4,0% и даже меньше.

По данным ряда исследователей существуют примерные усредненные показатели для живых лиц, характеризующие зависимость между состоянием опьянения и содержанием алкоголя в крови, что приводится в таблице 16.

Таблица 16 

|  |  |
| --- | --- |
| Степень опьянения | Содержание алкоголя в крови, в % |
| отсутствие влияния | до 0,3 |
| незначительное влияние | 0,3-0,5 |
| легкое опьянение | 0,5-1,5 |
| среднее опьянение | 1,5-2,5 |
| сильное опьянение | 2,5-3,0 |
| тяжелое отравление (возможна смерть) | 3,0-5,0 |
| смертельное отравление | 5,0-6,0 |

**4. Самоконтроль по тестовым заданиям данной темы**

1. В СУДЕБНОЙ МЕДИЦИНЕ ЯДОМ СЧИТАЮТ ВЕЩЕСТВА

ПК-5

1) сильнодействующие вещества

2) введенные в организм в малых количествах и при химическом или физико-химическом действии, вызывающие расстройство здоровья и смерть

3) вызывающие смерть в малых дозах

4) вызывающие смерть в больших дозах

5) токсичные вещества

Правильный ответ: 2

1. НАРКОМАНИЯ - ЭТО ПАТОЛОГИЧЕСКОЕ ВЛЕЧЕНИЕ (ПРИСТРАСТИЕ) К

ПК-5

1) веществам и препаратам, включенным в «Список наркотиков»

2) снотворным и стимуляторам, не внесенным в «Список наркотиков»

3) средствам бытовой химии

4) средствам вызывающим галлюцинации

5) средствам вызывающим привыкание

Правильный ответ: 1

1. В МЕДИЦИНСКОЙ И ЮРИДИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ РАЗЛИЧАЮТ СЛЕДУЮЩИЕ ВИДЫ ОПЬЯНЕНИЯ

ПК-5

1) смешанное

2) наркотическое

3) лекарственное

4) кокаиновое

5) медикаментозное

Правильный ответ: 2

1. ДИАГНОСТИКА (УСТАНОВЛЕНИЕ) НАЛИЧИЯ ОПЬЯНЕНИЯ ОСНОВАНА НА

ПК-5

1) запахе

2) установлении с/х путем наличия групп вещества (групп веществ), вызывающего опьянение

3) возбудимости

4) вегетативно-сосудистой реакции

5) нарушении интеллекта

Правильный ответ: 2

1. ЯД МОЖЕТ БЫТЬ ВВЕДЕН (ПОСТУПИТЬ) В ОРГАНИЗМ ЧЕРЕЗ

ПК-5

1) волосы

2) перорально, подкожно, внутримышечно

3) защитный костюм

4) ногти

5) резиновые сапоги

Правильный ответ: 2

1. ИНТЕНСИВНОСТЬ ДЕЙСТВИЯ ЯДА НА ОРГАНИЗМ ЗАВИСИТ ОТ

ПК-5

1) заболеваний опорно-двигательной системы

2) химической природы, длительности контакта и механизма превращения вещества

3) бывшей беременности

4) пола

5) роста

Правильный ответ: 2

1. СОДРУЖЕСТВЕННОЕ ДЕЙСТВИЕ ДВУХ И БОЛЕЕ ЯДОВ, ПРИ КОТОРОМ ОБЩИЙ ЭФФЕКТ ПРЕВЫШАЕТ СУММУ ДЕЙСТВИЙ КАЖДОГО ИЗ НИХ В ОТДЕЛЬНОСТИ, НАЗЫВАЕТСЯ

ПК-5

1) кумуляцией

2) синергизмом

3) потенцированием

4) суммированием

5) консолидацией

Правильный ответ: 2

1. СУЩНОСТЬ ПРОЦЕССА КУМУЛЯЦИИ ЗАКЛЮЧАЕТСЯ В СЛЕДУЮЩЕМ

ПК-5

1) накопление яда в неизмененном виде

2) видоизменение яда в более токсичное вещество

3) суммирование действия нескольких ядов

4) потенцирование действия нескольких ядов

5) распад яда на несколько токсичных составляющих

Правильный ответ: 1

1. КЛАССИФИКАЦИЯ ЯДОВ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ МЕХАНИЗМА ДЕЙСТВИЯ

ПК-5

1) медикаментозные

2) едкие яды

3) бытовые средства

4) промышленные вещества

5) биологические вещества

Правильный ответ: 2

1. БЫСТРОТА ВСАСЫВАНИЯ И ВЫВЕДЕНИЯ ЯДА (ВЕЩЕСТВА) ИЗ ОРГАНИЗМА ЗАВИСИТ ОТ

ПК-5

1) психоэмоционального состояния

2) роста

3) концентрации, физического состояния вещества и его растворимости в средах организма

4) национальности

5) пола

Правильный ответ: 3

**5. Самоконтроль по ситуационным задачам.**

Задача 1 **.** УК-1  ПК-1  ПК-2  ПК-3  ПК-5  ПК-7  ПК-8  ПК-9  ПК-10

ОБСТОЯТЕЛЬСТВА ДЕЛА: в направлении на судебно-медицинское исследование трупа не указаны.

Представлена медицинская карта стационарного больного № ХХХ Ч., 1969 г.р., которая 06.01.07г. в 22-45 бригадой скорой помощи была доставлена в токсикологическое отделение с жалобами на желтушность кожных покровов, слабость, головокружение, тошноту. Желтушность кожных покровов заметила 25.12.06г., нарастала слабость, головокружение, тошнота. Накануне длительное время злоупотребляла алкоголем, в том числе спирт, купленный с рук. При поступлении состояние среднетяжелое. Сознание ясное. В месте и времени ориентирована правильно. Кожа желтушная. Слизистые бледные, склеры желтушные. Зрачки средней величины, равны. Фотореакции сохранены. Симптом Кернига 180°. Дыхание спонтанное, ЧДД 16 в минуту, проводится по всем полям, хрипы не выслушиваются. АД 100/60 мм.рт.ст. Пульс 92 в минуту. Живот участвует в акте дыхания, при пальпации мягкий, болезненный в эпигастрии и правом подреберье. Печень на 3-4 см из под края реберной дуги. При ФГДС от 10.01.07г.: очаговый атрофический гастрит. 20.01.07 осмотрена стоматологом. Жалобы на кровотечение из правого носового хода, слабость. Кровотечение отмечает с утра 19.01.07, 20.01.07 утром кровотечение усилилось. Произведена передняя тампонада правого носового хода. Несмотря на проводимое лечение, состояние больной продолжало ухудшаться. На фоне проведенной терапии, в 23-10 27.01.2007г. зафиксирована остановка кровообращения. Реанимация проводилась в течение 30 минут – без эффекта. 27.01.2007г. в 23-40 констатирована смерть.

ПОСМЕРТНЫЙ ДИАГНОЗ. Токсический (алкогольный) гепатит, тяжелое течение. *Осложнения.* Энцефалопатия тяжелой степени. Отек мозга. токсическая нефропатия. Панкреатопатия. Двусторонняя пневмония. ДВС-синдром в стадии гипокоагуляции. Анемия. Сердечно-сосудистая недостаточность. Отек легких. *Сопутствующий.* Алкогольная болезнь. *Конкурирующий.* Цирроз печени в стадии декомпенсации? Панкреанекроз.

Алкоголь – в крови и моче не обнаружен.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Данные анализов | | | | | | | | |
| Параметры  дата | 6.01 | 15.01 | 19.01 | 23.01 | 24.01 | 25.01 | 26.01 | 27.01 |
| эритроциты |  | 1.9 | 1.9 | 1.94 | 1.47 | 1.4 | 2.23 | 2.23 |
| Цветной п. |  | 0.91 | 0.87 | 0.89 | 0.88 | 0.88 | 0.82 | 0.85 |
| гемоглобин | 88 | 60 | 57 | 58 | 43 | 41 | 61 | 63 |
| тромбоциты |  | 298 | 270 | 247 | 153 | 154 | 185 | 144 |
| ретикулоциты |  |  |  |  | 12.1 | 12 | 17.7 | 17.7 |
| лейкоциты | 8.1 | 12.0 | 12.3 | 11.1 | 11.7 | 14.1 | 18.5 | 14.6 |
| эозинофилы |  |  | 1 |  |  |  | 1 |  |
| палочкоядерные | 1 | 2 | 1 | 2 | 6 | 2 | 1 | 4 |
| сегментоядерные | 89 | 90 | 89 | 87 | 85 | 95 | 86 | 83 |
| лимфоциты | 8 | 5 | 7 | 7 | 6 | 1 | 9 | 8 |
| моноциты | 2 | 3 | 2 | 4 | 3 | 2 | 3 | 5 |
| Дегенеративные изменения нейтрофилов | + |  |  |  | + | + |  | ++ |
| Анизоцитоз | + | + | ++ | + | + | ++ | + | + |
| Пойкилоцитоз |  |  | + | + | + | + | + |  |
| Полихромазия | + | + | + | + |  |  |  | + |
| РОЭ | 73 | 74 | 78 | 81 | 85 | 85 |  | 74 |
|  |  | **16.01** |  |  |  |  |  |  |
| Амилаза | 302 | 8.4 | 8.0 |  | 245 | 174 | 230 | 267 |
| мочевина | 17.5 | 14.9 | 14.4 |  | 18.9 |  | 26.1 | 28.8 |
| Билирубин общ. | 540.0 | 627.7 | 659.4 |  | 343.7 | 541.8 | 209.4 | 252.8 |
| Прямой | 300.8 | 612.7 | 605.8 |  | 160.6 | 307.6 | 180.2 | 153.8 |
| непрямой | 239.2 | 15.0 | 53.6 |  | 183.1 | 234.2 | 29.2 | 99.0 |
| Белок крови | 62.7 | 42.0 | 40.2 |  | 59.0 | 61.4 | 56.9 | 52.0 |
| Калий | 2.3 | 2.0 | 2.3 |  | 3.0 | 2.6 | 3.7 | 3.4 |
| Натрий | 130 | 132 | 142 |  | 150 | 124 | 155 | 160 |
| АЛТ | 146.4 | 69.1 | 58.9 |  | 48.2 | 67.9 | 89.1 | 126.2 |
| АСТ |  | 140.9 | 100.7 |  |  |  |  |  |
| сахар |  | 4.9 |  |  | 3.0 | 7.2 | 6.1 | 9.2 |
| Уд. вес мочи |  | 1006 | 1008 | 1022 |  | 1007 | 1008 | 1005 |
| Белок мочи |  | 620 | 1500 | 1850 |  | 1400 | 1470 | 620 |
| Лейкоциты мочи |  | 5-9-11 | знач | 1-2 |  | 3-5 | 10-12 | 6-8 |
| Эритроциты мочи |  | 0-0-1 |  | 8-10 |  | 9-12 | 15-18 | знач |
| Желчные пигменты |  | ++ | ++++ | Резко+ |  | +++ | ++ | ++ |

НАРУЖНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ. Труп женщины, доставлен без одежды, среднего телосложения, удовлетворительного питания, длиной тела 175 см. Кожа желто-серая, холодная на ощупь во всех отделах, в отлогих местах тела сливные, фиолетовые, не исчезающие и не меняющие цвет при надавливании трупные пятна. Трупное окоченение достаточно выражено во всех обычно исследуемых группах мышц. Склеры глаз желтые мутные, тусклые, суховаты, кровоизлияний в соединительные оболочки глаз не отмечается, зрачки равновелики по 0,4 см диаметром. Голова правильной формы, кости черепа и лицевого скелета на ощупь целы. Грудная клетка цилиндрическая, эластичная, упругая, ребра на ощупь целы. Живот на одном уровне с грудной клеткой. Естественные отверстия тела и полости рта и носоглотки свободны, чистые. Слизистая оболочка губ желто-синюшная, подсохшая. Анальное отверстие сомкнуто, кожа вокруг него слегка обпачкана каловыми массами. Половые органы развиты правильно. Кости конечностей целы.

ПОВРЕЖДЕНИЯ. Каких-либо повреждений, кроме следов медицинских манипуляций, при наружном исследовании не обнаружено.

При проведении воздушной пробы – воздух из плевральных полостей и полостей сердца не получен.

ВНУТРЕННЕЕ ИССЛЕДОВАНИЕ

Масса органов взрослых.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Масса | **№ 30** | норма |
| Мозг | **1500** | До 1400 |
| Легкое правое | **600** | 450 |
| левое | **450** | 375 |
| Сердце | **300** | 200-400 |
| Печень | **2500** | 1200-2000 |
| Селезенка | **310** | 80-180 |
| Почки | **325** | 275-310 |

Полость черепа: кожно-мышечный лоскут головы гладкий, влажный, блестящий, без кровоизлияний и повреждений, височные мышцы синюшные, сочные, полнокровны. Кости свода и основания черепа целы. Твердая мозговая оболочка желтого цвета, цела, блестящая, гладкая, влажная, просвет ее синусов выполнен жидкой темной кровью в большом количестве. Мягкие мозговые оболочки тонкие, прозрачные со студневидным отеком и полнокровными сосудами, по ходу которых определяются рассеянные точечные кровоизлияния в небольшом количестве в толще мозговых оболочек. Сосуды Вилизиева круга с тонкими стенками, пустым просветом. Борозды мозга с обычным рисунком, на миндаликах мозжечка определяется полоса вдавления от краев большого затылочного отверстия. Головной мозг эластичный, на разрезах с четкой границей серого и белого вещества и мраморным рисунком подкорковых ядер. Поверхности разрезов тускловаты, липнут к лезвию ножа. Желудочки мозга симметричны, обычного объема, эпендима их бледно-серая, блестящая, влажная, в полостях желудочков следы прозрачной желтого цвета жидкости. Сосудистые сплетения обычного вида, полнокровны

ОРГАНЫ ГОЛОВЫ И ШЕИ. Язык желто-синюшный, влажный, обложен серовато-желтым, не снимающимся налетом. Слизистые оболочки носоглотки желто-синюшные, влажные, блестящие. В мягких тканях шеи повреждений и кровоизлияний не обнаружено. Вход и просвет гортани свободен, слизистая оболочка ее желто-серая. Подъязычная кость и хрящи гортани целы, в мягких тканях ее повреждений не обнаружено. Просвет трахеи и главных бронхов свободен, хрящи трахеи целы. Щитовидная железа обычных размеров, с равновеликими долями, плотно-эластичная, темно-коричневая, на разрезе полнокровна, дольчатого строения. Просвет пищевода свободен, слизистая его желто-серая, продольно складчатая.

ГРУДНАЯ ПОЛОСТЬ. В плевральных полостях следы желтой жидкости. Легкие выполняют 2\3 полостей, с блестящей, прокрашенной в желтый цвет гладкой и влажной плеврой. Под висцеральной плеврой, особенно, в прикорневых отделах легких и по базальным поверхностям, множественные точечные кровоизлияния. Легкие желто-синюшные в передних и темно-синюшные в задних отделах, тестоватой консистенции, на разрезах темно-красные с обычным рисунком, полнокровны. Слизистые оболочки воздухо-проводящих путей желтые, набухшие. Бифуркационные лимфоузлы располагаются в виде пакетов диаметром от 1 до 2 см, эластичные, не спаянные между собой и с окружающими тканями, темно-синюшные, на разрезах сочные, с обычным рисунком. В полости перикарда следы желтой жидкости, листки его гладкие, влажные, блестящие. Под эпикардом единичные точечные рассеянные темно-красные кровоизлияния. Сердце дряблое, 11,5х9х8 см. В полостях сердца немного жидкой темной крови с мелкими единичными темно-вишневыми свертками. Миокард розовато-синюшный, эластичный, неравномерного кровенаполнения. Толщина стенки правого желудочка 0,3 см, левого 1,2 см. Клапанный и пристеночный эндокард тонкий, прокрашен в желтый цвет, полупрозрачный, клапаны сформированы правильно. Аорта эластична, со следами жидкой крови в просвете и рассеянными липидными пятнами в интиме. Коронарные артерии с тонкими стенками, пустым просветом.

БРЮШНАЯ ПОЛОСТЬ. Органы расположены анатомически правильно. В полости следы прозрачной жидкости желтого цвета. Листки брюшины прокрашены в желтый цвет, гладкие, влажные, блестящие. Желудок пустой, содержимое кишечника отделам соответствует, слизистые оболочки их желто-серые. В толстом кишечнике бесцветные каловые массы. Мезентериальные лимфоузлы располагаются раздельно, диаметр их не более 1 см, эластичны. Печень 28х22х18х13 см, плотно-эластичная, желто-зеленая с поверхности и на разрезах, полнокровная, с зеленым крапом. В желчном пузыре 50 мл жидкой темно-зеленой желчи, слизистая оболочка его темно-зеленая, бархатистая. Просвет внепеченочных желчевыводящих путей свободно проходим. Поджелудочная железа обычных размеров, плотно-эластичная, бледно-желтая, на разрезах - дольчатого строения. Селезенка 16х15х14 см, синюшная, полнокровна, эластична, без соскоба. Надпочечники листовидной формы, обычных размеров, на разрезах граница слоев четкая. Почки равновелики, 11х7х5 см, дрябло-эластичные. Капсула сползает при надрезе, обнажая ровную поверхность. По краю разреза паренхима наползает на капсулу. На разрезах корковый слой – желто-синюшный, с темно-красным крапом и подчеркнутым рисунком, мозговой слой также с подчеркнутым рисунком, граница слоев отчетливо выражена. Слизистые оболочки лоханок и чашечек желтые, гладкие, блестящие, просвет их свободен. Мочеточники проходимы на всем протяжении, с желто-серой слизистой. Мочевой пузырь пуст, слизистая оболочка его складчатая, желто-серая, уретра свободно проходима.

**А К Т**

Судебно-гистологического исследования

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Печень – некроз гепатоцитов 1 и 2 зоны ацинуса с разрастанием в них фибробластов и продуктивным воспалением. Выраженный внутридольковый холестаз. Почки – билирубинурийный нефроз с некрозами эпителия канальцев и выполнением их просвета желчными пигментами. По органам – полнокровие, паренхиматозные кровоизлияния.

Задание:

1. Какие дополнительные исследования необходимо провести?
2. Зашифровать заболевание в свидетельстве о смерти?
3. Составить судебно-медицинский диагноз?
4. Определить наличие телесных провреждений?
5. Установить причину смерти?

Ответы:

1. Из трупа для судебно-гистологического исследования взяты кусочки внутренних органов на патоморфологические изменения. Для судебно-химического исследования кровь и моча на определение алкоголя.
2. Свидетельство о смерти. .Б) токсический гепатит В) отравление гепатотропным веществом Г) несчастный случай Х 59.
3. СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКИЙ ДИАГНОЗ. Острое отравление веществом, обладающим гепатотропным и нефротропным действием, токсический гепатит с некрозом гепатоцитов 2 и 3 гон ацинуса, билирубиновый нефроз с некрозом эпителия почечных канальцев. Осложнения: паренхиматозная желтуха, отек и набухание головного мозга с дислокацией; отек легких с геморрагическим компонентом; полнокровие внутренних органов.
4. Смерть наступила в результате острого отравления веществом, обладающим гепатотропным и нефротропным действием с развитием паренхиматозной желтухи, токсического гепатита и нефроза. Заключение подтверждается картиной, найденной на вскрытии, и данными медицинской документации.
5. При поступлении пострадавшей в стационар в крови не обнаружен этиловый спирт.

Задача №2. **.** УК-1  ПК-1  ПК-2  ПК-3  ПК-5  ПК-7  ПК-8  ПК-9  ПК-10

ОБСТОЯТЕЛЬСТВА ДЕЛА: в направлении на судебно-медицинское исследование трупа не указаны.

Представлена медицинская карта стационарного больного из ГКБ на имя гр. А., 1975 г.р., которая 01.02.07г. в 21-25 бригадой "скорой помощи" была доставлена в токсикологическое отделение из гаражей по ул. Перенсона, 60. Известно, что в компании друзей пила антифриз на этиленгликолевой основе, после чего потеряла сознание. На догоспитальном этапе промыт желудок через зонд. При поступлении состояние тяжелое, сознание сопор. Контакту недоступна, психомоторное возбуждение. Кожа бледная, склеры чистые. Зрачки узкие, равны, фотореакция отсутствует. Симптом Кернига 170°. Дыхание спонтанное, адекватное, ЧДД 25 в минуту, проводится по всем полям, единичные проводные хрипы. АД 140/90 мм.рт.ст. Пульс 89 в минуту. Живот умеренно напряжен, участвует в дыхании. Печень +3 см. При поступлении в отделение больной произведена катетеризация подключичной вены справа, катетеризирован мочевой пузырь. Несмотря на проводимое лечение 03.02.07г. в 19-10 зафиксирована остановка кровообращения, реанимационные мероприятия без эффекта. 03.02.07г. в 19-40 констатирована смерть больной.

ПОСМЕРТНЫЙ ДИАГНОЗ. Острое пероральное отравление этиленгликолем тяжелой степени, бытовое. *Осложнения.* Токсическая энцефалопатия тяжелой степени. отек мозга. миокардиопатия. Аспирационный с-м. Аспирационная пневмония. Сердечно-легочная недостаточность. Отек легких. вторичный панкреатит.

Алкоголь – в крови и моче не обнаружен.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Данные анализов | | | | |
| Параметры  дата | 01.02 | 02.02 | 03.02 |  |
| эритроциты |  | 3,71 | 4,63 |  |
| Цветной п. |  | 1,16 | 1,2 |  |
| гемоглобин | 148 | 144 | 186 |  |
| тромбоциты |  | 213 | 207 |  |
| ретикулоциты |  | 43,2 | 51,2 |  |
| лейкоциты | 21,1 | 25,4 | 23,6 |  |
| палочкоядерные | 1 | 3 | 2 |  |
| сегментоядерные | 67 | 76 | 70 |  |
| лимфоциты | 30 | 9 | 15 |  |
| моноциты | 2 | 12 | 13 |  |
| РОЭ |  |  | 35 |  |
| Амилаза | 149 | 189 | 166 |  |
| мочевина | 4,8 | 7,0 | 12,8 |  |
| Билирубин общ. | 9,9 | 7,5 | 13,4 |  |
| Прямой | 2,5 | 2,5 | 2,5 |  |
| непрямой | 7,4 | 5,0 | 9,9 |  |
| Белок крови | 99,1 | 81,0 | 74,5 |  |
| Калий | 4,0 | 4,6 | 3,8 |  |
| Натрий | 160 | 155 | 160 |  |
| АЛТ | 129,6 | 28,0 | 26,6 |  |
| АСТ |  | 69,1 |  |  |
| сахар | 9,2 | 17,3 | 3,9 |  |
| ПТВ |  | 15 | 18 |  |
| ПТИ |  | 114 | 85 |  |
| Уд. вес мочи | 1004 | 1006 | 1006 |  |
| Белок мочи | 155 | 163 | 125 |  |
| Лейкоциты мочи | 1-3 | 2-3 | Ед. |  |
| Эритроциты мочи | 0-1-2 | 12-14 | Ед. |  |

НАРУЖНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ. Труп женщины, доставлен без одежды, среднего телосложения, удовлетворительного питания, длиной тела 165 см. Кожа бледно-серая, холодная на ощупь во всех отделах, в отлогих местах тела сливные, фиолетовые, не исчезающие и не меняющие цвет при надавливании трупные пятна. Пастозность голеней выражена. Трупное окоченение достаточно выражено во всех обычно исследуемых группах мышц. Склеры глаз мутные, тусклые, суховаты, кровоизлияний в соединительные оболочки глаз не отмечается, зрачки равновелики по 0,4 см диаметром. Голова правильной формы, кости черепа и лицевого скелета на ощупь целы. Грудная клетка цилиндрическая, эластичная, упругая, ребра на ощупь целы. Живот на одном уровне с грудной клеткой. Естественные отверстия тела и полости рта и носоглотки свободны, чистые. Слизистая оболочка губ синюшная, подсохшая. Анальное отверстие сомкнуто. Половые органы развиты правильно. Кости конечностей целы.

ПОВРЕЖДЕНИЯ. Каких-либо повреждений, кроме следов медицинских манипуляций, при наружном исследовании не обнаружено.

При проведении воздушной пробы – воздух из плевральных полостей и полостей сердца не получен.

ВНУТРЕННЕЕ ИССЛЕДОВАНИЕ

Масса органов взрослых.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Масса | **№ 40** | норма |
| Мозг | **1550** | До 1400 |
| Легкое правое | **800** | 450 |
| левое | **750** | 375 |
| Сердце | **300** | 200-400 |
| Печень | **1700** | 1200-2000 |
| Селезенка | **90** | 80-180 |
| Почки | **410** | 275-310 |

ПОЛОСТЬ ЧЕРЕПА: кожно-мышечный лоскут головы гладкий, влажный, блестящий, без кровоизлияний и повреждений, височные мышцы синюшные, сочные, полнокровны. Кости свода и основания черепа целы. Твердая мозговая оболочка серо-перламутрового цвета, цела, блестящая, гладкая, влажная, просвет ее синусов выполнен жидкой темной кровью в большом количестве. Мягкие мозговые оболочки тонкие, прозрачные со студневидным отеком и полнокровными сосудами, по ходу которых определяются рассеянные точечные кровоизлияния в небольшом количестве в толще мозговых оболочек. Сосуды Вилизиева круга с тонкими стенками, пустым просветом. Борозды мозга сглажены, извилины уплощены, на миндаликах мозжечка кольцевидная с диффузными субарахноидальными кровоизлияниями полоса вдавления от краев большого затылочного отверстия с губовидным выпячиванием вещества мозга внутри кольца. Резервные пространства мозга отсутствуют. Головной мозг дряблый, выполняет все резервные пространства, на разрезах с четкой границей серого и белого вещества и мраморным рисунком подкорковых ядер. Поверхности разрезов тускловаты, липнут к лезвию ножа. Желудочки мозга симметричны, обычного объема, эпендима их бледно-серая, блестящая, влажная, в полостях желудочков следы прозрачной соломенного цвета жидкости. Сосудистые сплетения обычного вида, полнокровны.

ОРГАНЫ ГОЛОВЫ И ШЕИ. Язык синюшный, влажный, обложен серовато-желтым, не снимающимся налетом. Слизистые оболочки носоглотки синюшные, влажные, блестящие. В мягких тканях шеи повреждений и кровоизлияний не обнаружено. Вход и просвет гортани свободен, слизистая оболочка ее бледно-серая. Подъязычная кость и хрящи гортани целы, в мягких тканях ее повреждений не обнаружено. Просвет трахеи и главных бронхов свободен, хрящи трахеи целы. Щитовидная железа обычных размеров, с равновеликими долями, плотно-эластичная, темно-коричневая, на разрезе полнокровна, дольчатого строения. Просвет пищевода свободен, слизистая его бледно-серая, продольно складчатая.

ГРУДНАЯ ПОЛОСТЬ. В плевральных полостях следы прозрачной жидкости. Легкие выполняют 2\3 полостей, с блестящей, гладкой и влажной плеврой. Под висцеральной плеврой, особенно, в прикорневых отделах легких и по базальным поверхностям, множественные точечные кровоизлияния. Легкие синюшные в передних и темно-синюшные в задних отделах, тестоватой консистенции, на разрезах темно-красные с обычным рисунком, полнокровны. Слизистые оболочки воздухопроводящих путей светло-розовые, набухшие. Бифуркационные лимфоузлы располагаются в виде пакетов диаметром от 1 до 2 см, эластичные, не спаянные между собой и с окружающими тканями, темно-синюшные, на разрезах сочные, с обычным рисунком. В полости перикарда следы прозрачной жидкости, листки его гладкие, влажные, блестящие. Под эпикардом единичные точечные рассеянные темно-красные кровоизлияния. Сердце дрябло-эластичное, 11х9х8 см, с избыточным отложением жира под эпикардом. В полостях сердца немного жидкой темной крови с мелкими единичными темно-вишневыми свертками. Миокард розовато-синюшный, эластичный, неравномерного кровенаполнения. Толщина стенки правого желудочка 0,3 см, левого 1,2 см. Клапаны и пристеночный эндокард тонкий, полупрозрачный, клапаны сформированы правильно. Аорта эластична, со следами жидкой крови в просвете и рассеянными липидными пятнами в интиме. Коронарные артерии с тонкими стенками, пустым просветом.

БРЮШНАЯ ПОЛОСТЬ. Органы расположены анатомически правильно. В полости следы прозрачной жидкости соломенного цвета. Листки брюшины гладкие, влажные, блестящие. Желудок пустой, содержимое кишечника отделам соответствует, слизистые оболочки их бледно-серые. Мезентериальные лимфоузлы располагаются раздельно, диаметр их не более 1 см, эластичны. Печень 24х20х16х13 см, плотно-эластичная, желто-коричневая с поверхности и на разрезах, полнокровная, со смазанным рисунком долек. В желчном пузыре 50 мл жидкой темно-зеленой желчи, слизистая оболочка его темно-зеленая, бархатистая. Просвет внепеченочных желчевыводящих путей свободно проходим. Поджелудочная железа обычных размеров, плотно-эластичная, бледно-серая, на разрезах - дольчатого строения. Селезенка 6х5х4 см, синюшная, полнокровна, эластична, без соскоба. Надпочечники листовидной формы, обычных размеров, на разрезах граница слоев четкая. Почки равновелики, 14х10х7 см, дряблые. Капсула сползает при надрезе, обнажая ровную поверхность. По краю разреза паренхима наползает на капсулу. На разрезах корковый и мозговой слои - синюшные, граница слоев отсутствует. Слизистые оболочки лоханок и чашечек бледно-синюшные, гладкие, блестящие, просвет их свободен. Мочеточники проходимы на всем протяжении, с бледно-серой слизистой. Мочевой пузырь пуст, слизистая оболочка его складчатая, бледно-серая, уретра свободно проходима.

**А К Т**

Судебно-гистологического исследования

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В просвете почечных канальцев типичные кристаллы щавелево-кислого кальция, характерные для отравления этиленгликолем. Аналогичные кристаллы перивазально в коре головного мозга. Очаговый некронефроз. Выраженные нарушения гемодинамики в микроциркуляторном русле. Отек легких с геморрагическим компонентом. Периваскулярный и перицеллюлярный отек головного мозга.

Задание:

1. Какие дополнительные исследования необходимо провести?
2. Зашифровать заболевание в свидетельстве о смерти?
3. Составить судебно-медицинский диагноз?
4. Определить наличие телесных провреждений?
5. Установить причину смерти?

Ответы:

1. Из трупа для судебно-гистологического исследования взяты кусочки внутренних органов на патоморфологические изменения. Для судебно-химического исследования кровь и моча на определение алкоголя.
2. Свидетельство о смерти В) отравление этиленгликолем
3. СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКИЙ ДИАГНОЗ. Острое отравление этиленгликолем - типичные кристаллы щавелевокислого кальция в просвете почечных канальцев, и перивазально в коре головного мозга. Осложнения: острая почечная недостаточность, отек и набухание головного мозга с дислокацией; отек легких; венозное полнокровие внутренних органов.
4. Смерть наступила в результате острого отравления этиленгликолем с типичными кристаллами щавелево-кислого кальция и развитием острой почечной недостаточности. Заключение подтверждается картиной, найденной на вскрытии, и данными медицинской документации.
5. При поступлении пострадавшей в стационар в крови и моче этиловый спирт не обнаружен, телесные повреждения не обнаружены.

Задача 3 **.** УК-1  ПК-1  ПК-2  ПК-3  ПК-5  ПК-7  ПК-8  ПК-9  ПК-10

ИССЛЕДОВАНИЕ ТРУПА ПРОВОДИТСЯ ДЛЯ УСТАНОВЛЕНИЯ ПРИЧИНЫ СМЕРТИ

ОБСТОЯТЕЛЬСТВА ДЕЛА: в направлении на судебно-медицинское исследование трупа не указаны.

Представлена медицинская карта стационарного больного № Ч, 1956 г.р., который 01.02.07г. в 21-10 бригадой "скорой помощи" был доставлен в токсикологическое отделение из гаражей по ул. Перенсона, 60. Известно, что в компании друзей пил антифриз на этиленгликолевой основе. На догоспитальном этапе промыт желудок через зонд. При поступлении состояние тяжелое, сознание сопор. Контакту недоступен, психомоторное возбуждение. Кожа бледная, склеры чистые. Зрачки узкие, равны, фотореакция снижена. Симптом Кернига 170°. Дыхание спонтанное, адекватное, ЧДД 20 в минуту, единичные проводные хрипы. АД 160/100 мм.рт.ст. Пульс 91 в минуту. Живот умеренно напряжен. Печень у края реберной дуги. При поступлении в отделение больному произведена катетеризация подключичной вены справа, катетеризирован мочевой пузырь. Несмотря на проводимое лечение 03.02.07г. в 14-15 зафиксирована остановка кровообращения с эффективной реанимацией. Повторно остановка кровообращения на фоне сложного нарушения ритма в 15-50. Реанимационные мероприятия в течение 30 минут без эффекта. 03.02.07г. в 16-20 констатирована смерть больного.

ПОСМЕРТНЫЙ ДИАГНОЗ. Острое пероральное отравление этиленгликолем тяжелой степени, бытовое. *Осложнения.* Токсическая энцефалопатия тяжелой степени. Отек мозга. Токсическая гепато-нефропатия. Миокардиопатия. Вторичный панкреатит. Сердечно-легочная недостаточность.

Алкоголь – в крови и моче не обнаружен.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Данные анализов | | | | |
| Параметры  дата | 01.02 | 02.02 | 03.02 |  |
| эритроциты |  | 4,14 | 4,8 |  |
| Цветной п. |  | 1,0 | 1,02 |  |
| гемоглобин | 155 | 158 | 163 |  |
| тромбоциты |  | 282 | 203 |  |
| ретикулоциты |  | 43,2 | 49,2 |  |
| лейкоциты | 11,2 | 32,6 | 23,1 |  |
| базофилы | 1 |  |  |  |
| эозинофилы |  | 1 |  |  |
| палочкоядерные | 1 | 15 | 5 |  |
| сегментоядерные | 66 | 69 | 77 |  |
| лимфоциты | 21 | 5 | 10 |  |
| моноциты | 11 | 10 | 8 |  |
| РОЭ |  | 7 | 25 |  |
| Амилаза | 144 | 233 |  |  |
| мочевина | 4,8 | 8,9 |  |  |
| Билирубин общ. | 7,5 | 7,5 |  |  |
| Прямой | - | 2,5 |  |  |
| непрямой | 7,5 | 5,0 |  |  |
| Белок крови | 84,1 | 81,7 |  |  |
| Калий | 5,4 |  |  |  |
| Натрий | 160 | 160 |  |  |
| АЛТ | 32,5 | 43,9 |  |  |
| АСТ |  | 49,0 |  |  |
| сахар | 4,9 | 13,9 |  |  |
| ПТВ |  | 17 |  |  |
| ПТИ |  | 90 |  |  |
| Кетоновые тела |  | 30 |  |  |
| Уд. вес мочи | 1005 | 1008 | м/м |  |
| Белок мочи | 340 | 133 | 96 |  |
| сахар | 4,3 |  |  |  |
| Лейкоциты мочи | 2-1 | 2-1 | 1-3 |  |
| Эритроциты мочи | 2-1 | 8-12 | 15-18 |  |

НАРУЖНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ. Труп мужчины, доставлен без одежды, среднего телосложения, удовлетворительного питания, длиной тела 181 см. Кожа бледно-серая, холодная на ощупь во всех отделах, в отлогих местах тела сливные, фиолетовые, не исчезающие и не меняющие цвет при надавливании трупные пятна. Трупное окоченение достаточно выражено во всех обычно исследуемых группах мышц. Склеры глаз мутные, тусклые, суховаты, кровоизлияний в соединительные оболочки глаз не отмечается, зрачки равновелики по 0,4 см диаметром. Голова правильной формы, кости черепа и лицевого скелета на ощупь целы. Грудная клетка цилиндрическая, эластичная, упругая, ребра на ощупь целы. Живот на одном уровне с грудной клеткой. Естественные отверстия тела и полости рта и носоглотки свободны, чистые. Слизистая оболочка губ синюшная, подсохшая. Анальное отверстие сомкнуто. Половые органы развиты правильно. Кости конечностей целы.

ВНУТРЕННЕЕ ИССЛЕДОВАНИЕ

Масса органов взрослых.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Масса | **№ 40** | норма |
| Мозг | **1550** | До 1400 |
| Легкое правое | **800** | 450 |
| левое | **750** | 375 |
| Сердце | **300** | 200-400 |
| Печень | **1700** | 1200-2000 |
| Селезенка | **90** | 80-180 |
| Почки | **410** | 275-310 |

ПОЛОСТЬ ЧЕРЕПА: кожно-мышечный лоскут головы гладкий, влажный, блестящий, без кровоизлияний и повреждений, височные мышцы синюшные, сочные, полнокровны. Кости свода и основания черепа целы. Твердая мозговая оболочка серо-перламутрового цвета, цела, блестящая, гладкая, влажная, просвет ее синусов выполнен жидкой темной кровью в большом количестве. Мягкие мозговые оболочки тонкие, прозрачные со студневидным отеком и полнокровными сосудами, по ходу которых определяются рассеянные точечные кровоизлияния в небольшом количестве в толще мозговых оболочек. Сосуды Вилизиева круга с тонкими стенками, пустым просветом. Борозды мозга сглажены, извилины уплощены, на миндаликах мозжечка кольцевидная с диффузными субарахноидальными кровоизлияниями полоса вдавления от краев большого затылочного отверстия с губовидным выпячиванием вещества мозга внутри кольца. Резервные пространства мозга отсутствуют. Головной мозг дряблый, выполняет все резервные пространства, на разрезах с четкой границей серого и белого вещества и мраморным рисунком подкорковых ядер. Поверхности разрезов тускловаты, липнут к лезвию ножа. Желудочки мозга симметричны, обычного объема, эпендима их бледно-серая, блестящая, влажная, в полостях желудочков следы прозрачной соломенного цвета жидкости. Сосудистые сплетения обычного вида, полнокровны.

ОРГАНЫ ГОЛОВЫ И ШЕИ. Язык синюшный, влажный, обложен серовато-желтым, не снимающимся налетом. Слизистые оболочки носоглотки синюшные, влажные, блестящие. В мягких тканях шеи повреждений и кровоизлияний не обнаружено. Вход и просвет гортани свободен, слизистая оболочка ее бледно-серая. Подъязычная кость и хрящи гортани целы, в мягких тканях ее повреждений не обнаружено. Просвет трахеи и главных бронхов свободен, хрящи трахеи целы. Щитовидная железа обычных размеров, с равновеликими долями, плотно-эластичная, темно-коричневая, на разрезе полнокровна, дольчатого строения. Просвет пищевода свободен, слизистая его бледно-серая, продольно складчатая.

ГРУДНАЯ ПОЛОСТЬ. В плевральных полостях следы прозрачной жидкости. Легкие выполняют 2\3 полостей, с блестящей, гладкой и влажной плеврой. Под висцеральной плеврой, особенно, в прикорневых отделах легких и по базальным поверхностям, множественные точечные кровоизлияния. Легкие синюшные в передних и темно-синюшные в задних отделах, тестоватой консистенции, на разрезах темно-красные с обычным рисунком, полнокровны. Слизистые оболочки воздухо-проводящих путей светло-розовые, набухшие. Бифуркационные лимфоузлы располагаются в виде пакетов диаметром от 1 до 2 см, эластичные, не спаянные между собой и с окружающими тканями, темно-синюшные, на разрезах сочные, с обычным рисунком. В полости перикарда следы прозрачной жидкости, листки его гладкие, влажные, блестящие. Под эпикардом единичные точечные рассеянные темно-красные кровоизлияния. Сердце дрябло-эластичное, 11х9х8 см, с избыточным отложением жира под эпикардом. В полостях сердца немного жидкой темной крови с мелкими единичными темно-вишневыми свертками. Миокард розовато-синюшный, эластичный, неравномерного кровенаполнения. Толщина стенки правого желудочка 0,3 см, левого 1,2 см. Клапаны и пристеночный эндокард тонкий, полупрозрачный, клапаны сформированы правильно. Аорта эластична, со следами жидкой крови в просвете и рассеянными липидными пятнами в интиме. Коронарные артерии с тонкими стенками, пустым просветом.

БРЮШНАЯ ПОЛОСТЬ. Органы расположены анатомически правильно. В полости следы прозрачной жидкости соломенного цвета. Листки брюшины гладкие, влажные, блестящие. Желудок пустой, содержимое кишечника отделам соответствует, слизистые оболочки их бледно-серые. Мезентериальные лимфоузлы располагаются раздельно, диаметр их не более 1 см, эластичны. Печень 25х20х16х13 см, плотно-эластичная, желто-зеленоватая с поверхности и на разрезах, полнокровная, со смазанным рисунком долек. В желчном пузыре 15 мл жидкой темно-зеленой желчи, слизистая оболочка его темно-зеленая, бархатистая. Просвет внепеченочных желчевыводящих путей свободно проходим. Поджелудочная железа обычных размеров, плотно-эластичная, бледно-серая, на разрезах - дольчатого строения. Селезенка 6х5х4 см, синюшная, полнокровна, эластична, без соскоба. Надпочечники листовидной формы, обычных размеров, на разрезах граница слоев четкая. Почки равновелики, 15х10х7 см, дряблые. Капсула сползает при надрезе, обнажая ровную поверхность. По краю разреза паренхима наползает на капсулу. На разрезах корковый и мозговой слои - синюшные, граница слоев отсутствует. Слизистые оболочки лоханок и чашечек бледно-синюшные, гладкие, блестящие, просвет их свободен. Мочеточники проходимы на всем протяжении, с бледно-серой слизистой. Мочевой пузырь пуст, слизистая оболочка его складчатая, бледно-серая, уретра свободно проходима.

**А К Т**

Судебно-гистологического исследования

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В просвете почечных канальцев типичные кристаллы щавелевокислого кальция, характерные для отравления этиленгликолем. Аналогичные кристаллы перивазально в коре головного мозга. Очаговый некронефроз. Выраженные нарушения гемодинамики в микроциркуляторном русле. Отек легких с геморрагическим компонентом. Периваскулярный и перицеллюлярный отек головного мозга. В печени внутридольковый холестаз.

Задание:

1. Какие дополнительные исследования необходимо провести?
2. Зашифровать заболевание в свидетельстве о смерти?
3. Составить судебно-медицинский диагноз?
4. Определить наличие телесных провреждений?
5. Установить причину смерти?

Ответы:

1. Из трупа для судебно-гистологического исследования взяты кусочки внутренних органов на патоморфологические изменения. Для судебно-химического исследования кровь и моча на определение алкоголя.
2. Свидетельство о смерти В) острое отравление этиленгликолем.
3. СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКИЙ ДИАГНОЗ. Острое отравление этиленгликолем - типичные кристаллы щавелевокислого кальция в просвете почечных канальцев, и перивазально в веществе головного мозга. Осложнения: острая почечная недостаточность, отек и набухание головного мозга с дислокацией; отек легких; венозное полнокровие внутренних органов.
4. Смерть наступила в результате острого отравления этиленгликолем с типичными кристаллами щавелево-кислого кальция и развитием острой почечной недостаточности. Заключение подтверждается картиной, найденной на вскрытии, и данными медицинской документации.
5. При судебно-медицинском исследовании трупа телесные повреждения не обнаружены. При поступлении пострадавшей в стационар в крови и моче этиловый спирт не обнаружен.

Задача №4. **.** УК-1  ПК-1  ПК-2  ПК-3  ПК-5  ПК-7  ПК-8  ПК-9  ПК-10

ОБСТОЯТЕЛЬСТВА ДЕЛА: в направлении на судебно-медицинское исследование трупа не указаны.

Представлена медицинская карта стационарного больного № Ш., 1956 г.р., который 01.02.07г. в 21-10 бригадой "скорой помощи" был доставлен в токсикологическое отделение из гаражей по ул. Перенсона, 60. Известно, что в компании друзей пил антифриз на этиленгликолевой основе, после чего потерял сознание. На догоспитальном этапе промыт желудок через зонд. При поступлении состояние тяжелое, сознание сопор. Контакту недоступен, психомоторное возбуждение. Кожа бледная, склеры чистые. Зрачки узкие, равны, фотореакция отсутствует. Симптом Кернига 170°. Дыхание спонтанное, адекватное, ЧДД 20 в минуту, проводится по всем полям, единичные влажные хрипы. АД 150/80 мм.рт.ст. Пульс 81 в минуту. Живот мягкий, умеренно напряжен. Печень у края реберной дуги. При поступлении в отделение больному произведена катетеризация подключичной вены справа, катетеризирован мочевой пузырь. На рентгенограмме № 2243 от 03.02.07г. пневмония в верхней доле правого легкого. Несмотря на проводимое лечение 03.02.07г. в 13-40 зафиксирована остановка кровообращения с эффективной реанимацией. Повторно остановка кровообращения в 14-50. Реанимационные мероприятия в течение 30 минут без эффекта. 03.02.07г. в 15-20 констатирована смерть больного.

ПОСМЕРТНЫЙ ДИАГНОЗ. Острое пероральное отравление этиленгликолем тяжелой степени, бытовое. *Осложнения.* Токсическая энцефалопатия тяжелой степени. Отек мозга. Токсическая гепато-нефропатия. Вторичный панкреатит. Двусторонняя пневмония. Сердечно-легочная недостаточность. *Конкурирующий.* Панкреонекроз.

Алкоголь – в крови и моче не обнаружен.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Данные анализов | | | | |
| Параметры  дата | 01.02 | 02.02 | 03.02 |  |
| эритроциты |  | 3,72 | 4,5 |  |
| Цветной п. |  | 1,12 | 1,2 |  |
| гемоглобин | 144 | 139 | 174 |  |
| тромбоциты |  | 336 | 285 |  |
| ретикулоциты |  | 41,9 | 49,3 |  |
| лейкоциты | 13,7 | 19,8 | 12,7 |  |
| эозинофилы | 1 |  |  |  |
| палочкоядерные | 2 | 7 | 14 |  |
| сегментоядерные | 59 | 77 | 67 |  |
| лимфоциты | 35 | 8 | 7 |  |
| моноциты | 3 | 8 | 12 |  |
| РОЭ | 24 | 18 | 18 |  |
| Амилаза | 433 | 387 |  |  |
| мочевина | 7,1 | 8,9 |  |  |
| Билирубин общ. | 11,9 | 13,5 |  |  |
| Прямой | 8,8 | 5,7 |  |  |
| непрямой | 3,1 | 7,8 |  |  |
| Белок крови | 98,0 | 907 |  |  |
| Калий | 4,5 | 5,4 |  |  |
| Натрий | 155 | 152 |  |  |
| АЛТ | 631,5 | 529,0 |  |  |
| АСТ |  | 81,0 |  |  |
| сахар | 7,9 | 13,0 |  |  |
| ПТВ |  | 15 |  |  |
| ПТИ |  | 114 |  |  |
| Уд. вес мочи | 1005 | 1017 | 1005 |  |
| Белок мочи | 170 | 315 | 210 |  |
| Лейкоциты мочи | 2-4-3 | ед. | 2-6 |  |
| Эритроциты мочи | 0-1-1 | зн. кол. | 17-20 |  |

НАРУЖНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ. Труп мужчины, доставлен без одежды, среднего телосложения, удовлетворительного питания, длиной тела 175 см. Кожа бледно-серая, холодная на ощупь во всех отделах, в отлогих местах тела сливные, фиолетовые, не исчезающие и не меняющие цвет при надавливании трупные пятна. Трупное окоченение достаточно выражено во всех обычно исследуемых группах мышц. Склеры глаз мутные, тусклые, суховаты, кровоизлияний в соединительные оболочки глаз не отмечается, зрачки равновелики по 0,4 см диаметром. Голова правильной формы, кости черепа и лицевого скелета на ощупь целы. Грудная клетка цилиндрическая, эластичная, упругая, ребра на ощупь целы. Живот на одном уровне с грудной клеткой. Естественные отверстия тела и полости рта и носоглотки свободны, чистые. Слизистая оболочка губ синюшная, подсохшая. Анальное отверстие сомкнуто, кожа вокруг него слегка обпачкана каловыми массами. Половые органы развиты правильно. Кости конечностей целы.

ПОВРЕЖДЕНИЯ. Каких-либо повреждений, кроме следов медицинских манипуляций, при наружном исследовании не обнаружено.

При проведении воздушной пробы – воздух из плевральных полостей и полостей сердца не получен.

ВНУТРЕННЕЕ ИССЛЕДОВАНИЕ

Масса органов взрослых.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Масса | **№ 40** | норма |
| Мозг | **1500** | До 1400 |
| Легкое правое | **820** | 450 |
| левое | **760** | 375 |
| Сердце | **310** | 200-400 |
| Печень | **1600** | 1200-2000 |
| Селезенка | **90** | 80-180 |
| Почки | **425** | 275-310 |

ПОЛОСТЬ ЧЕРЕПА: кожно-мышечный лоскут головы гладкий, влажный, блестящий, без кровоизлияний и повреждений, височные мышцы синюшные, сочные, полнокровны. Кости свода и основания черепа целы. Твердая мозговая оболочка серо-перламутрового цвета, цела, блестящая, гладкая, влажная, просвет ее синусов выполнен жидкой темной кровью в большом количестве. Мягкие мозговые оболочки тонкие, прозрачные со студневидным отеком и полнокровными сосудами, по ходу которых определяются рассеянные точечные кровоизлияния в небольшом количестве в толще мозговых оболочек. Сосуды Вилизиева круга с тонкими стенками, пустым просветом. Борозды мозга сглажены, извилины уплощены, на миндаликах мозжечка кольцевидная с диффузными субарахноидальными кровоизлияниями полоса вдавления от краев большого затылочного отверстия с губовидным выпячиванием вещества мозга внутри кольца. Резервные пространства мозга отсутствуют. Головной мозг дряблый, выполняет все резервные пространства, на разрезах с четкой границей серого и белого вещества и мраморным рисунком подкорковых ядер. Поверхности разрезов тускловаты, липнут к лезвию ножа. Желудочки мозга симметричны, обычного объема, эпендима их бледно-серая, блестящая, влажная, в полостях желудочков следы прозрачной соломенного цвета жидкости. Сосудистые сплетения обычного вида, полнокровны.

ОРГАНЫ ГОЛОВЫ И ШЕИ. Язык синюшный, влажный, обложен серовато-желтым, не снимающимся налетом. Слизистые оболочки носоглотки синюшные, влажные, блестящие. В мягких тканях шеи повреждений и кровоизлияний не обнаружено. Вход и просвет гортани свободен, слизистая оболочка ее бледно-серая. Подъязычная кость и хрящи гортани целы, в мягких тканях ее повреждений не обнаружено. Просвет трахеи и главных бронхов свободен, хрящи трахеи целы. Щитовидная железа обычных размеров, с равновеликими долями, плотно-эластичная, темно-коричневая, на разрезе полнокровна, дольчатого строения. Просвет пищевода свободен, слизистая его бледно-серая, продольно складчатая.

ГРУДНАЯ ПОЛОСТЬ. В плевральных полостях следы прозрачной жидкости. Легкие выполняют 2\3 полостей, с блестящей, гладкой и влажной плеврой. Под висцеральной плеврой, особенно, в прикорневых отделах легких и по базальным поверхностям, множественные точечные кровоизлияния. Легкие синюшные в передних и темно-синюшные в задних отделах, тестоватой консистенции, на разрезах темно-красные с обычным рисунком, полнокровны. Слизистые оболочки воздухо-проводящих путей светло-розовые, набухшие. Бифуркационные лимфоузлы располагаются в виде пакетов диаметром от 1 до 2 см, эластичные, не спаянные между собой и с окружающими тканями, темно-синюшные, на разрезах сочные, с обычным рисунком. В полости перикарда следы прозрачной жидкости, листки его гладкие, влажные, блестящие. Под эпикардом единичные точечные рассеянные темно-красные кровоизлияния. Сердце дрябло-эластичное, 11,5х9х8 см, с избыточным отложением жира под эпикардом. В полостях сердца немного жидкой темной крови с мелкими единичными темно-вишневыми свертками. Миокард розовато-синюшный, эластичный, неравномерного кровенаполнения. Толщина стенки правого желудочка 0,3 см, левого 1,2 см. Клапаны и пристеночный эндокард тонкий, полупрозрачный, клапаны сформированы правильно. Аорта эластична, со следами жидкой крови в просвете и рассеянными липидными пятнами в интиме. Коронарные артерии с тонкими стенками, пустым просветом.

БРЮШНАЯ ПОЛОСТЬ. Органы расположены анатомически правильно. В полости следы прозрачной жидкости соломенного цвета. Листки брюшины гладкие, влажные, блестящие. Желудок пустой, содержимое кишечника отделам соответствует, слизистые оболочки их бледно-серые. Мезентериальные лимфоузлы располагаются раздельно, диаметр их не более 1 см, эластичны. Печень 22х20х16х13 см, плотно-эластичная, желто-зеленоватая с поверхности и на разрезах, полнокровная, со смазанным рисунком долек. В желчном пузыре 25 мл жидкой темно-зеленой желчи, слизистая оболочка его темно-зеленая, бархатистая. Просвет внепеченочных желчевыводящих путей свободно проходим. Поджелудочная железа обычных размеров, плотно-эластичная, бледно-серая, на разрезах - дольчатого строения. Селезенка 7х5х4 см, синюшная, полнокровна, эластична, без соскоба. Надпочечники листовидной формы, обычных размеров, на разрезах граница слоев четкая. Почки равновелики, 14,5х9х7 см, дряблые. Капсула сползает при надрезе, обнажая ровную поверхность. По краю разреза паренхима наползает на капсулу. На разрезах корковый и мозговой слои - синюшные, граница слоев отсутствует. Слизистые оболочки лоханок и чашечек бледно-синюшные, гладкие, блестящие, просвет их свободен. Мочеточники проходимы на всем протяжении, с бледно-серой слизистой. Мочевой пузырь пуст, слизистая оболочка его складчатая, бледно-серая, уретра свободно проходима.

**А К Т**

Судебно-гистологического исследования № 838

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В просвете почечных канальцев типичные кристаллы щавелевокислого кальция, характерные для отравления этиленгликолем. Аналогичные кристаллы перивазально в коре головного мозга. Субтотальный некронефроз. Выраженные нарушения гемодинамики в микроциркуляторном русле. Отек легких с геморрагическим компонентом. Периваскулярный и перицеллюлярный отек головного мозга. В печени внутридольковый холестаз.

Задание:

1. Какие дополнительные исследования необходимо провести?
2. Зашифровать заболевание в свидетельстве о смерти?
3. Составить судебно-медицинский диагноз?
4. Определить наличие телесных провреждений?
5. Установить причину смерти?

Ответы:

1. Из трупа для судебно-гистологического исследования взяты кусочки внутренних органов на патоморфологические изменения. Для судебно-химического исследования кровь и моча на определение алкоголя.
2. Свидетельство о смерти В) отравление этиленгликолем
3. СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКИЙ ДИАГНОЗ. Острое отравление этиленгликолем - типичные кристаллы щавелевокислого кальция в просвете почечных канальцев, и перивазально в веществе головного мозга. Осложнения: острая почечная недостаточность, отек и набухание головного мозга с дислокацией; отек легких; венозное полнокровие внутренних органов.
4. При судебно-медицинском исследовании трупа телесные повреждения не обнаружены. При поступлении пострадавшей в стационар в крови и моче этиловый спирт не обнаружен.
5. Смерть наступила в результате острого отравления этиленгликолем с типичными кристаллами щавелевокислого кальция и развитием острой почечной недостаточности. Заключение подтверждается картиной, найденной на вскрытии, и данными медицинской документации.

Задача №5. **.** УК-1  ПК-1  ПК-2  ПК-3  ПК-5  ПК-7  ПК-8  ПК-9  ПК-10

ОБСТОЯТЕЛЬСТВА ДЕЛА: в направлении на судебно-медицинское исследование трупа не указаны.

Представлена медицинская карта стационарного больного № на имя. Б., 1948 г.р., которая 27.01.07г. в 17-10 бригадой "скорой помощи" была доставлена во 2 инфекционное отделение с жалобами на тошноту, рвоту, желтуху, боли в правом подреберье, жидкий стул, слабость. Заболела в декабре 2006г., желтуха, 2 недели кашицеобразный стул до 5 раз. Известно, что больная злоупотребляет алкоголем, суррогатами алкоголя. При поступлении общее состояние тяжелое. Вид вялый. Сознание ясное. В контакт вступает неохотно. Положение пассивное. Кахексия. Кожные покровы сухие, желтушные. Дыхание через нос свободное, ЧДД 18 в минуту. Пульс 70 в минуту. АД 110/60 мм.рт.ст. Язык обложен белым налетом. Живот мягкий, безболезненный. Урчание по ходу кишечника. Печень +1 см из под ребра. Больная госпитализирована в отделение реанимации. При ультразвуковом исследовании № 488 от 30.01.07: диффузные изменения печени, диффузные изменения поджелудочной железы. Осмотрена хирургом. *Операции:* 1) 03.02.07г. Лапароцентез. Получено асцитическое отделяемое. На фоне прогрессивного ухудшения состояния 04.02.07г. в 16-00 остановка дыхания и сердечной деятельности. Проведены успешные реанимационные мероприятия, восстановился синусовый ритм. Продолжена назначенная терапия. В 20-00 повторная остановка сердечной деятельности. Реанимационные мероприятия без эффекта, констатирована смерть 04.02.2007г. в 20-15.

ПОСМЕРТНЫЙ ДИАГНОЗ. алкогольно-токсический панкреатит, гепатит, тяжелое течение. *Осложнения.* Токсическая энцефалопатия. Судорожный синдром. Гепаторенальный синдром, ДВС-синдром. … желудочно-кишечное кровотечение. *Сопутствующий.* Синдром зависимости от алкоголя средней степени. хронический колит …, В-12 дефицитная анемия. ИБС. Постинфарктный кардиосклероз.

*Операции:* 1) 03.02.07г. Лапароцентез.

Алкоголь – данных нет.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Данные анализов | | | | |
| Параметры  дата | 31.01 | 2.02 | 3.02 | 4.02 |
| эритроциты | 2,1 | 1,9 | 2,0 | 1,69 |
| Цветной п. | 1,15 | 1,15 | 1,05 | 1,21 |
| гемоглобин | 80 | 73 | 70 | 68 |
| тромбоциты | 130 | 144 | 158 | 90 |
| лейкоциты | 5,0 | 12,7 | 13,6 | 13,0 |
| эозинофилы | 2 |  |  |  |
| базофилы | 2 |  |  |  |
| миелоциты |  |  | 1 | 2 |
| палочкоядерные | 5 | 1 | 3 | 12 |
| сегментоядерные | 75 | 82 | 78 | 57 |
| лимфоциты | 10 | 10 | 6 | 10 |
| моноциты | 6 | 7 | 12 | 19 |
| Дегенеративные изменения нейтрофилов |  |  |  | + |
| Анизоцитоз | + | ++ | ++ | ++ |
| Пойкилоцитоз | + | + | + | + |
| Полихромазия | + | + | + | + |
| РОЭ | 62 | 50 | 53 |  |
| Амилаза | 14,7 | 10,0 | 17,2 | 34,3 |
| мочевина | 18,4 | 17,3 | 22,9 | 28,6 |
| Билирубин общ. | 211,4 | 239,1 | 257,6 | 263,0 |
| Прямой | 163,4 | 196,8 | 186,6 | 191,5 |
| непрямой | 48,0 | 42,3 | 71,0 | 71,5 |
| Белок крови | 54 | 60 | 55,2 | 50 |
| Калий | 2,3 | 2,3 | 2,8 | 4,5 |
| Натрий | 140 | 120 | 120 | 116 |
| Уд. вес мочи |  | 1005 |  |  |
| Белок мочи |  | 2549 |  |  |
| сахар |  | 3,3 |  |  |
| Лейкоциты мочи |  | бол. кол. |  |  |
| Эритроциты мочи |  | бол. кол. |  |  |

НАРУЖНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ. Труп женщины, доставлен без одежды, среднего телосложения, удовлетворительного питания, длиной тела 170 см. Кожа желтая, холодная на ощупь во всех отделах, в отлогих местах тела сливные, фиолетовые, не исчезающие и не меняющие цвет при надавливании трупные пятна. Трупное окоченение достаточно выражено во всех обычно исследуемых группах мышц. Склеры глаз мутные, тусклые, суховаты, кровоизлияний в соединительные оболочки глаз не отмечается, зрачки равновелики по 0,4 см диаметром. Голова правильной формы, кости черепа и лицевого скелета на ощупь целы. Грудная клетка цилиндрическая, эластичная, упругая, ребра на ощупь целы. Живот на одном уровне с грудной клеткой. Естественные отверстия тела и полости рта и носоглотки свободны, чистые. Слизистая оболочка губ синюшная, подсохшая. Анальное отверстие сомкнуто, кожа вокруг него слегка обпачкана бесцветными каловыми массами. Половые органы развиты правильно. Кости конечностей целы.

ПОВРЕЖДЕНИЯ. Каких-либо повреждений, кроме следов медицинских манипуляций, при наружном исследовании не обнаружено.

При проведении воздушной пробы – воздух из плевральных полостей и полостей сердца не получен.

ВНУТРЕННЕЕ ИССЛЕДОВАНИЕ

Масса органов взрослых.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Масса | **№ 43** | норма |
| Мозг | **1430** | До 1400 |
| Легкое правое | **560** | 450 |
| левое | **440** | 375 |
| Сердце | **270** | 200-400 |
| Печень | **2100** | 1200-2000 |
| Селезенка | **250** | 80-180 |
| Почки | **320** | 275-310 |

ПОЛОСТЬ ЧЕРЕПА: кожно-мышечный лоскут головы гладкий, влажный, блестящий, без кровоизлияний и повреждений, височные мышцы синюшные, сочные, полнокровны. Кости свода и основания черепа целы. Твердая мозговая оболочка желтого цвета, цела, блестящая, гладкая, влажная, просвет ее синусов выполнен жидкой темной кровью в большом количестве. Мягкие мозговые оболочки тонкие, прозрачные со студневидным отеком и полнокровными сосудами, по ходу которых определяются рассеянные точечные кровоизлияния в небольшом количестве в толще мозговых оболочек. Борозды мозга сглажены, извилины уплощены, на миндаликах мозжечка кольцевидная с диффузными субарахноидальными кровоизлияниями полоса вдавления от краев большого затылочного отверстия с губовидным выпячиванием вещества мозга внутри кольца. Резервные пространства мозга отсутствуют. Головной мозг дряблый, выполняет все резервные пространства, на разрезах с четкой границей серого и белого вещества и мраморным рисунком подкорковых ядер. Поверхности разрезов тускловаты, липнут к лезвию ножа. Желудочки мозга симметричны, обычного объема, эпендима их бледно-серая, блестящая, влажная, в полостях желудочков следы прозрачной соломенного цвета жидкости. Сосудистые сплетения обычного вида, полнокровны.

ОРГАНЫ ГОЛОВЫ И ШЕИ. Язык желто-синюшный, влажный, обложен серовато-желтым, не снимающимся налетом. Слизистые оболочки носоглотки желто-синюшные, влажные, блестящие. В мягких тканях шеи повреждений и кровоизлияний не обнаружено. Вход и просвет гортани свободен, слизистая оболочка ее желто-серая. Подъязычная кость и хрящи гортани целы, в мягких тканях ее повреждений не обнаружено. Просвет трахеи и главных бронхов свободен, хрящи трахеи целы. Щитовидная железа обычных размеров, с равновеликими долями, плотно-эластичная, темно-коричневая, на разрезе полнокровна, дольчатого строения. Просвет пищевода свободен, слизистая его желто-серая, продольно складчатая.

ГРУДНАЯ ПОЛОСТЬ. В плевральных полостях следы желтой жидкости. Легкие выполняют 2\3 полостей, с блестящей, прокрашенной в желтый цвет гладкой и влажной плеврой. Под висцеральной плеврой, особенно, в прикорневых отделах легких и по базальным поверхностям, множественные точечные кровоизлияния. Легкие желто-синюшные в передних и темно-синюшные в задних отделах, тестоватой консистенции, на разрезах темно-красные с обычным рисунком, полнокровны. Слизистые оболочки воздухо-проводящих путей желтые, набухшие. Бифуркационные лимфоузлы располагаются в виде пакетов диаметром от 1 до 2 см, эластичные, не спаянные между собой и с окружающими тканями, темно-синюшные, на разрезах сочные, с обычным рисунком. В полости перикарда следы желтой жидкости, листки его гладкие, влажные, блестящие. Под эпикардом единичные точечные рассеянные темно-красные кровоизлияния. Сердце дряблое, 11,5х9х8 см. В полостях сердца немного жидкой темной крови с мелкими единичными темно-вишневыми свертками. Миокард розовато-синюшный, эластичный, неравномерного кровенаполнения. Толщина стенки правого желудочка 0,3 см, левого 1,2 см. Клапанный и пристеночный эндокард тонкий, прокрашен в желтый цвет, полупрозрачный, клапаны сформированы правильно. Аорта эластична, со следами жидкой крови в просвете и рассеянными липидными пятнами в интиме. Коронарные артерии с тонкими стенками, пустым просветом.

БРЮШНАЯ ПОЛОСТЬ. Органы расположены анатомически правильно. В полости следы прозрачной жидкости желтого цвета. Листки брюшины прокрашены в желтый цвет, гладкие, влажные, блестящие. Желудок пустой, содержимое кишечника отделам соответствует, слизистые оболочки их желто-серые. В толстом кишечнике бесцветные каловые массы. Мезентериальные лимфоузлы располагаются раздельно, диаметр их не более 1 см, эластичны. Печень 27х22х18х13 см, плотно-эластичная, желто-зеленая с поверхности и на разрезах, полнокровная, с зеленым крапом. В желчном пузыре 25 мл жидкой темно-зеленой желчи, слизистая оболочка его темно-зеленая, бархатистая. Просвет внепеченочных желчевыводящих путей свободно проходим. Поджелудочная железа обычных размеров, плотно-эластичная, бледно-желтая, на разрезах - дольчатого строения. Селезенка 15х15х14 см, синюшная, полнокровна, эластична, без соскоба. Надпочечники листовидной формы, обычных размеров, на разрезах граница слоев четкая. Почки равновелики, 11,5х7х5 см, дрябло-эластичные. Капсула сползает при надрезе, обнажая ровную поверхность. По краю разреза паренхима наползает на капсулу. На разрезах корковый слой – желто-синюшный, с темно-красным крапом и подчеркнутым рисунком, мозговой слой также с подчеркнутым рисунком, граница слоев отчетливо выражена. Слизистые оболочки лоханок и чашечек желтые, гладкие, блестящие, просвет их свободен. Мочеточники проходимы на всем протяжении, с желто-серой слизистой. Мочевой пузырь пуст, слизистая оболочка его складчатая, желто-серая, уретра свободно проходима. Гиперплазия костного мозга бедра.

**А К Т**

Судебно-гистологического исследования

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Печень – полнокровие синусоидов, внутридольковый холестаз. Умеренная пролиферация звездчатых ретикулоцитов, отек пространств Диссе. Вакуольная дистрофия гепатоцитов. Почки – эктазия просвета почечных канальцев с выполнением его желчным пигментом. Очаговый межуточный склероз. В легких отек с геморрагическим компонентом. Головной мозг – выраженный периваскулярный и перицеллюлярный отек.

Задание:

1. Какие дополнительные исследования необходимо провести?
2. Зашифровать заболевание в свидетельстве о смерти?
3. Составить судебно-медицинский диагноз?
4. Определить наличие телесных провреждений?
5. Установить причину смерти?

Ответы:

1. Из трупа для судебно-гистологического исследования взяты кусочки внутренних органов на патоморфологические изменения. Для судебно-химического исследования кровь и моча на определение алкоголя.
2. Свидетельство о смерти В) отравление веществом обладающим гепато- и нефротропным действием Т 65.9. Г) несчастный случай Х 59.
3. СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКИЙ ДИАГНОЗ. Отравление веществом обладающим гепато- и нефротропным действием: внутридольковый холестаз, умеренная пролиферация звездчатых ретикулоцитов, отек пространств Диссе, вакуольная дистрофия гепатоцитов; билирубиновый нефроз - эктазия просвета почечных канальцев с выполнением его желчным пигментом. Осложнения: паренхиматозная желтуха, отек и набухание головного мозга с дислокацией; отек легких с геморрагическим компонентом; венозное полнокровие внутренних органов.
4. При судебно-медицинском исследовании трупа телесные повреждения не обнаружены.
5. Смерть наступила **04.02.2007.** в результате отравления неустановленным веществом с гепатотропным и нефротропным действием, обусловившим печеночно-почечную недостаточность. Заключение подтверждается картиной, найденной на вскрытии и данными медицинской документации. Данных в истории болезни о наличия алкоголя в крови пострадавшего не обнаружено.

**6. Перечень практических умений**

УК-1  ПК-1  ПК-2  ПК-3  ПК-5  ПК-7  ПК-8  ПК-9  ПК-10

- установить причину смерти;

- провести судебно-медицинское исследование трупа при различных видах насильственной смерти;

- определить степень тяжести телесных повреждений;

- установить причинно-следственную связь между повреждением и неблагоприятным исходом;

- организовать судебно-медицинскую экспертизу вещественных доказательств (изъять, упаковать и направить объекты судебно-медицинской экспертизы на лабораторные исследования);

**7. Рекомендации по выполнению НИР**

Примерная тематика по НИР по теме - не предусмотрена

**8. Рекомендованная литература по теме занятия** (обязательная, дополнительная, электронные ресурсы, включая законодательные и нормативно-правовые документы

**Занятие № 41**

**1. Индекс** ОД.О.01.1.7.51 **Тема: «Наркомании и токсикомании. Особенности осмотра места происшествия при подозре­нии на смерть от отравления. Судебно-медицинское рас­познавание отравлений. Вопросы, возникающие при экспер­тизе отравлений».**

**2. Форма организации занятия: подготовка к практическому занятию.**

**3. Перечень вопросов для самоподготовки по теме практического занятия**

ВОПРОС УК-1  ПК-1  ПК-2  ПК-3  ПК-5  ПК-7  ПК-8  ПК-9  ПК-10

1. Какие факторы влияют на изменение концентрации этилового алкоголя в организме и необходимы при оценке алкогольной интоксикации?

ОТВЕТ: Результаты судебно-химического исследовании о выявленной концентрации этанола в крови и моче не должны механически переноситься на оценку степени алкогольной интоксикации, ибо, в зависимости от ряда факторов скорость всасывания и выделения алкоголя, степень опьянения, (а значит, влияние опьянения на поведение) может изменяться. К этим факторам следует отнести следующие:

— конституционные особенности (масса тела, возраст, пол) у детей, беременных женщин (эта-нол образуется и несколько увеличивает показатели);

— наличие патологических состояний организма (особенно сердечно-сосудистых заболеваний, болезней желудочно-кишечного тракта и печени), а также черепно-мозговой травмы;

— степень и качество заполнения желудка пищей. На пустой желудок всасывание начинается через 30 минут, на полный задерживается до 90 и более минут. Плотная, богатая протеином пища претятствует всасыванию алкоголя в кровь;

— особенности алкогольных напитков. Быстрее всасываются напитки крепостью 10—20 градусов с примесями углекислоты;

— воздействия с лечебной целью при поступлении трупа из стационара, связанные с форсированным выведением алкоголя из организма, снижением его концентрации при переливании крови, форсированном диурезе, промывании желудка и кишечника. С другой стороны, поступление лекарственных средств, содержащих эта-нол или образующих его вследствие брожения. Синергистами (усиливающими действие алкоголя) может быть прием лекарственных средств (барбитураты, транквилизаторы и др.);

— некоторое значение имеют внешние факторы, пребывание в которых при низкой температуре замедляет всасывание, при высокой значительно ускоряет нарастание его в крови. Всасывание замедляется и при стрессовой ситуации. Осторожно подходить к количественной оценке алкоголя следует при исследовании трупов, извлеченных из воды;

— снижение количества алкоголя в зависимости от времени после приема до наступления смерти. В среднем за один час в крови происходит понижение количества алкоголя на 0,1% (фактор окисления В go по Видмарку равен 0,1— 0,13%). При средней мышечной нагрузке — 0,15%, при напряженной — 0,2%, при травме черепа B(,() 0,06—0,08%. В весовых соотношениях в час происходит окисление 6—10 г алкоголя. Зная время после приема спиртных напитков до наступления смерти, можно установить количество принятого алкоголя;

— посмертные изменения, при исследовании после смерти чфез двое и более суток. Вследствие гниения происходит образование алкоголя, и его количество может увеличиваться от истинного на 2%, особенно в крови, изъятой из полостей сердца (по сравнению с периферической кровью и мочой).

Имеет значение также особенность и время хранения изъятого материала до его исследования.

ВОПРОС УК-1  ПК-1  ПК-2  ПК-3  ПК-5  ПК-7  ПК-8  ПК-9  ПК-10

1. В какой степени может измениться концентрация алкоголя в зависимости от времени и условий хранения тканей, изъятых у живых и трупов?

ОТВЕТ: Насколько большое влияние оказывают условия и время от изъятия до хранения материала лучше всего видно из результатов исследований Ф. А. Галицкого (1995), который провел сравнительную оценку результатов исследования мочи на этанол живых людей в разном состоянии и трупов сразу после изъятия и через 10 дней хранения ее при комнатной температуре.

а) При ИБС в 75% у живых больных и в 82% у трупов образуется этанол с максимальной концентрацией, соответственно 8,75% и 3,2%.

б) У беременных, особенно во второй половине, установлено образование этанола соответственно в 60% и 78% случаев с максимальной концентрацией 2,76% и 4,74%.

в) У больных детей и трупов в 61% и в 66,7% случаев этанол образуется в концентрации соответственно 8,5 и 2,6%.

г) После воздействия экстремальных факторов образование этанола в образцах мочи живых людей произошло в 60% случаев при концентрации до 5,7%, в моче трупов таких людей в 67% случаев при максимальной концентрации 2,7%.

Следует отметить, что в практической работе особенно при получении материала из отделений области или результатов определения количества алкоголя, проведенного в стационаре, даже при меньшем сроке мы имеем неточные результаты.

ВОПРОС УК-1  ПК-1  ПК-2  ПК-3  ПК-5  ПК-7  ПК-8  ПК-9  ПК-10

1. На чем кроме судебно-химического исследования основывается диагностика острой алкогольной интоксикации?

ОТВЕТ: Диагностика смерти от алкоголя основывается на всесторонней оценке, прежде на всего судебно-химическом исследовании. Вместз с тем учитывается клиника: учащение пульса, покраснение лица, возбуждение, расстройство речи, нарушение координации движений, снижение чувствительности, слюнотечение, усиленный диурез, двигательный паралич, глубокий сон, замедление дыхания и пульса, снижение температуры, потеря сознания, тошнота и рвота, которая при тяжелом отравлении может закрыть дыхательные пути и вызвать асфиксию, от которой наступает смерть.

На трупе наблюдается полнокровие всех органов, особенно головного мозга, переполнение мочевого пузыря, синюшность, отек век, могут быть признаки быстрой смерти, но все это неспецифично для смерти от отравления этанолом. Большое значение имеет запах алкоголя от органов и полостей трупа, сильнее выраженный в грудной полости и головном мозге. При быстрой смерти, даже при большом количестве алкоголя, в крови запаха может не быть. Все это позволяет лишь сделать вывод об употреблении алкоголя незадолго до смерти и заподозрить алкогольную интоксикацию.

ВОПРОС УК-1  ПК-1  ПК-2  ПК-3  ПК-5  ПК-7  ПК-8  ПК-9  ПК-10

1. Какие вещества называют психотропными?

ОТВЕТ: В список таких веществ, которые относятся к ядам, угнетающим ЦНС, включаются такие препараты, которые вызывают привыкание и оказывают воздействие на ЦНС, вызывая галлюцинации, нарушение мышления, настроения, восприятие двигательных функций. Постоянное употребление приводит к снижению чувствительности к препарату и поэтому к увеличению дозы, повышению переносимости, которое называется толерантностью. У таких людей уже через несколько часов отсутствие препарата в организме вызывает психическую напряженность, тревогу, агрессивность, нарушение функций ЦНС, дыхательной и сердечной деятельности, то есть «ломку», абстиненцию. Эти явления через 3—5 дней могут привести к психозу. Злоупотребление психотропными лекарствами получило название — лекарственной зависимости. Психотропные вещества вызывают психическую и физическую зависимость —неодолимое влечение к приему наркотика и достижение комфорта.

ВОПРОС УК-1  ПК-1  ПК-2  ПК-3  ПК-5  ПК-7  ПК-8  ПК-9  ПК-10

1. Что такое наркотик (наркотическое вещество)?

ОТВЕТ: Вещество называется наркотическим, если оказывает специфическое действие на ЦНС, принимает социально опасные масштабы, являясь причиной его немедицинского употребления. «НАРКЕ» в переводе с греческого означает помрачение, «МАНИЯ» — влечение, безумие. В связи с появлением новых лекарственных препаратов сходного действия, но не включенных в официальный список наркотиков, появился термин-токсическое вещество, вызывающее токсикоманию (от греческих слов токсикос — яд и мания — влечение).

ВОПРОС УК-1  ПК-1  ПК-2  ПК-3  ПК-5  ПК-7  ПК-8  ПК-9  ПК-10

1. Какие наркотические и токсические вещества наиболее распространены?

ОТВЕТ: С развитием фармацевтической промышленности количество этих веществ постоянно увеличивается, постепенно пополняется и их официальный список. В нашей стране наиболее распространены вещества, содержащиеся в индийской, а также в южно-чуйской и южно-маньчжурской конопле. Это гашиш, имеющий множество названий (анаша, дагга, план, харас и Др.), это пыльца и смола конопли. Их употребляют по разному: курят, жуют, принимают под язык и внутрь в виде таблеток, порошка или напитка.

Не менее распространен у нас другой растительный наркотик — опий. Используется млечный сок из незрелых коробочек мака. Препараты опия применяются и в составе лекарственных средств в медицине: морфин, кодеин, омнопон, дионин, носкарпин и другие. Растительные наркотики составляют примерно 80% употребляемых, остальные — это лекарственные вещества — «колеса», как их называют сами наркоманы. К ним относятся прежде всего снотворные — производные барбитуровой кислоты —барбитураты (барбамил, фенобарбамил, этаминал-натрия и другие), и снотворные других групп. Также часто применяемые психотропные средства, транквилизаторы (элениум, реланиум, тазепам, седуксен и Др.), антигистаминные вещества с седатив-ным действием (димедрол, дипросин), стимулирующие средства (кофеин, феномин и др.), применяемые в психиатрии противопаркинсониче-ские средства (циклодол, артан, ромаркан).

Наиболее доступными и поэтому распространенными по сравнению с наркотическими являются токсические вещества, вызывающие токси-команию. Особенно кофеинизм — злоупотребление кофе, чаем и его отваром — чефиром, а также средства бытовой химии, например клей «Момент», ацетон. Подростки употребляют их вдыхая и нюхая эти вещества, что вызывает галлюцинации, красочные или устрашающие видения. При повторных приемах иногда вызываются привыкания, появляется эмоциональная зависимость и отравления, вплоть до смертельного исхода.

**4. Самоконтроль по тестовым заданиям данной темы**

1. ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ОБЩЕГО СУДЕБНО-ХИМИЧЕСКОГО АНАЛИЗА ОТ ТРУПА БЕРУТ

ПК-5

1) органы и ткани по усмотрению судебно-медицинского эксперта

2) сердце, легкое, почки, печень, мозг, кровь

3) желудок и начальную часть кишечника с содержимым, кровь, мочу, печень, легкое

4) желудок и начальную часть тонкого кишечника с содержимым, часть толстой кишки с содержимым, почку и мочу, печень и желчный пузырь, головной мозг, легкое

5) легкое, головной мозг

Правильный ответ: 4

1. ИССЛЕДОВАНИЯ, ПРИМЕНЯЕМЫЕ ДЛЯ ПОДТВЕРЖДЕНИЯ ДИАГНОЗА ОТРАВЛЕНИЯ ПРИ СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКОМ ИССЛЕДОВАНИИ ТРУПА

ПК-5

1) гистологическое, гистохимическое, биохимическое

2) криминалистические

3) генетические

4) молекулярные

5) цитологическое

Правильный ответ: 1

1. ЕДКИЕ ЯДЫ НАИБОЛЕЕ ВЫРАЖЕНО ДЕЙСТВУЮТ

1) местно

2) резорбтивно

3) кумулятивно

4) комплексно

5) не действуют

Правильный ответ: 1

1. В РЕЗУЛЬТАТЕ МЕСТНОГО ДЕЙСТВИЯ КИСЛОТ В ТКАНЯХ РАЗВИВАЕТСЯ

ПК-5

1) гнойное воспаление

2) колликвационный некроз

3) коагуляционный некроз

4) воспаление

5) абсцесс

Правильный ответ: 3

1. ВОЗМОЖНЫЕ ПРИЧИНЫ СМЕРТИ ПРИ ПРЕИМУЩЕСТВЕННО МЕСТНОМ ДЕЙСТВИИ ЕДКОГО ЯДА

ПК-5

1) шок

2) паралич дыхательного и сосудодвигательного центров

3) осложнения инфекционного характера

4) полиорганная недостаточность

5) осложнения неинфекционного характера

Правильный ответ: 1

1. ПРИЧИНЫ СМЕРТИ ПРИ ПРЕИМУЩЕСТВЕННО РЕЗОРБТИВНОМ ДЕЙСТВИИ ЯДА

ПК-5

1) паралич дыхательного и сосудодвигательного центров

2) шок

3) осложнения инфекционного и неинфекционного характера

4) полиорганная недостаточность

5) осложнения, вызванные перфорацией стенок желудка или кишечника

Правильный ответ: 4

1. К ДЕСТРУКТИВНЫМ ЯДАМ ОТНОСЯТСЯ

ПК-5

1) кислоты

2) органические и неорганические соединения ртути и мышьяка

3) высшие спирты

4) растворители органических веществ

5) цианиды

Правильный ответ: 2

1. ДЕЙСТВИЕ ДЕСТРУКТИВНЫХ ЯДОВ НА ТКАНИ

ПК-5

1) резорбтивное

2) комплексное

3) возбуждающее

3) угнетающее

4) стимулирующее

Правильный ответ: 1

1. ПРИ ОТРАВЛЕНИЯХ СОЛЯМИ РТУТИ ПРЕИМУЩЕСТВЕННО ПОРАЖАЮТСЯ

ПК-5

1) головной мозг

2) почки

3) печень

4) легкие

5) кожа

Правильный ответ: 2

1. К ЯДАМ КРОВИ ОТНОСЯТСЯ ВЕЩЕСТВА

ПК-5

1) изменяющие свойства гемоглобина

2) вызывающие коагуляционный некроз

3) нарушающие процессы кроветворения

4) преимущественно местного действия

5) вызывающие перфорации органов

Правильный ответ: 1

**5. Самоконтроль по ситуационным задачам**

**Задача№1** УК-1  ПК-1  ПК-2  ПК-3  ПК-5  ПК-7  ПК-8  ПК-9  ПК-10

ОБСТОЯТЕЛЬСТВА ДЕЛА: в направлении на судебно-медицинское исследование трупа не указаны.

Представлен акт о смерти. Больной К, 31 год, доставлен бригадой "скорой помощи" доставлен в ГКБ № 6 в 1-20 07.02.07г. с диагнозом: цирроз печени, пищеводное кровотечение? Больной доставлен из дома 1-я Ленинградская, 25-2. При поступлении состояние больного тяжелое. В сознании, контакт с больным затруднен. Со слов врача бригады "скорой помощи" употреблял суррогаты алкоголя. 05.01.07г. отметил иктеричность кожных покровов, обращался в токсикологическое отделение – направлен на амбулаторное лечение. Кожные покровы и видимые слизистые иктеричные. В легких дыхание проводится по всем полям, хрипов нет. Сердечные тоны приглушены, пульс 82 в минуту. АД 90/60 мм.рт.ст. Язык влажный, живот не вздут, симметричен. При пальпации живот мягкий, умеренно болезненный в эпигастрии. Симптомов раздражения брюшины нет. Больной направлен на обследование. Во время нахождения в приемном отделении ГКБ № 6 состояние больного резко ухудшилось, наступила остановка дыхания, сердечной деятельности. Вызван дежурный реаниматолог. Реанимационные мероприятия в течение 20 минут без эффекта. В 2-15 07.02.07 констатирована смерть.

По органам малокровие.

НАРУЖНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ. Труп мужчины, доставлен без одежды, среднего телосложения, удовлетворительного питания, длиной тела 175 см. Кожа бледно-серая, холодная на ощупь во всех отделах, в отлогих местах тела сливные, фиолетовые, не исчезающие и не меняющие цвет при надавливании трупные пятна. Трупное окоченение достаточно выражено во всех обычно исследуемых группах мышц. Склеры глаз мутные, тусклые, суховаты, кровоизлияний в соединительные оболочки глаз не отмечается, зрачки равновелики по 0,4 см диаметром. Голова правильной формы, кости черепа и лицевого скелета на ощупь целы. Грудная клетка цилиндрическая, эластичная, упругая, ребра на ощупь целы. Живот на одном уровне с грудной клеткой. Естественные отверстия тела и полости рта и носоглотки свободны, чистые. Слизистая оболочка губ синюшная, подсохшая. Анальное отверстие сомкнуто, кожа вокруг него слегка обпачкана каловыми массами. Половые органы развиты правильно. Кости конечностей целы.

ПОВРЕЖДЕНИЯ. Каких-либо повреждений, кроме следов медицинских манипуляций, при наружном исследовании не обнаружено.

При проведении воздушной пробы – воздух из плевральных полостей и полостей сердца не получен.

ВНУТРЕННЕЕ ИССЛЕДОВАНИЕ

Масса органов взрослых.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Масса | № 47 | норма |
| Мозг | 1500 | До 1400 |
| Легкое правое | 590 | 450 |
| левое | 450 | 375 |
| Сердце | 350 | 200-400 |
| Печень | 1800 | 1200-2000 |
| Селезенка | 90 | 80-180 |
| Почки | 350 | 275-310 |

ПОЛОСТЬ ЧЕРЕПА: кожно-мышечный лоскут головы гладкий, влажный, блестящий, без кровоизлияний и повреждений, височные мышцы синюшные, сочные, малокровны. Кости свода и основания черепа целы. Твердая мозговая оболочка желтого цвета, цела, блестящая, гладкая, влажная, просвет ее синусов выполнен жидкой темной кровью в большом количестве. Мягкие мозговые оболочки тонкие, прозрачные со студневидным отеком и малокровными сосудами, по ходу которых определяются рассеянные точечные кровоизлияния в небольшом количестве в толще мозговых оболочек. Сосуды Вилизиева круга с тонкими стенками, пустым просветом Борозды мозга сглажены, извилины уплощены, на миндаликах мозжечка кольцевидная с диффузными субарахноидальными кровоизлияниями полоса вдавления от краев большого затылочного отверстия с губовидным выпячиванием вещества мозга внутри кольца. Резервные пространства мозга отсутствуют. Головной мозг дряблый, выполняет все резервные пространства, на разрезах с четкой границей серого и белого вещества и мраморным рисунком подкорковых ядер. Поверхности разрезов тускловаты, липнут к лезвию ножа. Желудочки мозга симметричны, обычного объема, эпендима их бледно-серая, блестящая, влажная, в полостях желудочков следы желтого цвета жидкости. Сосудистые сплетения обычного вида, малокровны

ОРГАНЫ ГОЛОВЫ И ШЕИ. Язык желто-синюшный, влажный, обложен серовато-желтым, не снимающимся налетом. Слизистые оболочки носоглотки желто-синюшные, влажные, блестящие. В мягких тканях шеи повреждений и кровоизлияний не обнаружено. Вход и просвет гортани свободен, слизистая оболочка ее желто-серая. Подъязычная кость и хрящи гортани целы, в мягких тканях ее повреждений не обнаружено. Просвет трахеи и главных бронхов свободен, хрящи трахеи целы. Щитовидная железа обычных размеров, с равновеликими долями, плотно-эластичная, темно-коричневая, на разрезе малокровна, дольчатого строения. Просвет пищевода свободен, слизистая его желто-серая, продольно складчатая.

ГРУДНАЯ ПОЛОСТЬ. В плевральных полостях следы желтой жидкости. Легкие выполняют 2\3 полостей, с блестящей, прокрашенной в желтый цвет гладкой и влажной плеврой. Под висцеральной плеврой, особенно, в прикорневых отделах легких и по базальным поверхностям, множественные точечные кровоизлияния. Легкие желто-серые в передних и в задних отделах, тестоватой консистенции, на разрезах бледно-красные с обычным рисунком, малокровны. Слизистые оболочки воздухо-проводящих путей желтые, набухшие. Бифуркационные лимфоузлы располагаются в виде пакетов диаметром от 1 до 2 см, эластичные, не спаянные между собой и с окружающими тканями, темно-синюшные, на разрезах сочные, с обычным рисунком. В полости перикарда следы желтой жидкости, листки его гладкие, влажные, блестящие. Под эпикардом единичные точечные рассеянные темно-красные кровоизлияния. Сердце дряблое, 11,5х9х8 см. В полостях сердца немного жидкой темной крови с мелкими единичными темно-вишневыми свертками. Миокард розовато-синюшный, эластичный, неравномерного кровенаполнения. Толщина стенки правого желудочка 0,3 см, левого 1,2 см. Клапанный и пристеночный эндокард тонкий, прокрашен в желтый цвет, полупрозрачный, клапаны сформированы правильно. Аорта эластична, со следами жидкой крови в просвете и рассеянными липидными пятнами в интиме. Коронарные артерии с тонкими стенками, пустым просветом.

БРЮШНАЯ ПОЛОСТЬ. Органы расположены анатомически правильно. В полости следы прозрачной жидкости желтого цвета. Листки брюшины прокрашены в желтый цвет, гладкие, влажные, блестящие. В желудке 2 л свернувшейся крови. При ревизии в кардиальном отделе с переходом на пищевод вертикальная трещина слизистой оболочки длиной 3 см с темно-вишневым дном, ширина трещины до 0,5 см, форма щелевидная. Вокруг нее в подслизистом слое кровоизлияние диаметром 5 см. Содержимое кишечника отделам соответствует, слизистые оболочки их желто-серые. В толстом кишечнике бесцветные каловые массы. Мезентериальные лимфоузлы располагаются раздельно, диаметр их не более 1 см, эластичны. Печень 27х22х18х13 см, плотно-эластичная, желто-зеленая с поверхности и на разрезах, малокровная, с зеленым крапом. В желчном пузыре 50 мл жидкой темно-зеленой желчи, слизистая оболочка его темно-зеленая, бархатистая. Просвет внепеченочных желчевыводящих путей свободно проходим. Поджелудочная железа обычных размеров, плотно-эластичная, бледно-желтая, на разрезах - дольчатого строения. Селезенка 6х6х4 см, синюшная, малокровна, эластична, без соскоба, с морщинистой капсулой. Надпочечники листовидной формы, обычных размеров, на разрезах граница слоев четкая. Почки равновелики, 14,5х9х7 см, дряблые. Капсула сползает при надрезе, обнажая ровную поверхность. По краю разреза паренхима наползает на капсулу. На разрезах корковый и мозговой слои - синюшные, граница слоев отсутствует. Слизистые оболочки лоханок и чашечек бледно-синюшные, гладкие, блестящие, просвет их свободен. Мочеточники проходимы на всем протяжении, с бледно-серой слизистой. Мочевой пузырь пуст, слизистая оболочка его складчатая, бледно-серая, уретра свободно проходима.

Из трупа взяты: для судебно-гистологического исследования кусочки внутренних органов на патоморфологические изменения; для судебно-химического исследования кровь и моча на определение алкоголя; для судебно-химического исследования печень, почка, часть желудка с содержимым, фрагмент мочевого пузыря на определение спиртов, растворителей.

ДАННЫЕ ДОПОЛНИТЕЛЬНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ.

1. Представлен акт судебно-химического исследования № 777 от 08.02.07г. Эксперт-химик Кандыба. При судебно-химическом исследовании вещественных доказательств, изъятых при вскрытии трупа, обнаружен этиловый спирт в концентрации: в крови 0,4 промилле, в моче 0,6 промилле.
2. Представлен акт судебно-химического исследования № 446 от 13.02.07г. Эксперт Козлова Т.В. ЗАКЛЮЧЕНИЕ: на основании вышеизложенного следует, что при судебно-химическом исследовании биологического материала, изъятого при вскрытии трупа Козлова Т.В. 31 год, в крови, почке и стенке желудка газохроматографическим методом не обнаружено: метилового, пропиловых, бутиловых, амиловых спиртов, ядовитых хлорпроизводных, ароматических производных (бензола, ксилола, толуола), ацетона, ацетальдегида.
3. А К Т Судебно-гистологического исследования № 962 ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В просвете почечных канальцев типичные кристаллы щавелевокислого кальция, характерные для отравления этиленгликолем. Очаговый некронефроз. Выраженные нарушения гемодинамики в микроциркуляторном русле. Отек легких с геморрагическим компонентом. Периваскулярный и перицеллюлярный отек головного мозга. В печени внутридольковый холестаз. В желудке поверхностный некроз слизистой и диффузные кровоизлияния.

Задание:

1. Какие дополнительные исследования необходимо провести?
2. Зашифровать заболевание в свидетельстве о смерти?
3. Составить судебно-медицинский диагноз?
4. Определить наличие телесных провреждений?
5. Установить причину смерти?

Ответы:

1. Из трупа для судебно-гистологического исследования взяты кусочки внутренних органов на патоморфологические изменения. Для судебно-химического исследования кровь и моча на определение алкоголя.
2. Свидетельство о смерти В) отравление этиленгликолем
3. СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКИЙ ДИАГНОЗ. Острое отравление этиленгликолем - типичные кристаллы щавелевокислого кальция в просвете почечных канальцев, и перивазально в веществе головного мозга. Осложнения: острая почечная недостаточность, острый эрозивный гастрит кардиального отдела желудка желудочное кровотечение 2000 мл., постгеморрагическая анемия, отек и набухание головного мозга с дислокацией; отек легких; малокровие внутренних органов.
4. При судебно-медицинском исследовании трупа телесные повреждения не обнаружены.
5. Смерть наступила в результате острого отравления этиленгликолем с типичными кристаллами щавелево-кислого кальция, с развитием острой почечной недостаточности и эрозивного гастрита с желудочным кровотечением. Заключение подтверждается картиной, найденной на вскрытии, и данными медицинской документации. При поступлении пострадавшей в стационар в крови и моче обнаружен.этиловый спирт в концентрации 0,4 промилле, что может быть физиологической нормой.

Задача №2. УК-1  ПК-1  ПК-2  ПК-3  ПК-5  ПК-7  ПК-8  ПК-9  ПК-10

ОБСТОЯТЕЛЬСТВА ДЕЛА: в направлении на судебно-медицинское исследование трупа не указаны.

Представлена медицинская карта стационарного больного № Т, 1956 г.р., который 17.12.06г. в 16-00 бригадой "скорой помощи" был доставлен во 2 инфекционное отделение с жалобами на тяжесть в области правого подреберья, слабость, желтушность кожных покровов и склер, потемнение мочи. Считает себя больным с 15.12.06г. Известно, что накануне заболевания употреблял водку. При поступлении состояние средней тяжести. сознание ясное, ориентация в пространстве и времени в норме. Поведение адекватное, в контакт вступает охотно. Кожные покровы желтушные, видимые слизистые субиктеричные. Дыхание через нос свободное, ЧДД 18 в минуту, везикулярное. Пульс 88 в минуту. АД 140/90 мм.рт.ст. Язык влажный. Живот мягкий, безболезненный, в акте дыхания участвует. Печень выступает из под ребер до 3-4 см. При УЗИ печени гепатомегалия, диффузные изменения печени, поджелудочной железы. При ФГДС – язва привратника, атрофический гастрит, рефлюкс эзофагит 1 ст. При рентгенографическом исследовании № 2001 от 21.12.06г. правосторонняя средне-долевая пневмония. Состояние больно продолжало ухудшаться, нарастала желтушность, повышение температуры тела. Осмотр фтизиатра – инфильтративный туберкулез правого легкого в стадии рассасывания. Осмотр нарколога – синдром зависимости от алкоголя средней стадии. Несмотря на проводимое лечение состояние больного с отрицательной динамикой. 07.02.07г. в 6-00 состояние больного резко ухудшилось, наступила остановка сердечной деятельности и дыхания. Больной переведен на ИВЛ. Реанимационные мероприятия эффекта не дали. Констатирована биологическая смерть больного 07.02.07г. в 6-50.

ПОСМЕРТНЫЙ ДИАГНОЗ. Конкурирующий. 1) Токсический гепатит тяжелое течение с холестазом. 2) алкогольный цирроз печени стадии декомпенсации с признаками портальной гипертензии. Осложнения. Гепаторенальный с-м, асцит, анемия. Острая сердечно-сосудистая недостаточность. Токсическая энцефалопатия. Гипокалемия. Сопутствующий. Правосторонняя внебольничная средне-долевая пневмония. Инфильтративный туберкулез … правого легкого в фазе рассасывания. Язва привратника, атрофический гастрит. Эзофагит 1 ст. Гипертоническая болезнь 2, риск 3. ИБС, постинфарктный кардиосклероз. Синдром зависимости от алкоголя средней степени.

Алкоголь – данных нет.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Данные анализов | | | | |
| Параметры  дата | 3.02 | 4.02 | 5.02 | 6.02 |
| эритроциты | 2,5 | 2,57 | 2,5 | 2,44 |
| Цветной п. | 1,08 | 1,11 | 1,1 | 1,17 |
| гемоглобин | 90 | 95 | 93 | 95 |
| тромбоциты | 138 | 136 | 145 | 129 |
| лейкоциты | 11,8 | 16,4 | 16,4 | 18,8 |
| миелоциты | 1 | 1 | 4 | 2 |
| Юные | 1 |  |  |  |
| палочкоядерные | 15 | 13 | 7 | 20 |
| сегментоядерные | 75 | 82 | 81 | 64 |
| лимфоциты | 4 | 1 | 3 | 5 |
| моноциты | 4 | 3 | 5 | 9 |
| Дегенеративные изменения нейтрофилов | ++ | ++ | ++ | ++ |
| Анизоцитоз | + | + | + | ++ |
| Пойкилоцитоз | + | + | + | + |
| Полихромазия | + | + | + | + |
| Нормобласты | 1/100 |  | 2/100 |  |
| РОЭ | 50 | 46 | 50 | 33 |
| Амилаза | 12,4 | 9,7 | 7,6 | 6,7 |
| мочевина | 16,6 | 15,9 | 10,2 | 13,6 |
| Билирубин общ. | 424,2 | 394,8 | 351,6 | 276,1 |
| Прямой | 288,8 | 277,0 | 301,0 | 222,1 |
| непрямой | 135,4 | 117,8 | 50,6 | 55,0 |
| Белок крови | 55,6 | 60 | 66 | 65 |
| Калий | 3,1 | 2,9 | 4,1 | 4,0 |
| Натрий | 132 | 132 | 141 | 138 |
| сахар | 7,1 | 9,3 | 9,2 | 9,5 |
| Уд. вес мочи | 1010 | 1004 |  | 1006 |
| Белок мочи | 50 | 76,0 |  | 54 |
| сахар | 1,6 |  |  | 13,6 |
| Лейкоциты мочи | 1-2 | 2-0-1 |  | 0-1 |
| Эритроциты мочи |  | 1-0-1 |  |  |

НАРУЖНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ. Труп мужчины, доставлен без одежды, среднего телосложения, удовлетворительного питания, длиной тела 185 см. Кожа желто-серая, холодная на ощупь во всех отделах, в отлогих местах тела сливные, фиолетовые, не исчезающие и не меняющие цвет при надавливании трупные пятна. Трупное окоченение достаточно выражено во всех обычно исследуемых группах мышц. Склеры глаз желтые, мутные, тусклые, суховаты, кровоизлияний в соединительные оболочки глаз не отмечается, зрачки равновелики по 0,4 см диаметром. Голова правильной формы, кости черепа и лицевого скелета на ощупь целы. Грудная клетка цилиндрическая, эластичная, упругая, ребра на ощупь целы. Живот на одном уровне с грудной клеткой. Естественные отверстия тела и полости рта и носоглотки свободны, чистые. Слизистая оболочка губ синюшная, подсохшая. Анальное отверстие сомкнуто, кожа вокруг него слегка обпачкана бесцветными каловыми массами. Половые органы развиты правильно. Кости конечностей целы.

ПОВРЕЖДЕНИЯ. Каких-либо повреждений, кроме следов медицинских манипуляций, при наружном исследовании не обнаружено.

При проведении воздушной пробы – воздух из плевральных полостей и полостей сердца не получен.

ВНУТРЕННЕЕ ИССЛЕДОВАНИЕ

Масса органов взрослых.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Масса | № 48 | норма |
| Мозг | 1590 | До 1400 |
| Легкое правое | 790 | 450 |
| левое | 690 | 375 |
| Сердце | 380 | 200-400 |
| Печень | 2050 | 1200-2000 |
| Селезенка | 310 | 80-180 |
| Почки | 320 | 275-310 |

ПОЛОСТЬ ЧЕРЕПА: кожно-мышечный лоскут головы гладкий, влажный, блестящий, без кровоизлияний и повреждений, височные мышцы синюшные, сочные, полнокровны. Кости свода и основания черепа целы. Твердая мозговая оболочка желтого цвета, цела, блестящая, гладкая, влажная, просвет ее синусов выполнен жидкой темной кровью в большом количестве. Мягкие мозговые оболочки тонкие, прозрачные со студневидным отеком и полнокровными сосудами, по ходу которых определяются рассеянные точечные кровоизлияния в небольшом количестве в толще мозговых оболочек. Сосуды Вилизиева круга с тонкими стенками, пустым просветом. Борозды мозга сглажены, извилины уплощены, на миндаликах мозжечка кольцевидная с диффузными субарахноидальными кровоизлияниями полоса вдавления от краев большого затылочного отверстия с губовидным выпячиванием вещества мозга внутри кольца. Резервные пространства мозга отсутствуют. Головной мозг дряблый, выполняет все резервные пространства, на разрезах с четкой границей серого и белого вещества и мраморным рисунком подкорковых ядер. Поверхности разрезов тускловаты, липнут к лезвию ножа. Желудочки мозга симметричны, обычного объема, эпендима их бледно-серая, блестящая, влажная, в полостях желудочков следы прозрачной соломенного цвета жидкости. Сосудистые сплетения обычного вида, полнокровны.

ОРГАНЫ ГОЛОВЫ И ШЕИ. Язык желто-синюшный, влажный, обложен серовато-желтым, не снимающимся налетом. Слизистые оболочки носоглотки желто-синюшные, влажные, блестящие. В мягких тканях шеи повреждений и кровоизлияний не обнаружено. Вход и просвет гортани свободен, слизистая оболочка ее желто-серая. Подъязычная кость и хрящи гортани целы, в мягких тканях ее повреждений не обнаружено. Просвет трахеи и главных бронхов свободен, хрящи трахеи целы. Щитовидная железа обычных размеров, с равновеликими долями, плотно-эластичная, темно-коричневая, на разрезе полнокровна, дольчатого строения. Просвет пищевода свободен, слизистая его желто-серая, продольно складчатая.

ГРУДНАЯ ПОЛОСТЬ. В плевральных полостях следы желтой жидкости. Легкие выполняют 2\3 полостей, с блестящей, гладкой и влажной плеврой. Под висцеральной плеврой, особенно, в прикорневых отделах легких и по базальным поверхностям, множественные точечные кровоизлияния. Легкие синюшные в передних и темно-синюшные в задних отделах, неравномерно уплотнены, на разрезах пестрые, выбухающие темно-красно-серые очаги чередуются с западающими красными. Над поверхностями разрезов выступают бронхи в виде «гусиных перьев». Слизистые оболочки воздухо-проводящих путей желтые, набухшие. Бифуркационные лимфоузлы располагаются в виде пакетов диаметром от 1 до 2 см, эластичные, не спаянные между собой и с окружающими тканями, темно-синюшные, на разрезах сочные, с обычным рисунком. В полости перикарда следы желтой жидкости, листки его гладкие, влажные, блестящие. Под эпикардом единичные точечные рассеянные темно-красные кровоизлияния. Сердце дряблое, 11,5х9х8 см. В полостях сердца немного жидкой темной крови с мелкими единичными темно-вишневыми свертками. Миокард розовато-синюшный, эластичный, неравномерного кровенаполнения. Толщина стенки правого желудочка 0,3 см, левого 1,2 см. Клапанный и пристеночный эндокард тонкий, прокрашен в желтый цвет, полупрозрачный, клапаны сформированы правильно. Аорта эластична, со следами жидкой крови в просвете и рассеянными липидными пятнами в интиме. Коронарные артерии с тонкими стенками, пустым просветом.

БРЮШНАЯ ПОЛОСТЬ. Органы расположены анатомически правильно. В полости следы прозрачной жидкости желтого цвета. Листки брюшины прокрашены в желтый цвет, гладкие, влажные, блестящие. Желудок пустой, содержимое кишечника отделам соответствует, слизистые оболочки их желто-серые. В толстом кишечнике бесцветные каловые массы. Мезентериальные лимфоузлы располагаются раздельно, диаметр их не более 1 см, эластичны. Печень с мелкобугристой поверхностью. Печень 29х21х17х13 см, плотно-эластичная, желто-зеленая с поверхности и на разрезах, полнокровная, с зеленым крапом. В желчном пузыре 50 мл жидкой темно-зеленой желчи, слизистая оболочка его темно-зеленая, бархатистая. Просвет внепеченочных желчевыводящих путей свободно проходим. Поджелудочная железа обычных размеров, плотно-эластичная, бледно-желтая, на разрезах - дольчатого строения. Селезенка 14х15х12 см, синюшная, полнокровна, эластична, без соскоба. Надпочечники листовидной формы, обычных размеров, на разрезах граница слоев четкая. Почки равновелики, 13х8х6 см, дрябло-эластичные. Капсула сползает при надрезе, обнажая ровную поверхность. По краю разреза паренхима наползает на капсулу. На разрезах корковый слой – желто-синюшный, с темно-красным крапом и подчеркнутым рисунком, мозговой слой также с подчеркнутым рисунком, граница слоев отчетливо выражена. Слизистые оболочки лоханок и чашечек желтые, гладкие, блестящие, просвет их свободен. Мочеточники проходимы на всем протяжении, с желто-серой слизистой. Мочевой пузырь пуст, слизистая оболочка его складчатая, желто-серая, уретра свободно проходима.

Из трупа для судебно-гистологического исследования взяты кусочки внутренних органов на патоморфологические изменения.

А К Т

Судебно-гистологического исследования

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Почки – билирубинурийный нефроз с некрозами эпителия канальцев и выполнением их просвета желчными пигментами. По органам – полнокровие, паренхиматозные кровоизлияния. Гнойно-некротическая бронхопневмония.

Задание:

1. Какие дополнительные исследования необходимо провести?
2. Зашифровать заболевание в свидетельстве о смерти?
3. Составить судебно-медицинский диагноз?
4. Определить наличие телесных провреждений?
5. Установить причину смерти?

Ответы:

1. Из трупа для судебно-гистологического исследования взяты кусочки внутренних органов на патоморфологические изменения. Для судебно-химического исследования кровь и моча на определение алкоголя.
2. Свидетельство о смерти Б) токсический гепатит В) отравление гепатотропным веществом Г) несчастный случай Х 59.
3. СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКИЙ ДИАГНОЗ. Острое отравление веществом, обладающим гепатотропным и нефротропным действием, токсический гепатит с некрозом гепатоцитов 2 и 3 гон ацинуса, билирубиновый нефроз с некрозом эпителия почечных канальцев. Осложнения: паренхиматозная желтуха, отек и набухание головного мозга с дислокацией; отек легких с геморрагическим компонентом; двусторонняя гнойно-некротическая бронхопневмония, полнокровие внутренних органов.
4. При судебно-медицинском исследовании трупа телесные повреждения не обнаружены.
5. Смерть наступила в результате острого отравления веществом, обладающим гепатотропным и нефротропным действием с развитием паренхиматозной желтухи, токсического гепатита и нефроза. Заключение подтверждается картиной, найденной на вскрытии, и данными медицинской документации. При поступлении пострадавшего в стационар в крови не обнаружен этиловый спирт.

Задача № 3 УК-1  ПК-1  ПК-2  ПК-3  ПК-5  ПК-7  ПК-8  ПК-9  ПК-10

ОБСТОЯТЕЛЬСТВА ДЕЛА: в направлении на судебно-медицинское исследование трупа не указаны.

Представлена история болезни № С, 1960 г.р., который 12.02.07г. в 10-50 бригадой скорой помощи был доставлен в токсикологическое отделение из подъезда дома по пер. Сибирский, 8. Обнаружен соседями, лежащим без сознания в подъезде, рядом с пустыми упаковками из под психотропных препаратов. На догоспитальном этапе промыт желудок через зонд. При поступлении состояние тяжелое. Сознание сопор. Контакту недоступен. Кожа и слизистые бледные. Зрачки средней величины, равны. Фотореакция снижена. Симптом Кернига 170°. Дыхание спонтанное, адекватное, ЧДД 20/мин, проводится по всем полям. АД 100/60 мм.рт.ст. Пульс 90/мин. Живот мягкий, на пальпацию не реагирует. На рентгенограмме левосторонняя пневмония. При ЭХО-ЭС от 14.02.07г. смещение срединных структур головного мозга на 1 мм справа налево в средне-задних отделах. Консультирован окулистом, невропатологом, эндокринологом, хирургом, ангиохирургом. При ФБС гнойный эндобронхит справа; пульмонолог – пневмония в верхних долях с обеих сторон. На фоне проведенной терапии в 6-50 20.02.07г. зафиксирована остановка кровообращения. Реанимация проводилась в течение 30 минут, без эффекта от терапии. В 7-20 20.02.07г. констатирована смерть больного.

ПОСМЕРТНЫЙ ДИАГНОЗ. Острое пероральное отравление нейролептиками тяжелой степени, суицид. Осложнения. Токсическая энцефалопатия тяжелой степени. Отек головного мозга. ОДН 3 ст., смешанного типа. Двусторонняя пневмония. Реактивный панкреатит. Сердечно-сосудистая недостаточность. Отек легких. Пролежни крестца. Сопутствующее. Эндогенное заболевание.

Алкоголь в крови и моче не обнаружен.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Данные анализов | | | | | |
| Параметры  дата | 12.02 | 14.02 | 16.02 | 18.02 | 19.02 |
| Эритроциты |  | 4,9 | 4,54 | 3,9 | 4,24 |
| Цветной п. |  | 0,98 | 1,0 | 0,96 | 0,99 |
| Гемоглобин | 138 | 160 | 150 | 126 | 140 |
| Тромбоциты |  | 107 | 88 | 49 | 45 |
| гематокрит |  |  | 41,1 | 37,4 | 37,3 |
| Ретикулоциты |  | 43,6 |  |  |  |
| лейкоциты | 4,7 | 18,0 | 17,8 | 20,0 | 17,8 |
| базофилы |  |  |  |  | 1 |
| эозинофилы |  |  | 2 |  | 1 |
| промиелоциты |  |  | 1 |  |  |
| юные |  |  | 1 |  |  |
| палочкоядерные | 1 | 9 | 13 | 29 | 6 |
| сегментоядерные | 85 | 87 | 76 | 66 | 83 |
| лимфоциты | 12 | 3 | 6 | 2 | 7 |
| моноциты | 2 | 1 | 1 | 3 | 2 |
| Дегенеративные изменения нейтрофилов |  |  |  | ++ | + |
| РОЭ | 11 | 3 | 11 |  | 16 |
| Амилаза | 197 |  | 1385 | 1003 | 511 |
| мочевина | 6,5 |  | 4,5 | 8,3 | 8,9 |
| Билирубин общ. | 7,5 |  | 4,9 | 12,4 | 7,5 |
| Прямой | 2,5 |  | - | 2,5 | 2,5 |
| непрямой | 5,0 |  | 4,9 | 9,9 | 5,0 |
| Белок крови | 78,8 |  | 56,3 | 54,3 | 41,2 |
| калий | 3,7 |  | 2,4 | 5,8 | 4,8 |
| натрий | 145 |  | 129 | 135 | 142 |
| сахар | 11,9 |  |  | 5,4 | 6,5 |
| АЛТ | 45,2 |  | 66,0 | 61,0 | 133,8 |
| Кетоновые тела |  |  | 30 |  |  |
| Уд. вес мочи | 1010 |  |  | 1010 |  |
| Белок мочи |  |  |  | 110 |  |
| Лейкоциты мочи | ед |  |  | 5-7 |  |
| Эритроциты мочи | 10-11 |  |  | Бол кол |  |
| сахар | 24,3 |  |  |  |  |

НАРУЖНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ. Труп мужчины, доставлен без одежды, среднего телосложения, правильного пониженного питания, длиной тела 185 см. Кожа бледно-серая, холодная на ощупь во всех отделах, в отлогих местах тела сливные, фиолетовые, не исчезающие и не меняющие цвет при надавливании трупные пятна. Трупное окоченение достаточно выражено во всех обычно исследуемых группах мышц. Склеры глаз мутные, тусклые, суховаты, кровоизлияний в соединительные оболочки глаз не отмечается, зрачки равновелики по 0,4 см диаметром. Голова правильной формы, кости черепа и лицевого скелета на ощупь целы. Грудная клетка цилиндрическая, эластичная, упругая, ребра на ощупь целы. Живот на одном уровне с грудной клеткой. Естественные отверстия тела и полости рта и носоглотки свободны, чистые. Слизистая оболочка губ синюшная, подсохшая. Анальное отверстие сомкнуто. Половые органы развиты правильно. Кости конечностей целы.

ПОВРЕЖДЕНИЯ. Каких-либо повреждений, кроме следов медицинских манипуляций, при наружном исследовании не обнаружено. На обоих предплечьях с внутренней стороны по ходу подкожных вен длиной по 10 см шириной по 1,5 см подкожные кровоизлияния разной давности в виде дорожек.

При проведении воздушной пробы – воздух из плевральных полостей и полостей сердца не получен.

ВНУТРЕННЕЕ ИССЛЕДОВАНИЕ

Масса органов взрослых.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Масса | № 60 | норма |
| Мозг | 1650 | До 1400 |
| Легкое правое | 700 | 450 |
| левое | 690 | 375 |
| Сердце | 410 | 200-400 |
| Печень | 2200 | 1200-2000 |
| Селезенка | 250 | 80-180 |
| Почки | 320 | 275-310 |

ПОЛОСТЬ ЧЕРЕПА: кожно-мышечный лоскут головы гладкий, влажный, блестящий, без кровоизлияний и повреждений, височные мышцы синюшные, сочные, полнокровны. Кости свода и основания черепа целы. Твердая мозговая оболочка ярко-желтого цвета, цела, блестящая, гладкая, влажная, просвет ее синусов выполнен жидкой темной кровью в большом количестве. Мягкие мозговые оболочки тонкие, прозрачные со студневидным отеком и полнокровными сосудами, по ходу которых определяются рассеянные точечные кровоизлияния в небольшом количестве в толще мозговых оболочек. Сосуды Вилизиева круга с тонкими стенками, пустым просветом. Борозды мозга сглажены, извилины уплощены, поверхность «лакирована» на миндаликах мозжечка кольцевидная с диффузными субарахноидальными кровоизлияниями полоса вдавления от краев большого затылочного отверстия с губовидным выпячиванием вещества мозга внутри кольца. Резервные пространства мозга отсутствуют. Головной мозг дряблый, выполняет все резервные пространства, на разрезах с четкой границей серого и белого вещества и мраморным рисунком подкорковых ядер. Поверхности разрезов тускловаты, липнут к лезвию ножа. Желудочки мозга симметричны, обычного объема, эпендима их бледно-серая, блестящая, влажная, в полостях желудочков следы прозрачной соломенного цвета жидкости. Сосудистые сплетения обычного вида, полнокровны.

ОРГАНЫ ГОЛОВЫ И ШЕИ. Язык синюшный, влажный, обложен серовато-желтым, не снимающимся налетом. Слизистые оболочки носоглотки синюшные, влажные, блестящие. Небные миндалины округлые, диаметром по 2 см, с бугристой поверхностью, без наложений, синюшные. В мягких тканях шеи повреждений и кровоизлияний не обнаружено. Вход и просвет гортани свободен, слизистая оболочка ее бледно-серая. Подъязычная кость и хрящи гортани целы, в мягких тканях ее повреждений не обнаружено. Просвет трахеи и главных бронхов свободен, хрящи трахеи целы. Щитовидная железа обычных размеров, с равновеликими долями, плотно-эластичная, темно-коричневая, на разрезе полнокровна, дольчатого строения. Просвет пищевода свободен, слизистая его бледно-серая, продольно складчатая.

ГРУДНАЯ ПОЛОСТЬ. В плевральных полостях следы прозрачной жидкости. Легкие выполняют 2\3 полостей, с блестящей, гладкой и влажной плеврой. Под висцеральной плеврой, особенно, в прикорневых отделах легких и по базальным поверхностям, множественные точечные кровоизлияния. Легкие синюшные в передних и темно-синюшные в задних отделах, тестоватой консистенции, на разрезах темно-красные с обычным рисунком, полнокровны. Слизистые оболочки воздухопроводящих путей светло-розовые, набухшие. Бифуркационные лимфоузлы располагаются в виде пакетов диаметром от 1 до 2 см, эластичные, не спаянные между собой и с окружающими тканями, темно-синюшные, на разрезах сочные, с обычным рисунком. В полости перикарда следы прозрачной жидкости, листки его гладкие, влажные, блестящие. Под эпикардом единичные точечные рассеянные темно-красные кровоизлияния. Сердце дрябло-эластичное, 11,5х10х8 см, с избыточным отложением жира под эпикардом. В полостях сердца немного жидкой темной крови с мелкими единичными темно-вишневыми свертками. Миокард розовато-синюшный, эластичный, неравномерного кровенаполнения. Толщина стенки правого желудочка 0,3 см, левого 1,2 см. Клапаны и пристеночный эндокард тонкий, полупрозрачный, клапаны сформированы правильно. Аорта эластична, со следами жидкой крови в просвете и рассеянными липидными пятнами в интиме. Коронарные артерии с тонкими стенками, пустым просветом.

БРЮШНАЯ ПОЛОСТЬ. Органы расположены анатомически правильно. В полости следы прозрачной жидкости соломенного цвета. Листки брюшины гладкие, влажные, блестящие. Желудок пустой, содержимое кишечника отделам соответствует, слизистые оболочки их бледно-серые. Мезентериальные лимфоузлы располагаются раздельно, диаметр их не более 1 см, эластичны. Печень 28х20х18х13 см, плотно-эластичная, желто-коричневая с поверхности и на разрезах, полнокровная, со смазанным рисунком долек. В желчном пузыре 25 мл жидкой темно-зеленой желчи, слизистая оболочка его темно-зеленая, бархатистая. Просвет внепеченочных желчевыводящих путей свободно проходим. Поджелудочная железа обычных размеров, плотно-эластичная, бледно-серая, на разрезах - дольчатого строения. Селезенка 10х5х4 см, синюшная, полнокровна, эластична, без соскоба. Надпочечники листовидной формы, обычных размеров, на разрезах граница слоев четкая. Почки равновелики, 11х6х5 см, дрябло-эластичные. Капсула сползает при надрезе, обнажая ровную поверхность. По краю разреза паренхима наползает на капсулу. На разрезах корковый слой - синюшный, с темно-красным крапом и подчеркнутым рисунком, мозговой слой также с подчеркнутым рисунком, граница слоев отчетливо выражена. Слизистые оболочки лоханок и чашечек бледно-синюшные, гладкие, блестящие, просвет последних свободен. Мочеточники проходимы на всем протяжении, с бледно-серой слизистой. Мочевой пузырь пуст, слизистая оболочка его складчатая, бледно-серая, уретра свободно проходима.

Акт Судебно-гистологического исследования

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Головной мозг – выраженный периваскулярный и перицеллюлярный отек. Гистоархитектоника коры не определяется из-за массивного выпадения нейронов. Стаз крови в сосудах. Почки – стаз крови в сосудах. Дистрофия почечных канальцев. Печень – полнокровие синусоидов. Легкие – отек с геморрагическим компонентом. Поджелудочная железа – острый мелкоочаговый панкреонекроз.

Задание:

1. Какие дополнительные исследования необходимо провести?
2. Зашифровать заболевание в свидетельстве о смерти?
3. Составить судебно-медицинский диагноз?
4. Определить наличие телесных провреждений?
5. Установить причину смерти?

Ответы:

1. Из трупа для судебно-гистологического исследования взяты кусочки внутренних органов на патоморфологические изменения. Для судебно-химического исследования кровь и моча на определение алкоголя.
2. Свидетельство о смерти В) отравление нейролептиками
3. СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКИЙ ДИАГНОЗ. Острое отравление нейролептиками (по клиническим данным) – токсическая энцефалопатия с массивным некробиозом нейронов коры. Осложнения: отек и набухание головного мозга с дислокацией; отек легких с геморрагическим компонентом; мелкоочаговый панкреонекроз; венозное полнокровие внутренних органов.
4. При судебно-медицинском исследовании трупа телесные повреждения не обнаружены.
5. Смерть наступила в результате острого отравления нейролептиками с развитием токсической энцефалопатии, осложнившейся отеком и дислокацией головного мозга. Заключение подтверждается картиной, найденной на вскрытии, и данными медицинской документации. При поступлении пострадавшего в стационар в крови и моче не обнаружен этиловый спирт.

Задача №4. УК-1  ПК-1  ПК-2  ПК-3  ПК-5  ПК-7  ПК-8  ПК-9  ПК-10

ОБСТОЯТЕЛЬСТВА ДЕЛА: в направлении на судебно-медицинское исследование трупа не указаны.

Представлен акт о смерти Левко Анатолия Анатольевича, 46 лет. 21.02.2007 г. в 21-40 в токсикологическое отделение ГКБ № 6 доставлен Левко Анатолий Анатольевич. 46 лет. Доставлен бригадой скорой помощи с адреса ул. 60 лет Октября. 34-61. Скорую помощь вызвала супруга больного, которая сообщила, что он накануне длительно злоупотреблял алкоголем. Сегодня около 14 часов был в сознании. Вечером был обнаружен женой без сознания, обнаружены пустые упаковки из-под лекарств: предположительно выпил до 100 табл. но-шпы, 30 табл. Тиоктацида, 20 капсул Креона (панкреатин). 100 табл. Кардиомагнила-форте. После этого падал, ударялся туловищем, конечностями, головой. Скорой помощью зафиксировано отсутствие сознания, АД 40/0 мм.рт.ст., проведено промывание желудка, в/венно введено рефортана 250 мл, р-ра натрия хлорида 0.9% 400 мл. Транспортирован в ГКБ № 6. При завершении транспортировки у больного отмечены судороги тонико-клонического характера. При поступлении в токсикологическое отделение состояние крайне тяжелое. Кома 2-3 ст. Продолжаются тонико-клонические судороги. Зрачки D=S. Максимально расширены, на свет не реагируют. Кожные покровы цианотичны. На коже туловища (передняя поверхность грудной клетки, область лобка, задняя поверхность грудной клетки), конечностей (левый локтевой сустав) кровоподтеки и ссадины, в теменно-затылочной области слева ссадина и припухлость. АД 40/0 мм. рт. ст., ЧСС 68 в минуту. Дыхание поверхностное. 17-18 в минуту. В 21-45 у больного произошла остановка дыхания и сердечной деятельности. Начаты реанимационные мероприятия (интубация трахеи, ИВ Л мешком Амбу, непрямой массаж сердца, пункция правой подключичной вены, медикаментозная терапия). Проводимые реанимационные мероприятия без эффекта. 21.02.2007 г. в 22-00 констатирована смерть. Предположительный диагноз: Острое пероральное полимедикаментозное отравление, суицид. Закрытая черепно-мозговая травма? Судорожный синдром. Ушибы, ссадины мягких тканей головы, туловища, конечностей.

НАРУЖНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ. Труп мужчины, доставлен без одежды, среднего телосложения, правильного пониженного питания, длиной тела 175 см. Кожа бледно-серая, холодная на ощупь во всех отделах, в отлогих местах тела сливные, фиолетовые, не исчезающие и не меняющие цвет при надавливании трупные пятна. Трупное окоченение достаточно выражено во всех обычно исследуемых группах мышц. Склеры глаз мутные, тусклые, суховаты, кровоизлияний в соединительные оболочки глаз не отмечается, зрачки равновелики по 0,4 см диаметром. Голова правильной формы, кости черепа и лицевого скелета на ощупь целы. Грудная клетка цилиндрическая, эластичная, упругая, ребра на ощупь целы. Живот на одном уровне с грудной клеткой. Естественные отверстия тела и полости рта и носоглотки свободны, чистые. Слизистая оболочка губ синюшная, подсохшая. Анальное отверстие сомкнуто, кожа вокруг него слегка обпачкана каловыми массами. Половые органы развиты правильно. Кости конечностей целы.

ПОВРЕЖДЕНИЯ. Каких-либо других повреждений, кроме следов медицинских манипуляций, при наружном исследовании не обнаружено.

При проведении воздушной пробы – воздух из плевральных полостей и полостей сердца не получен.

ВНУТРЕННЕЕ ИССЛЕДОВАНИЕ

Масса органов взрослых.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Масса | № 63 | норма |
| Мозг | 1450 | До 1400 |
| Легкое правое |  | 450 |
| левое |  | 375 |
| Сердце |  | 200-400 |
| Печень |  | 1200-2000 |
| Селезенка |  | 80-180 |
| Почки |  | 275-310 |

ПОЛОСТЬ ЧЕРЕПА: кожно-мышечный лоскут головы гладкий, влажный, блестящий, без кровоизлияний и повреждений, височные мышцы синюшные, сочные, полнокровны. Кости свода и основания черепа целы. Твердая мозговая оболочка ярко-желтого цвета, цела, блестящая, гладкая, влажная, просвет ее синусов выполнен жидкой темной кровью в большом количестве. Мягкие мозговые оболочки тонкие, прозрачные со студневидным отеком и полнокровными сосудами, по ходу которых определяются рассеянные точечные кровоизлияния в небольшом количестве в толще мозговых оболочек. Сосуды Вилизиева круга с тонкими стенками, пустым просветом. Борозды мозга сглажены, извилины уплощены, на миндаликах мозжечка кольцевидная с диффузными субарахноидальными кровоизлияниями полоса вдавления от краев большого затылочного отверстия с губовидным выпячиванием вещества мозга внутри кольца. Резервные пространства мозга отсутствуют. Головной мозг дряблый, выполняет все резервные пространства, на разрезах с четкой границей серого и белого вещества и мраморным рисунком подкорковых ядер. Поверхности разрезов тускловаты, липнут к лезвию ножа. Желудочки мозга симметричны, обычного объема, эпендима их бледно-серая, блестящая, влажная, в полостях желудочков следы прозрачной соломенного цвета жидкости. Сосудистые сплетения обычного вида, полнокровны.

ОРГАНЫ ГОЛОВЫ И ШЕИ. Язык синюшный, влажный, обложен серовато-желтым, не снимающимся налетом. Слизистые оболочки носоглотки синюшные, влажные, блестящие. Небные миндалины округлые, диаметром по 1,5 см, с бугристой поверхностью, без наложений, синюшные. В мягких тканях шеи повреждений и кровоизлияний не обнаружено. Вход и просвет гортани свободен, слизистая оболочка ее бледно-серая. Подъязычная кость и хрящи гортани целы, в мягких тканях ее повреждений не обнаружено. Просвет трахеи и главных бронхов свободен, хрящи трахеи целы. Щитовидная железа обычных размеров, с равновеликими долями, плотно-эластичная, темно-коричневая, на разрезе полнокровна, дольчатого строения. Просвет пищевода свободен, слизистая его бледно-серая, продольно складчатая.

ГРУДНАЯ ПОЛОСТЬ. В плевральных полостях следы прозрачной жидкости. Легкие выполняют 2\3 полостей, с блестящей, гладкой и влажной плеврой. Под висцеральной плеврой, особенно, в прикорневых отделах легких и по базальным поверхностям, множественные точечные кровоизлияния. Легкие синюшные в передних и темно-синюшные в задних отделах, тестоватой консистенции, на разрезах темно-красные с обычным рисунком, полнокровны. Над поверхностями разрезов выступают бронхи в виде «гусиных перьев». Слизистые оболочки воздухо-проводящих путей светло-розовые, набухшие. Бифуркационные лимфоузлы располагаются в виде пакетов диаметром от 1 до 2 см, эластичные, не спаянные между собой и с окружающими тканями, темно-синюшные, на разрезах сочные, с обычным рисунком. В полости перикарда следы прозрачной жидкости, листки его гладкие, влажные, блестящие. Сердце дрябло-эластичное, 13х12х11 см, с избыточным отложением жира под эпикардом. В полостях сердца немного жидкой темной крови с мелкими единичными темно-вишневыми свертками. Миокард розовато-синюшный, эластичный, с сетчатым разрастанием соединительной ткани, неравномерного кровенаполнения. Толщина стенки правого желудочка 0,3 см, левого 1,6 см. Клапанный и пристеночный эндокард утолщен, мутный, клапаны сформированы правильно. Аорта эластична, со следами жидкой крови в просвете и рассеянными липидными пятнами и множественными атеросклеротическими бляшками в разных стадиях развития в интиме. Коронарные артерии с неравномерно утолщенными стенками за счет полулунных и кольцевидных атеросклеротических бляшек с кальцинозом, с облитерацией просвета на 2/3.

БРЮШНАЯ ПОЛОСТЬ. Органы расположены анатомически правильно. В полости следы прозрачной жидкости соломенного цвета. Листки брюшины гладкие, влажные, блестящие. Желудок пустой, содержимое кишечника отделам соответствует, слизистые оболочки их бледно-серые. Мезентериальные лимфоузлы располагаются раздельно, диаметр их не более 1 см, эластичны. Печень 24х20х16х13 см, плотно-эластичная, мелкобугристая, желто-коричневая с поверхности и на разрезах, полнокровная, со смазанным рисунком долек. В желчном пузыре 50 мл жидкой темно-зеленой желчи, слизистая оболочка его темно-зеленая, бархатистая. Просвет внепеченочных желчевыводящих путей свободно проходим. Поджелудочная железа обычных размеров, плотно-эластичная, бледно-серая, на разрезах - дольчатого строения. Селезенка 6х5х4 см, синюшная, полнокровна, эластична, без соскоба. Надпочечники листовидной формы, обычных размеров, на разрезах граница слоев четкая. Почки равновелики, 12х7х5 см, дрябло-эластичные. Капсула сползает при надрезе, обнажая ровную поверхность. По краю разреза паренхима наползает на капсулу. На разрезах корковый слой - синюшный, с темно-красным крапом и подчеркнутым рисунком, мозговой слой также с подчеркнутым рисунком, граница слоев отчетливо выражена. Слизистые оболочки лоханок и чашечек бледно-синюшные, гладкие, блестящие, просвет их свободен. Мочеточники проходимы на всем протяжении, с бледно-серой слизистой. Мочевой пузырь пуст, слизистая оболочка его складчатая, бледно-серая, уретра свободно проходима.

ДАННЫЕ ДОПОЛНИТЕЛЬНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ.

Представлен акт судебно-химического исследования № 1093 от 01.03.07г. Эксперт-химик Баженова. При судебно-химическом исследовании вещественных доказательств, изъятых при вскрытии трупа, обнаружен этиловый спирт в концентрации: в крови 2,6 промилле, в моче 3,0 промилле.

А К Т Судебно-гистологического исследования № 1239 ЗАКЛЮЧЕНИЕ Миокард – межуточный отек, набухание кардиоцитов, большое количество кардиоцитов с контрактурными изменениями 3 степени. Головной мозг – периваскулярный и перицеллюлярный отек. Легкие – отек с геморрагическим компонентом. Печень – микронодуллярный цирроз печени. В сосудах микроциркуляции стаз крови.

Задание:

1. Какие дополнительные исследования необходимо провести?
2. Зашифровать заболевание в свидетельстве о смерти?
3. Составить судебно-медицинский диагноз?
4. Определить наличие телесных провреждений?
5. Установить причину смерти?

Ответы:

1. Из трупа для судебно-гистологического исследования взяты кусочки внутренних органов на патоморфологические изменения. Для судебно-химического исследования кровь и моча на определение алкоголя.
2. Свидетельство о смерти В) полимедикаментозное отравление
3. СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКИЙ ДИАГНОЗ. Острое полимедикаментозное отравление в сочетании с алкоголем (до 100 табл. но-шпы, 30 табл; Тиоктацида, 20 капсул Креона - панкреатин; 100 табл. Кардиомагнила-форте; этиловый спирт в концентрации: в крови 2,6 промилле, в моче 3,0 промилле) Осложнения: множественные микронекрозы кардиомиоцитов, отек и набухание головного мозга с дислокацией; отек легких; венозное полнокровие внутренних органов. Соп. Мелкоузловой цирроз печени.
4. При судебно-медицинском исследовании трупа повреждения не обнаружены.
5. Смерть наступила в результате острого полимедикаментозного в сочетании с этиловым спиртом отравления, осложнившегося токсическим поражением сердечной мышцы и острой сердечной недостаточностью Заключение подтверждается картиной, найденной на вскрытии, и данными медицинской документации. При поступлении пострадавшего в стационар в крови обнаружен этиловый спирт, концентрация которого соответствует средней степени опьянения по аналогии с живыми лицами.

Задача №5. УК-1  ПК-1  ПК-2  ПК-3  ПК-5  ПК-7  ПК-8  ПК-9  ПК-10

ОБСТОЯТЕЛЬСТВА ДЕЛА. В постановлении о назначении судебно-медицинской экспертизы указано, что 07.09.2003 в токсикологическое отделение был доставлен Р, который 09.09.2003 г. в 22 часа 35 мин. скончался от отравление неизвестным ядом. Согласно заключению судебного медицинского смерть Р. наступила от острого отравления мышьякосодержащим ядом. В ходе предварительного следствия было установлено, что Р работал на заводе «цветмет» и со слов жены чем-то надышался на работе. Принимая во внимание, что для определения причины смерти и выяснения других вопросов, имеющих значение для дела, необходимы специальные познания в области медицины.

ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКАЯ ЧАСТЬ.

Представлена история болезни № на имя Р., 1958 г.р., согласно которой он поступил 7.09.03г в 21-30 с жалобами на озноб, тошноту, рвоту, общую слабость, боли в поясничной области. Известно, что накануне вечером 6.09.03г присутствовал на дне рождения до поздней ночи, где (со слов больного) алкоголь употреблял умеренно. Утром в удовлетворительном состоянии вышел на работу, где в процессе разгрузи плавильной печи, около 11-00 почувствовал себя плохо. Со слов больного в рабочем помещении ощущались пары от раскаленной плавильной печи. В течение 15-20 минут находился в данном помещении. Затем обратился в медицинский пункт завода, где было сделано обезболивающее по поводу болей в поясничной области. Около 13-00 вызвали скорую помощь, так как состояние не улучшалось. Скорой помощью с диагнозом ОРЗ доставлен домой. К вечеру появилась «кровавая моча» при повторном вызове скорой доставлен в ГБСМП. Объективно: ориентирован, на вопросы отвечает адекватно, несколько возбужден. Кожа гиперемирована с багрово-синюшным оттенком, температура 38 град. Слизистые багрово-синюшные, зрачки средне величины равные, фотореакции сохранены. Рефлексы сохранены, менингиальных симптомов нет. АД 130/90 мм.рт.ст. Пульс 90 в минуту. Язык обложен густым белым налетом. Живот участвует в акте дыхания, при пальпации мягкий, умеренно болезненный в эпигастрии. Перистальтика вялая. Диурез – 30 мл черной мочи. Тяжесть обусловлена массивным внутрисосудистым гемолизом. В биохимических анализах крови от 07.09.03г и от 09.09.03г выраженный гемолиз. Выставлен диагноз: отравление гемолитическим ядом. 8.09.03г собран консилиум в составе: д.м.н. проф. кафедры внутренних болезней Петровой М.М., к.м.н. асс. кафедры внутренних болезней Ротовской В.И., з/о 1 инфекционного отделения Бабушкина А.О., з/о токсикологического отделения Гребенникова С.В., врача – аллерголога и дежурного врача. Состояние больного крайней степени тяжести, обусловлено внутрисосудистым гемолизом, ОПН в стадии анурии и возможным желудочно-кишечным кровотечением. На основании имеющейся клинической картины и имеющихся анализов выставлен диагноз: острое отравление гемолитическим ядом с развитием токсико-аллергической реакцией. Осложнения: острый внутрисосудистый гемолиз, острый гемоглобинурийный нефроз, ОПН в стадии анурии, гемолитическая анурия; синдром Меллори – Вейса, остановившееся желудочно-кишечное кровотечение; ДВС-синдром в стадии гипокоагуляции. В дальнейшем состояние больного с отрицательной динамикой. 09.09.03г на фоне проводимой терапии у больного наступила остановка сердечной деятельности, реанимационные мероприятия без эффекта, в 22-35 зафиксирована смерть. ПОСМЕРТНЫЙ ДИАГНОЗ: острое отравление неизвестным ядом. Осложнения: острый внутрисосудистый гемолиз, ОПН в стадии анурии, токсическая гепатопатия, токсическая энцефалопатия, дыхательная недостаточность смешанного генеза, сердечно-легочная недостаточность, отек и набухание головного мозга.

Представлен акт судебно-медицинского исследования № 252 от 10 сентября 2003 года судебно-медицинского эксперта КБСМЭ ВЕЛИЧКО РОМАНА ВЛАДИМИРОВИЧА:

НАРУЖНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ. Труп мужчины, доставлен без одежды, среднего телосложения, повышенного питания, длиной тела 180 см. Кожа с коричневым прокрашиванием, холодная на ощупь во всех отделах, в отлогих местах тела сливные, фиолетовые, не исчезающие и не меняющие цвет при надавливании трупные пятна. Отмечаются множественные кровоизлияния островчатого характера, различных размеров без четких границ с тенденцией к слиянию по всем поверхностям тела и конечностей. Трупное окоченение достаточно выражено во всех обычно исследуемых группах мышц. Склеры глаз мутные, тусклые, суховаты, кровоизлияний в соединительные оболочки глаз не отмечается, зрачки равновелики по 0,4 см диаметром. Голова правильной формы, кости черепа и лицевого скелета на ощупь целы. Грудная клетка цилиндрическая, эластичная, упругая, ребра на ощупь целы. Живот на одном уровне с грудной клеткой. Естественные отверстия тела и полости рта и носоглотки свободны, чистые. Слизистая оболочка губ синюшная, подсохшая. Анальное отверстие сомкнуто, кожа вокруг него чистая. Половые органы развиты правильно по мужскому типу. Кости конечностей целы.

ПОВРЕЖДЕНИЯ. Каких-либо телесных повреждений, кроме следов медицинских манипуляций, при наружном исследовании не обнаружено.

ВНУТРЕННЕЕ ИССЛЕДОВАНИЕ. Полость черепа: кожно-мышечный лоскут головы гладкий, влажный, блестящий, без кровоизлияний и повреждений, височные мышцы синюшные, сочные, полнокровны. Кости свода и основания черепа целы. Твердая мозговая оболочка напряжена, серо-перламутрового цвета, цела, блестящая, гладкая, влажная, просвет ее синусов выполнен жидкой темной кровью в большом количестве. Мягкие мозговые оболочки утолщены, со студневидным отеком и полнокровными сосудами. Сосуды Вилизиева круга с тонкими стенками, пустым просветом. Борозды мозга сглажены, извилины уплощены, на миндаликах мозжечка кольцевидная с диффузными субарахноидальными кровоизлияниями полоса вдавления от краев большого затылочного отверстия. Головной мозг дряблый, на разрезах с нечеткой границей серого и белого вещества. Поверхности разрезов тускловаты, липнут к лезвию ножа. Желудочки мозга симметричны, обычного объема, эпендима их бледно-серая, с множественными точечными субэпендимарными кровоизлияниями, блестящая, влажная, в полостях желудочков следы красноватого цвета жидкости. Сосудистые сплетения обычного вида, полнокровны.

ОРГАНЫ ГОЛОВЫ И ШЕИ. Язык синюшный, влажный, обложен серовато-коричневатым, не снимающимся налетом. Слизистые оболочки носоглотки синюшные, влажные, блестящие. В мягких тканях шеи повреждений и кровоизлияний не обнаружено. Вход и просвет гортани свободен, слизистая оболочка ее бледно-серая. Подъязычная кость и хрящи гортани целы, в мягких тканях ее повреждений не обнаружено. Просвет трахеи и главных бронхов свободен, хрящи трахеи целы. Щитовидная железа обычных размеров, с равновеликими долями, плотно-эластичная, темно-коричневая, на разрезе полнокровна, дольчатого строения. Просвет пищевода свободен, слизистая его утолщена, с коричневатым прокрашиванием, продольная складчатость сглажена.

ГРУДНАЯ ПОЛОСТЬ. В плевральных полостях следы прозрачной жидкости. Легкие выполняют 2\3 полостей, с блестящей, гладкой и влажной плеврой. Под висцеральной плеврой, особенно, в прикорневых отделах легких и по базальным поверхностям, множественные точечные и островчатые кровоизлияния темно-красного цвета. Легкие темно-синюшные в передних и в задних отделах, тестоватой консистенции, на разрезах с диффузным пропитыванием кровью и смазанным рисунком. Слизистые оболочки воздухо-проводящих путей набухшие, с коричневатым оттенком. Бифуркационные лимфоузлы располагаются в виде пакетов диаметром от 1 до 2 см, эластичные, не спаянные между собой и с окружающими тканями, темно-синюшные, на разрезах сочные, с обычным рисунком. В полости перикарда следы прозрачной жидкости, листки его гладкие, влажные, блестящие. Жировая клетчатка под эпикардом с коричневатым оттенком. Под эпикардом единичные точечные рассеянные темно-красные кровоизлияния. Сердце дрябло-эластичное, 11х9х8 см, с избыточным отложением жира под эпикардом. В полостях сердца следы жидкой темной крови. Миокард красновато-коричневый, эластичный, неравномерного кровенаполнения. Толщина стенки правого желудочка 0,3 см, левого 1,2 см. Клапаны и пристеночный эндокард тонкий, полупрозрачный, клапаны сформированы правильно. Аорта эластична, со следами жидкой крови в просвете и рассеянными липидными пятнами в интиме. Коронарные артерии с тонкими стенками, пустым просветом.

БРЮШНАЯ ПОЛОСТЬ. Органы расположены анатомически правильно. В полости следы прозрачной жидкости соломенного цвета. Листки брюшины гладкие, влажные, блестящие. В желудке темно-красная жидкость, слизистая его утолщена, красновато-коричневого цвета. В кишечнике темно-красное содержимое, жидкого характера, слизистая несколько утолщена с множественными пятнистыми кровоизлияниями. Мезентериальные лимфоузлы располагаются раздельно, диаметр их не более 1 см, эластичны. Печень 30х24х14х11 см, плотно-эластичная, синюшно-коричневая с поверхности и на разрезах, имеет смазанную структуру, полнокровная. В желчном пузыре 20 мл жидкой темно-зеленой желчи, слизистая оболочка его темно-зеленая, бархатистая. Просвет внепеченочных желчевыводящих путей свободно проходим. Поджелудочная железа обычных размеров, плотно-эластичная, бледно-серая, на разрезах - дольчатого строения. Селезенка 10х8х4 см, черно-красного цвета, полнокровна, капсула напряжена, дает обильный соскоб. Надпочечники листовидной формы, обычных размеров, на разрезах граница слоев четкая. Почки равновеликие, бобовидной формы, 14х7х6 см, дрябло-эластичные, с поверхности и на разрезах черно-красного цвета со смазанной границей коркового и мозгового вещества. Капсула легко снимается, обнажая ровную поверхность. Слизистые оболочки лоханок и чашечек с коричневатым оттенком, гладкие, просвет последних свободен. Мочеточники проходимы на всем протяжении, с красновато-коричневого цвета слизистой. В мочевом пузыре следы темно-красной мочи, слизистая оболочка его складчатая, коричневато-желтого цвета, уретра свободно проходима.

Все внутренние органы, мышцы и жировая клетчатка имеют коричневатый оттенок.

ДАННЫЕ ДОПОЛНИТЕЛЬНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ.

Акт судебно-гистологического исследования № 6996 от 26.09.03г, Заключение: Кортикальный некроз почки, кровь в просвете всех канальцев, отек стромы мозгового слоя. Фокальные некрозы гепатоцитов вокруг центральных вен с коллапсом. Малокровие сосудов в легком. Малокровие радиальных артерий головного мозга, склероз и сращение мягких оболочек. В тонком кишечнике в двух местах геморрагический некроз двух-трех ворсинок, отек стромы прилежащих ворсинок с неравномерным кровенаполнение собственных сосудов, в просвете кишки желчь и обильно десквамированный покровный эпителий и фрагменты от некротизированных ворсинок. В слизистой желудка неравномерное кровенаполнение сосудов, поверхностный гастрит. В пищеводе слабое кровенаполнение сосудов подслизистой и мышечной оболочек. В селезенке очаговый гемосидероз красной пульпы.

Акт судебно-химического исследования № 1298 от 21.10.2003г Заключение: при судебно-химическом исследовании вещественных доказательств, изъятых при вскрытии трупа гр. Ра В.А. обнаружены: мышьяк в количестве: в печени – 0,22 мг, в почке – 3,0 мг, в кровянистой жидкости (крови) – 0,7 мг; свинец: в печени – 0,016 мг, в почке – 0,022 мг, в кровянистой жидкости (крови) – 0,046 мг; цинк: в печени – 3,1 мг, в почке – 3,586 мг, в кровянистой жидкости (крови) – 1,44 мг; медь: в печени – 0,672 мг, в почке – 0,062 мг, в кровянистой жидкости (крови) – 0,188 мг; марганец: в печени – 0,0698 мг, в почке – 0,0448 мг, в кровянистой жидкости (крови) – 0,006 мг; кадмий: в печени – 0,14 мг, в почке – 0,812 мг, в кровянистой жидкости (крови) – 0,056 мг в пересчете на 100 г (мл) органа. Не обнаружены: в печени, почке, в кровянистой жидкости (крови) барий, хром, таллий, сурьма, висмут, серебро, в печени, почке, моче - ртуть.

Проведено дополнительное судебно-химическое исследование желудка и кишечника: Акт судебно-химического исследования № 1298, Обнаружен мышьяк к стенке желудка – 0,653 мг/100 гр., в кишечнике – 1,324 мг/100 гр. органа. Не обнаружена сурьма в стенке желудка и кишечника.

Представлен АКТ центра государственного санитарно-эпидемиологического надзора в г. К из которого следует: В состав цеха входят следующие структурные подразделения:

1 этаж:

* плавильное отделение (печи "Мечта");
* участок индукционных печей;
* участок измельчения;
* участок шаровых мельниц;
* участок шихтоподготовки;
* участок электродуговых печей;
* участок сушки и обжига;
* мех. мастерская;
* комната растворов.

2 этаж:

* отделение гидрометаллургии;
* отделение упарки растворов;
* участок вакуум-выпарных установок;
* отделение цементации;
* лаборатории (химическая и спектральная);
* передел цементации (цементация -2).

3 этаж:

* отделение аммиачного выщелачивания (получение серебра);
* реагентное отделение.

Все технологические участки друг от друга изолированы. Бытовые помещения  
расположены в отдельном здании, переход в них осуществляется через подземный переход.

Сырьем служат отходы электронной промышленности, концентраты Норильского горно-металлургического комбината. На все виды сырья и материалов имеются технические условия (ТУ). Санитарно-эпидемиологические заключения на исходное сырье и материалы  
отсутствуют, что является нарушением п. 3.1. Санитарных правил СП 2.2.2.1327-03 «Гигиенические требования к организации технологических процессов, производственному оборудованию и рабочему инструменту», введенных в действие с 25.06.2003г.

Продукцией цеха являются специальные концентраты для цехов аффинажа (№ 3, 4) и серебро.

Краткая характеристика рабочего места Ра В.А.

Р В.А. работал плавильщиком на 1-ом этаже цеха № 2. Согласно  
представленного графика работы администрацией цеха, с 02.08.03г. по 07.09.03г. он отработал в цехе на следующих рабочих местах: - плавильное отделение (печи "Мечта"); - участок электродуговых печей; - участок печей ИСТ.

Последние смены 06.09.03., 07.09.03г. Р В.А. вместе с плавильщиком  
Мажугиным П.В. работали в плавильном отделении, проводили плавку шихты на электродуговых печах. В отделении установлены 2 электродуговых печи Э/Д2, в отдельном изолированном помещении установлена шаровая мельница ШМ-200, вибросита ВС-2, таль электрическая г/п 0,5т. Технологический процесс включает следующие операции: приготовление шихты; загрузка ее в печь; плавка шихты; слив продуктов плавки и их разделка. Сырье в цех поступает в виде порошка или влажной массы в ящиках и контейнерах по 30-40 кг. Сырьё, если это необходимо, дробится на щековой дробилке, оборудованной аспирационной системой. Шаровая мельница для измельчения мелких партий герметизирована. Сита для просеивания измельченного сплава, расположенные в отдельном помещении, не снабжены аспирационными устройствами, рассев порошковых материалов допускается на открытых ситах, что является нарушением п. 4.3., 4.4. СП 2.2.2.1327-03  
«Гигиенические требования к организации технологических процессов, производственному оборудованию и рабочему инструменту». Загрузка шихты в дуговую печь, а также измельченного богатого сплава на сито  
осуществляется вручную. На участке шихтоподготовки к порошкам добавляют соду, кокс, известь, флюсы и т.д., после чего шихту загружают в печь. Шихта готовится в самом помещении плавки, отделенном от других помещений. Полученный расплав разливают в "рюмки" и охлаждают здесь же в цехе при обычной температуре. Специальных устройств, для этих целей, не предусмотрено. После охлаждения отделяют шлак, часть которого дробится и вывозится на промплощадку, а другая часть после дробления, направляется на переплавку. Оставшийся после отделения шлака сплав передаётся в цех № 4, если содержит в основном платину и палладий, или перерабатывается здесь же в цехе, если содержит сплав спутников или промпродуктов. В состав тяжелых сплавов промпродуктов и цементата, кроме металлов платиновой группы, входят и другие химические элементы 1-го и 2-го классов опасности, в т.ч. и мышьяк. Поэтому в ходе технологического процесса возможно выделение в воздушную среду участка следующих вредных химических веществ: -диоксида серы; -мышьяка; -аэрозолей платиновых металлов. По результатам лабораторных исследований, проведенных санитарно-промышленной лабораторией предприятия (АТТЕСТАТ аккредитации аналитической  
лаборатории № РОСС RU 0001. 511114 от 29.01.2001г.) установлено следующее.

Протокол № 870 от 09.09.03г.: содержание пыли составило 2,0 мг/мЗ, при норме 2,0, диоксид азота, хлорид водорода, аммиак, хлор в воздухе рабочей зоны не обнаружены. Протокол № 872 от 09.09.03г. (зал печей ИСТ): содержание сероводорода составило 0,8 мг/мЗ, при норме 10,0; диоксида серы 1,0 мг/ мЗ, при норме 10,0; мышьяк, телур в воздухе рабочей зоны не обнаружены.

Протокол № 883 от 15.09.03г.): содержание мышьяка в воздухе рабочей зоны составило 0,02 мг/мЗ, при норме 0,04; теллура 0,005 мг/мЗ, при норме 0,01; сероводород, хлорид водорода не обнаружены.

Протокол № 1134 от 17.11.03г. от 17.11.03г. (Зал печей ЭД):

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Стадии плавки | Сероводород ПДК=10мг/м3 | Серы диоксид ПДК=10мг/м3 | Мышьяк ПДКм.п = 0,04 мг/м3 |
| Начало плавки | не обнаружен | 2,7 | 0,025 |
| Середина плавки | не обнаружен | не обнаружен | 0,005 |
| Конец плавки | не обнаружен | не обнаружен | 0,003 |

Примечание:

* определялись максимально-разовые концентрации мышьяка в воздухе рабочей зоны (ПДК=0,04 мг/м3);
* среднесменная концентрация мышьяка не определялась (ПДК=0,01 мг/м3).   
  Производственный контроль.

На рабочем месте (Зал ЭД печей) плавильщика Ра В.А. производственный контроль за содержанием мышьяка последние 2 года не осуществлялся, что является нарушением п.1.5. СП №1.1. 1058-01.

Обеспечение спецодеждой и средствами индивидуальной зашиты.

Из личной карточки учета выдачи средств индивидуальной защиты следует, что Ру В.А. средства индивидуальной защиты выдавались в соответствии с типовыми отраслевыми нормами.

Средства защиты органов дыхания (респираторы) выдаются в цехе. Используются респираторы фирмы «ЗМ США:> серий 6000/5000 с патронами 6051, 6054, 6057, 6075, 6096, с предфильтрами 5010/5911 с держателями 501, фильтрами 2091 с держателем 502. Представлен сертификат соответствия № РОСС US СЩ 05.Р00487, со сроком действия с 18.01.2001г. по 18.01.2004г. с отметкой о наличии гигиенического заключения № 7799.6.820П.264.199 от 27.01.99г., выданного Департаментом госсанэпиднадзора России, г. Москва.

При выборочной проверке спецодежды на складе установлено, что на представленные виды спецодежды отсутствуют санитарно-эпидемиологические заключения, оформленные в установленном порядке.

Таким образом, обеспечение работающих спецодеждой осуществляется с нарушениями п. 2.11. СП 2.2.2.1327-03 «Гигиенические требования к организации технологических процессов, производственному оборудованию и рабочему инструменту», приказов МЗ Российская Федерация № 325 от 15.08.01г. и № 84 от 18.03.02г. «О санитарно-эпидемиологической экспертизе продукции» и Правил обеспечения работников специальной одеждой, специальной обувью и другими средствами индивидуальной защиты, утвержденных Минтруда и социального развития Российская Федерация от 18.12.98г. № 51.

В ходе обследования выявлено:

1. Не представлены санитарно-эпидемиологические заключения на все виды исходного сырья и материалов, используемых в технологическом процессе, что является нарушением п. 3.1. СП 2.2.2.1327-03 «Гигиенические требования к организации технологических процессов, производственному оборудованию и рабочему инструменту».

2. В плавильном отделении цеха № 2 для просеивания мелких партий богатых по содержанию благородных металлов используются не герметизированные сита, рассев порошковых материалов допускается на открытых ситах, что является нарушением п. 4.3., 4.4. СП 2.2.2.1327-03 «Гигиенические требования к организации технологических процессов, производственному оборудованию и рабочему инструменту».

Задание:

1. Какие дополнительные исследования необходимо провести?
2. Составить судебно-медицинский диагноз?
3. Определить наличие телесных провреждений?
4. Установить причину смерти?
5. Когда и почему появились первые симптомы отравления?

Ответы:

1. Из трупа для судебно-гистологического исследования взяты кусочки внутренних органов на патоморфологические изменения. Для судебно-химического исследования кровь и моча на определение алкоголя, внутренние органы на отравляющие вещества.
2. СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКИЙ ДИАГНОЗ. Острое отравление мышьяк содержащим ядом – наличие мышьяка во внутренних органах в концентрациях, значительно превышающих нормальные показатели (Акт судебно-химического исследования № 1298 от 21.10.2003г), острый внутрисосудистый гемолиз - множественные кровоизлияния в коже и слизистых оболочках внутренних органов, в брыжейку тонкого и толстого кишечника; желудочно-кишечное кровотечение – наличие кровянистого содержимого в желудочно-кишечном тракте, некроз ворсинок кишечника, поверхностный гастрит; Осложнения: острая почечная недостаточность в стадии анурии (по клиническим данным), некроз коркового слоя почек, кровь в просвете всех канальцев.
3. Смерть гр. наступила в результате острого отравления мышьяк содержащим веществом, осложнившегося гемолизом крови, гемолитической анемией и острой почечной недостаточностью. Вывод подтверждается картиной, найденной на вскрытии, данными медицинской документации и дополнительных методов исследования.
4. Согласно литературным данным (Вредные вещества в промышленности. Т.-3. Н.В. Лазарев, И.Д. Гадаскина, 1977, «ХИМИЯ»., Л. и др.) соединения мышьяка в организм человека могут попадать через желудок (перорально); при вдыхании пыли, мышьяковистого водорода, хлорида мышьяка (ингаляционный тип); контактным путем через кожу и слизистые оболочки. При пероральном пути - развивается желудочно-кишечная форма отравления, вплоть до холероподобного гастроэнтероколита, при больших дозах яда – паралитическая форма отравления со смертью максимально через сутки. При ингаляционном попадании мышьяк содержащей пыли и хлорида мышьяка – с первых минут контакта с ядом – раздражение глаз и дыхательных путей с развитием острого бронхита, коньюктивита, токсической энцефалопатии, выражен болевой синдром; при тяжелых отравлениях – комбинация с желудочно-кишечной формой. Органические соединения мышьяка имеют сходную клиническую картину. Мышьяковистый водород (Арсин) является газом без цвета и запаха, образуется при взаимодействии загрязненных мышьяком металлов с кислотами, при воздействии воды и влажного воздуха на металл, содержащий мышьяк. При вдыхании мышьяковистого водорода – в момент контакта симптомов нет, отравление развивается через 3-8 часов после вдыхания, первые симптомы – головокружение, головная боль, стеснение дыхания, чувство холода, тошнота, боль под ложечкой. Арсин вызывает гемолиз эритроцитов с образованием метгемоглобина и почечную недостаточность. При отравлении Арсином в моче обнаруживается 0,5 мг% мышьяка, токсическая концентрация мышьяка в крови 0,01-0,025 мг%.
5. По данным истории болезни у гр. первые симптомы отравления появились в 11 часов рабочего дня с респираторных расстройств и болей в поясничной области, с последующим появлением «кровавой» мочи. В стационаре – нарастала почечная недостаточность (вплоть до анурии – отсутствие мочевыделения) с массивной протеинурией (белок в моче), гемолиз эритроцитов и гемолитическая анемия, пострадавший находился в сознании до дня смерти. Морфологическая картина при судебно-медицинском исследовании полностью соответствовала клинической. Учитывая вышеописанную клиническую и морфологическую картину, а так же данные судебно-химического исследования (максимальная концентрация мышьяка в почке – 3 мг%) можно сделать вывод: отравление гр. Ра В.А. произошло в результате вдыхания мышьяковистого водорода (в короткий промежуток времени, с высокой концентрацией газа на 1 кубический метр), что подтверждается отсутствием какой-либо клинической симптоматики в первые часы после вдыхания, начальными симптомами отравления по типу респираторных расстройств, с последующим быстрым развитием массивного гемолиза эритроцитов и почечной недостаточности (геморрагической тубулопатии с кортикальным некрозом почек). Установить первоначальную дозу мышьяка не представляется возможным из-за массивной инфузионной терапии, проводимой пострадавшему в стационаре. Данных за алкогольное опьянение пострадавшего при поступлении в стационар, в истории болезни не обнаружено.

**6. Перечень практических умений по изучаемой теме**

УК-1  ПК-1  ПК-2  ПК-3  ПК-5  ПК-7  ПК-8  ПК-9  ПК-10

- установить причину смерти;

- провести судебно-медицинское исследование трупа при различных видах насильственной смерти;

- определить степень тяжести телесных повреждений;

- установить причинно-следственную связь между повреждением и неблагоприятным исходом;

- организовать судебно-медицинскую экспертизу вещественных доказательств (изъять, упаковать и направить объекты судебно-медицинской экспертизы на лабораторные исследования);

**7. Рекомендации по выполнению НИР**

Примерная тематика по НИР по теме - не предусмотрена.

**8. Рекомендованная литература по теме занятия** (обязательная, дополнительная, электронные ресурсы, включая законодательные и нормативно-правовые документы)

**Занятие № 42**

**1. Индекс** ОД.О.01.1.7.53  **Тема: «Основные этапы судебно-медицинской эк­спертизы отравлений: анализ материалов дела и медицин­ских данных, исследование трупа, проведение лаборатор­ных исследований».**

**2. Форма организации занятия:** подготовка к практическому занятию.

**3. Перечень вопросов для самоподготовки по теме практического занятия**

1. ВОПРОС УК-1  ПК-1  ПК-2  ПК-3  ПК-5  ПК-7  ПК-8  ПК-9  ПК-10

Что следует называть отравлением и считать ядом? Какая наука изучает действие ядов?

ОТВЕТ: Отправлением называют такое расстройство здоровья или смерть, которое вызвано действием ядовитого вещества, попавшего внутрь организма извне. В судебной медицине ядом принято называть такое вещество, которое, проникнув внутрь организма в малых дозах и действуя химически или физико-химически, вызывает отравление. Однако понятие ядовитого вещества очень относительно, ибо в одних условиях то же вещество может вызвать отравление, быть безвредным или полезным, как лекарство.

Действие ядовитых веществ, их свойства, условия действия, особенности отравлений изучает токсикология(от греч. «токсикос» — яд, учение о ядах), которая выделена из судебной медицины в самостоятельную науку. Она подразделяется в свою очередь на промышленную (включая ядохимикаты, применяемые в сельском хозяйстве), токсикологию боевых отравляющих веществ и судебную токсикологию. В свою очередь, судебная токсикология выделила судебную химию, что диктовалось необходимостью расследования преступлений.

2. ВОПРОС УК-1  ПК-1  ПК-2  ПК-3  ПК-5  ПК-7  ПК-8  ПК-9  ПК-10

Как часто встречается отравление в судебно-медицин-ской практике и какими именно ядами?

ОТВЕТ: В секционной практике по частоте после механической травмы и механической асфиксии обычно встречается смерть от различных отравлений, в быту, на производстве и в медицинской практике.

Поданным профессора В.В.Томилина, наиболее часты отравления этиловым спиртом (57%), окисью углерода (19%), уксусной кислотой (8%), фосфорорганическими ядохимикатами (пестицидами) — (4%), лекарственными веществами (1,7%), растворителями (1,6%). Однако в отдельных регионах эти показатели могут быть другими. Например, в Ростовской области отравления диагностируются в 10—14% от числа насильственной смерти и на первом месте стоят отравления окисью углерода (39%), на втором — отравление этиловым спиртом (25%), остальными ядами, значительно реже — медикаментозные отравления (5%), (особенно, снотворными), отравления едкими ядами, в том числе уксусной кислотой, встречались только в 3%. Около 1 % встречалось отравлений фосфорорганическими ядохимикатами, суррогатами этилового спиртаи пищевыми продуктами, в том числе грибами.

3. ВОПРОС УК-1  ПК-1  ПК-2  ПК-3  ПК-5  ПК-7  ПК-8  ПК-9  ПК-10

 Какова судебно-медицинская классификация ядов?

ОТВЕТ: В судебной медицине распространена классификация, которая делит яды на 4 группы в зависимости от характера их действия на организм в целом и на отдельные органы и ткани:

1. Едкие яды, вызывающие резкие морфологические изменения в месте приложения. Сюда относятся различные кислоты и щелочи.

2. Деструктивные яды, вызывающие деструктивные и некротические изменения ряда органов и тканей. (Ртуть и ее соединения: сулема и гранозан, мышьяк).

3. Кровяные яды, изменяющие состав крови. Это прежде всего окись углерода, а также мет-гемоглобинобразующие яды: бертолетова соль, анилин, гидрохинон, нитробензол и др.

4. Яды функционального действия, не вызывающие заметных морфологических изменений. Сюда относятся:

а) Яды, парализующие центральную нервную систему (ЦНС). Это фосфорорганические соединения (ФОС) — хлорофос, тиофос, карбофос и др., а также синильная кислота.

б) Яды, угнетающие ЦНС. Такие распространенные наркотические вещества, как этиловый спирт, эфир, хлороформ, технические жидкости (этиленгликоль, метанол, дихлорэтан). Сюда же относятся наркотические и снотворные средства, алкалоиды — морфин и др.

в) Яды возбуждающего и судорожного действия. Это стимулирующие ЦНС средства (фена-мин, фенатин и др.), алкалоиды (атропин, ско-поламин, стрихнин).

г) Яды с преимущественным действием на периферическую нервную систему. Это миорелак-санты, применяемые в хирургии для расслабления мускулатуры при наркозе, а также пахикар-пин, действующий на мускулатуру матки.

4. ВОПРОС УК-1  ПК-1  ПК-2  ПК-3  ПК-5  ПК-7  ПК-8  ПК-9  ПК-10

 Каковы условия действия яда на организм?

ОТВЕТ: Особенности действия яда на организм зависят от многих внешних условий, и прежде всего от характера самого вещества, и внутренних, протекающих и под влиянием различных функций организма человека. Знать эти условия при расследовании и проведении судебно-меди-цинской экспертизы по поводу отравления необходимо.

Прежде всего это доза, т. е. количество отравляющего вещества. Небольшие дозы, не вызывающие какого-либо нарушения здоровья, называются индифферентными, если же они имеют лечебный эффект —терапевтическими. Минимальная доза, вызывающая отравление, называется токсической, приводящая к смерти — летальной дозой. Понятно, что для разных химических веществ эти дозы различны. Например, 0,5 г поваренной соли является индифферентной, для аспирина — лечебной, для кокаина — токсической, а для морфина — летальной. Имеет значение концентрация яда в жидкости или воздухе. Например, концентрированная соляная кислота разрушает ткани, а разведенная может обладать терапевтическим действием. Не вызывает отравления небольшая концентрация окиси углерода в воздухе, в то время как в замкнутом пространстве высокая концентрация приводит к быстрой смерти.

Важна также степень растворимости вещества. Не растворимый в жидкостях кашицеобразный сернокислый барий глотают перед рентгеноскопией пищеварительного тракта в качестве контрастного вещества. А углекислый барий ядовит, потому что легко растворим в воде.

Физическое состояние яда может быть разным:

твердое, жидкое и газообразное. Последнее быстрее всасывается в кровь при попадании в организм через легкие и поэтому опаснее.

Срок и условия хранения химического вещества имеют немаловажное значение, а такжепродолжительность действия яда. чем оно длительнее, тем опаснее.

Следует подчеркнуть комплексное, наслаивающееся друг на друга действие разных химических соединений. Особенно часто это может сказываться при приеме различных лекарств и алкоголя без учета характера их взаимодействия. В одних случаях происходит усиление действия одного вещества под влиянием другого — синер-гизм (алкоголь — барбитураты), в других — наступает ослабление одного вещества при одновременном действии другого — антагонизм. Известный пример с отравлением Распутина, когда в крем пирожного добавили цианистый калий и, несмотря на смертельную дозу яда он не привел к смертельному исходу, так как на него оказала антагонистическое действие глюкоза, содержащаяся в сахаре и виноградном вине.

Большое значение имеют конституционные особенности и состояние организма в момент введения яда. Сюда относится пол, возраст: у женщин, детей и пожилых токсический эффект возникает от малых доз. Также играет роль соотношение количества вещества и массы тела. Отрицательное воздействие на организм оказывает болезнь, особенно выделительных органов, истощение человека, беременность.

Особенно важно подчеркнуть влияние на возникновение и течение отравления индивидуальной непереносимости, повышенной чувствительности к некоторым лекарствам в обычных дозах. У таких людей возникает аллергическая реакция даже к широко распространенным препаратам.

У некоторых людей длительный прием препараты вызывает привыкание, что позволяет переносить токсическую и даже смертельную дозу. Изредка привыкание переходит в пристрастие, когда человек испытывает непреодолимое желание повторно вызвать успокоение, эйфо-рию, что превращает его в наркомана. Кроме известных растительных наркотиков — опия, препаратов индийской конопли (гашиш, марихуана, анаша и др.), а также морфина, героина, промедола — это снотворные: барбитураты и вещества небарбитуратового ряда. Внезапное лишение наркомана привычного наркотика вызывает острые тяжелые расстройства здоровья, возбуждение, называемое абстиненцией. В этом состоянии наркоман может убить человека.

Наконец, к условиям, иногда влияющим на течение отравлений, может быть отнесено влияние внешней среды (температура и влажность воздуха, изменения барометрического давления).

5. ВОПРОС УК-1  ПК-1  ПК-2  ПК-3  ПК-5  ПК-7  ПК-8  ПК-9  ПК-10

Какое значение имеют условия и путь поступления яда из организма? Каковы особенности течения отравлений?

ОТВЕТ: Для быстрого поступления в кровь, а это обязательное условия действия яда, важным является путь его поступления. Часто — это введение яда через рот в пищеварительный тракт, где он всасывается в кровь через кишечник и частично обезвреживается в печени. Если яд проникает через дыхательные пути, то он минует печеночный барьер, поступая непосредственно в кровь, и быстрее вызывает отравление. Яд может проникать через кожу и тогда он также быстро попадает в кровь. Понятно, что наиболее опасно введение яда внутривенно, т. е. прямо в кровь, он тут же оказывает токсическое действие на все органы. Быстро действует яд, также минуя печень, при введении его через клизму в прямую кишку или во влагалище женщины.

Имеют значение и пути выделения яда. В основном это почки, кишечник, реже легкие, молочные железы. В таких случаях яд действует в местах выделения, поражая эти органы (язвенный колит, ртутный нефроз).

В зависимости от характера яда и условий его действия, течение отравления по своей продолжительности может быть острым, подострим и хроническим.

Острым называется такое отравление, которое развивается быстро (до одного — двух часов), заканчиваясь смертью, и наступает от одного приема, что зависит прежде всего от яда при приеме летальной дозы и влияния других условий. Острым обычно является отравление цианистым калием или более распространенное отравление окисью углерода.

Подострое отравление, как и острое, наступает относительно быстро, в течение нескольких часов или дней.Оно нередко вызывает поражение отдельных органов.

Хроническое отравление наступает при неоднократном приеме в течение продолжительного времени небольших доз яда. Оно развивается постепенно и похоже на заболевание. В судеб-но-медицинской практике встречается реже острых и подострых отравлений.

6. ВОПРОС УК-1  ПК-1  ПК-2  ПК-3  ПК-5  ПК-7  ПК-8  ПК-9  ПК-10

 Каково происхождение отравления?

ОТВЕТ: Происхождение отравлений может быть различным. Это случайные отравления в быту. Наиболее часто встречаются: от окиси углерода, при приеме суррогатов алкоголя, различных хозяйственных и технических средств. Медицинские отравления при приеме сильнодействующих препаратов или лекарств с завышенными дозами. Особенно чувствительны к ним дети и ослабленные больные. Сюда можно отнести ток-сикомании (алкоголизм, морфинизм и др.).

Особое значение имеют пищевые отравления. Такие отравления обычно происходят в одной семье или у питавшихся в одной столовой и чаще заканчиваются благополучно. Однако они могут быть предметом расследования и экспертизы, особенно при смертельных отравлениях. Обычно пищевые отравления возникают при обсеменении пищи микробами, в нее могут попасть вещества, ядовитые сами по себе.

Можно выделить профессиональные отравления, связанные с нарушением условий труда и техники безопасности.

Встречаются самоубийства путем отравления. При этом часто используются снотворные препараты.

При убийствах применяются яды без вкуса и запаха, которые добавляют в напитки или пищу. Следует напомнить, что доказательства и установление рода смерти — компетенция следователя.

Экспертиза при подозрении на отравление прежде всего связана с его распознаванием, т. е. установлением причины смерти или расстройства здоровья.

7. ВОПРОС УК-1  ПК-1  ПК-2  ПК-3  ПК-5  ПК-7  ПК-8  ПК-9  ПК-10

Каковы этапы доказательства отравления? Что для этого используется?

ОТВЕТ: Учитывая, что отравление — один из сложных видов судебно-медицинских исследований, никогда не следует давать заключение только по одному исследованию трупа, необходимо принимать все меры к полному сбору обстоятельств дела и использовать все данные для составления выводов. Установление отравлений и решение приведенных выше вопросов проводятся в случае отравлений по следующимэтапам:

1. Ознакомление эксперта с материалами следствия, имеющими значение для установления отравления.

2. Участие эксперта в следственных действиях, прежде всего в осмотре места происшествия, а также в обысках, допросах потерпевших, медработников и других свидетелей.

3. Изучение и оценка клинической картины отравлений по истории болезни и другим медицинским документам.

4. Исследование трупа.

5. Дополнительные лабораторные исследования. В первую очередь, судебно-химические исследования тканей и органов трупа, рвотных масс, промывных вод желудка, остатков отравляющих веществ; гистологическое исследование внутренних органов; обсуждение полученных при лабораторных исследованиях результатов.

6. Формулировка экспертных выводов (заключения).

8. ВОПРОС УК-1  ПК-1  ПК-2  ПК-3  ПК-5  ПК-7  ПК-8  ПК-9  ПК-10

Каковы особенности судебно-медицинского исследования трупа при подозрении на отравление?

ОТВЕТ: Правила судебно-медицинской экспертизы трупа в случаях отравлений предусматривают некоторые особенности.

Начинают с исследования одежды и всего, что доставлено с трупом. Особенно подробно описывают и осторожно обращаются с веществами, подозрительными на источники отравления. Они направляются в соответствующую лабораторию на дополнительное исследование.

Особое внимание уделяют специфическому запаху, а потому помещение предварительно должно быть проветрено и убраны разные препараты, имеет значение вид трупных пятен, цвет крови, а потому освещение должно быть естественным и достаточным. Все инструменты, только стеклянная посуда, перчатки должны быть промыты чистой водой и высушены, а секционный стол убран от предыдущего вскрытия.

Внутреннее исследование начинают с осмотра грудной и брюшной полостей. На месте, до извлечения органокомплекса, вскрывают перикард и сердце, из которых берут кровь, накладывают лигатуру у входа и выхода из желудка, который вскрывают в кювете. Не обмывают органы водой, чтобы не смыть яда.

Надо иметь в виду, что несоблюдение этих элементарных требований может отрицательно сказаться на результатах, а отсутствие указаний может быть использовано сторонами как аргумент против экспертного вывода в судебных спорах.

9. ВОПРОС УК-1  ПК-1  ПК-2  ПК-3  ПК-5  ПК-7  ПК-8  ПК-9  ПК-10

Какие, дополнительно к исследованию трупа, лабораторные методы исследования используются для диагностики отравления?

ОТВЕТ: Прежде всего, следует отметить, что нельзя переоценивать лабораторных исследований. Вместе с тем их применение обязательно даже при наличии других доказательств, так как позволяет получать объективные доказательства вывода о том или ином отравлении. Чаще всего применяется судебно-хи-мическое и гистологическое исследование, которые проводятся в соответствующих лабораториях Бюро СМЭ, реже могут применяться в зависимости от подозрения на отравления конкретными ядами биохимические, ботанические, бактериологические, фармакологические методы исследования различных органов и тканей трупа человека.

10. ВОПРОС УК-1  ПК-1  ПК-2  ПК-3  ПК-5  ПК-7  ПК-8  ПК-9  ПК-10

Что и как следует брать из трупа на судебно-химическое исследование?

ОТВЕТ: При подозрении на отравление из трупа взрослого человека на общий судебно-хими-ческий анализ изымается не менее 2 кг внутренних органов. Органы помещаются в сухие чистые стеклянные банки без предварительного обмывания. В банку № 1 помещают желудок с содержимым; в банку № 2 — по 1 м тонкой и толстой кишки с содержимым, из наиболее измененных отделов; в банку № 3 — не менее 1/3 полнокровных участков печени с желчным пузырем; в банку № 4 — одну почку и всю мочу; в банку № 5 — 1/3 головного мозга; в банку № 6 — не менее 2 мл крови; в банку № 7 — селезенку и 1/4 часть наиболее полнокровного участка легкого.

При подозрении на введение яда через влагалище или прямую кишку необходимо дополнительно брать их в отдельные банки, при подозрении на подкожное или внутримышечное введение яда, изымать участок кожи и мышц из области предполагаемого введения. При опасении гниения для консервации применяется этиловый спирт — ректификат, 300 мл которого отдельно отсылается в лабораторию для контроля.

Эти органы либо не фиксируются, либо когда исследование может затянуться, заливаются спиртом — ректификатом с одновременным направлением в лабораторию для контрольной пробы около 300 мл того же спирта.

При подозрении на отравление конкретным ядом берется другой набор органов и тканей, в меньшем количестве, что указано в правилах. Например, при подозрении на отравление этиловым спиртом достаточно взять 20 мл крови из крупных сосудов конечностей или синуса твердой мозговой оболочки (при ее отсутствии — 100 г мышечной ткани), а также всю мочу. При подозрении на отравление окисью углерода (угарным газом) берется кровь из полостей сердца, посуда с изъятыми тканями маркируется и направляется в судебно-химическое отделение.

Банки герметично закрывают притертыми пробками, а при их отсутствии —полиэтиленовыми, обертывают чистой бумагой, обвязывают шпагатом и опечатывают. На каждую банку наклеивают этикетку с необходимыми записями. Материал должен быть срочно доставлен в судебно-химическую лабораторию Бюро судеб-но-медицинской экспертизы. Если пересылается в другой город, банки упаковываются так, чтобы обеспечить их сохранность. Сюда же вкладываются опись с перечислением содержимого, копия которой остается у эксперта. Если материал изымает следователь, то вместе с банками направляются также постановление о назначении судебно-медицинской экспертизы, если эксперт (при вскрытии трупа) —направление судебно-медицинского эксперта с кратким изложением обстоятельств наступления смерти и данных исследования трупа, Ф. И. 0. умершего, каким ядом могло быть отравление, а также вопросы, подлежащие разрешению. При направлении на повторный анализ — копии заключения первичной судебно-медицинской экспертизы.

На исследование эксгумированного трупа направляют землю, взятую по 500 г с шести мест (над, под гробом, возле боковых его поверхностей, в головном и ножном концах гроба), а также кусочки одежды, обивки, подстилки нижней доски гроба, различные украшения и предметы, найденные возле трупа.

**4. Самоконтроль по тестовым заданиям данной темы**

1. ПРИЧИНА СМЕРТИ ПРИ ОТРАВЛЕНИИ ОКИСЬЮ УГЛЕРОДА

ПК-5

1) острая тканевая гипоксия

2) нарушение кислотно-щелочного равновесия в тканях

3) острая гемическая гипоксия

4) острая дыхательная недостаточность

5) острая почечная недостаточность

Правильный ответ: 3

1. МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ ПРИ ОТРАВЛЕНИИ ОКИСЬЮ УГЛЕРОДА

ПК-5

1) багрово-синюшная окраска крови, тканей, трупных пятен

2) ярко-красная окраска крови, тканей, трупных пятен

3) смешанные свертки крови в полостях сердца и в крупных сосудах

4) малокровие внутренних органов

5) тромбоэмболия

Правильный ответ: 2

1. ПРИЗНАКИ МАССИВНОГО ГЕМОЛИЗА

ПК-5

1) желтуха

2) разлитые, багрово-синие трупные пятна

3) перфорация стенок желудка и кишечника

4) тромбоэмболия

5) острая гемическая гипоксия

Правильный ответ: 1

1. МЕХАНИЗМ ДЕЙСТВИЯ ЦИАНИДОВ НА ОРГАНИЗМ ЧЕЛОВЕКА

ПК-5

1) блокирование цитохромоксидазы клеток

2) перевод гемоглобина в метгемоглобин

3) паралич дыхательного центра

4) нарушение кислотно-щелочного баланса крови

5) коагуляционный некроз

Правильный ответ: 1

1. ПРИЗНАКИ СМЕРТЕЛЬНОГО ОТРАВЛЕНИЯ ЦИАНИДАМИ

ПК-5

1) тромбоэмболия

2) темный цвет крови

3) специфический запах от органов и тканей

4) коагуляционный некроз

5) бледные трупные пятна

Правильный ответ: 3

1. ИССЛЕДОВАНИЯ, НЕОБХОДИМЫЕ ДЛЯ ПОДТВЕРЖДЕНИЯ ДИАГНОЗА СМЕРТЕЛЬНОГО ОТРАВЛЕНИЯ ЦИАНИДАМИ

ПК-5

1) гистологическое

2) гистохимическое

3) ботаническое

4) судебно-химическое

5) генетическое

Правильный ответ: 4

1. УГЛЕКИСЛЫЙ ГАЗ В ВЫСОКИХ КОНЦЕНТРАЦИЯХ ВЫЗЫВАЕТ

ПК-5

1) нарушение кислотно-щелочного равновесия в тканях

2) паралич дыхательного центра

3) раздражение дыхательных путей

4) нарушение процесса кроветворения

5) гемолиз эритроцитов

Правильный ответ: 2

1. СМЕРТЬ ОТ ОТРАВЛЕНИЯ СНОТВОРНЫМИ («НЕРВНЫМ ЯДОМ») НАСТУПАЕТ ОТ

ПК-5

1) раздражение дыхательных путей

2) паралича сосудодвигательного центра

3) нарушение процесса кроветворения

4) гемолиза

5) тромбоэмболии

Правильный ответ: 2

1. ОПЬЯНЕНИЮ СРЕДНЕЙ СТЕПЕНИ СООТВЕТСТВУЕТ КОНЦЕНТРАЦИЯ АЛКОГОЛЯ В КРОВИ СООТВЕТСТВЕННО

ПК-5

1) 0,5-1,5 промилле

2) 1,5-2,5 промилле

3) 2,5-3,0 промилле

4) 3,0-5,0 промилле

5) свыше 5 промилле

Правильный ответ: 2

1. УСТАНОВЛЕНИЕ СТЕПЕНИ АЛКОГОЛЬНОГО ОПЬЯНЕНИЯ ПРОВОДИТСЯ НА ОСНОВАНИИ

ПК-5

1) количественного определения алкоголя в крови

2) свидетельских показаний

3) количественного определения алкоголя в моче

4) количественного определения алкоголя в слюне

5) количественного определения алкоголя в кале

Правильный ответ: 1

**5. Самоконтроль по ситуационным задачам.**

Задача № 1. УК-1  ПК-1  ПК-2  ПК-3  ПК-5  ПК-7  ПК-8  ПК-9  ПК-10

Обнаружен труп гр-на С.58 лет, на скамейке во дворе дома 14.10.с.г. Температура печени 35,8˚, трупное окоченение отсутствует во всех группах мышц, идиомускулярная опухоль определяется в виде валика высотой 1,5см. Трупные пятна багрово-синюшные, на передней поверхности тела, при дозированном надавливании исчезают и восстанавливаются через 10сек. Кожные покровы лица бледно-серого цвета с синюшным оттенком, слегка одутловатое... На передней поверхности правого плеча в нижней трети определяется багрово-синюшный кровоподтек 4х3см… Резкое полнокровие внутренних органов, кровоизлияния по плевру и эпикард, печень на разрезе красно-коричневого цвета, с выраженным желтым прокрашиванием, в желчном пузыре конкременты, каменистой плотности; Гистологически: неравномерное кровенаполнение судов микроциркуляции в почках и в легких; венозное полнокровие внутренних органов, жидкое состояние крови в полостях сердца и крупных сосудов, отек головного мозга. При судебно-химическом исследовании обнаружен этиловый спирт в крови- 5,‰, в моче- 4,5‰.

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

Задача № 2. УК-1  ПК-1  ПК-2  ПК-3  ПК-5  ПК-7  ПК-8  ПК-9  ПК-10

Труп гр-на К. 42 г.р., обнаружен дома 24.02.с.г. в 10:00часов, в помещении на столе обнаружено несколько отрытых пустых бутылок, из-под спиртных напитков. В лобной области слева обнаружен овальный кровоподтек2,5х3,0см, багрово-синюшного цвета. Трупное окоченение выражено во всех группах мышц, трупные пятна багрово-синюшные, разлитые, насыщенные, расположены на задней поверхности тела, три дозированном надавливании исчезают и восстанавливают цвет через 12секунд, внутрипеченочная температура 36˚. Мышци при механическом раздражении: быстро появляется плотных тяж 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; отек фатерова соска, в мочевом пузыре около 600мл светло-желтой мочи. При с/х исследовании концентрации этанола в крови 5,9‰, в моче - 6,0‰.

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 № 3. УК-1  ПК-1  ПК-2  ПК-3  ПК-5  ПК-7  ПК-8  ПК-9  ПК-10

Гр-н П,. 30лет, обнаружен на скамейке во дворе дома. Кожные покровы бледно-серого цвета с синюшным оттенком, холодные на ощупь, на лице внутрикожные кровоизлияния; в правом локтевом сгибе обнаружен кровоподтек красно-синюшного цвета, в центре которого обнаружена точечная рана, в левой руке шприц без содержимого. На внутренней поверхности левого плеча, в области левого и правого коленных суставов три округлых кровоподтека сине-фиолетового цвета, 3х3см, 2-3см, 4х5см. Феномен идиомускулярной опухоли - плотный тяж высотой 1,1-1,5см; внутрипеченочная температура-38˚; трупное окоченение отсутствует во всех группах мышц; трупные пятна при дозированном давлении исчезают и восстанавливаются через 18сек. Отмечается жидкое состояние крови, острое венозное полнокровие внутренних органов, отек мягких мозговых оболочек, точечные кровоизлияния в конъюнктиву глаз, расширение зрачков. При с/х исследовании обнаружен *общий морфин в крови - 1,76 мкг/мл, в моче - 5,88 мкг/мл, в желчи - 154,2 мкг/мл.*

1. *Установить причину смерти.*
2. Указать перечень дополнительных данных необходимых при экспертизе в случаях отравления, в том числе наркотическим веществом.
3. Определить наличие телесных повреждений.
4. Являются ли повреждения прижизненными, давность возникновения и механизм образования?
5. Определить тяжесть причиненного вреда здоровью человека.

Задача № 4 УК-1  ПК-1  ПК-2  ПК-3  ПК-5  ПК-7  ПК-8  ПК-9  ПК-10

.

Обнаружен труп 14.01с.г. в 9:00 гр-ки Д., 56лет, лежа на спине, тело умершей было вынесено из частного дома прибывшими пожарными. Кожные покровы холодные на ощупь, бледно-серые цвета, трупные пятна розовато-красные, на задней поверхности тела, при дозированном давлении исчезают и восстанавливаются через 18секунд; идиомускулярная опухоль: быстро появляется плотный тяж высотой 1,5см, внутрипеченочная температура 38˚; у наружного края левой брови ссадина 4х0,5см, с сухим, буро-красным, на уровне кожи дном; на верхнем веке левого глаза сине-фиолетовый кровоподтек 3х2см… Определяются следы копоти: в носовых ходах, в просвете трахеи, мелких бронхах и пазухе основной кости; жидкая, ярко-алая кровь в полостях сердца и крупных сосудах, полнокровие внутренних органов. При судебно-химическом исследовании обнаружен карбоксигемоглобина в крови 57,6%, этиловый алкоголь в концентрациях: 1,5 ‰, моче – 0,7‰.

Вопросы:

1. Установить причину смерти.
2. Определить давность наступления смерти.
3. Имеются ли телесные повреждения, определить их локализацию, механизм образования, прижизненность?
4. Определить тяжесть причиненного вреда здоровью человека и отношение к причине смерти.
5. Принимал ли потерпевший незадолго до смерти алкоголь?

Задача № 5. УК-1  ПК-1  ПК-2  ПК-3  ПК-5  ПК-7  ПК-8  ПК-9  ПК-10

Труп гр-ки К., 56 лет, обнаружен 28.02с.г., в гараже с включенным замком зажигания автомобиля. Кожные покровы холодные на ощупь, бледно-серые. Трупные пятна ярко-розовые, на задней поверхности тела и в области таза, конечностях, при дозированном давлении исчезают и восстанавливаются через 16секунд; идиомускулярная опухоль: вмятина на месте удара; внутрипеченочная температура 33°; на тыльной поверхности правой кисти ссадина 2,0х1,0см, буро-красным дном. Определяется жидкая, ярко-алая кровь в крупных сосудах, розовато-красное окрашивание внутренних органов и мышц, мелкоточечные кровоизлияния под плеврой, эпикардом, в слизистую желудка и кишечник. При судебно-химическом исследовании обнаружен карбоксигемоглобина в крови 61,6%, этиловый алкоголь в концентрациях: в крови – 2,0‰, в моче – 1,4 ‰.

Вопросы:

1. Установить причину смерти.
2. Определить давность наступления смерти.
3. Имеются ли телесные повреждения, определить их локализацию, механизм образования, прижизненность?
4. Определить тяжесть причиненного вреда здоровью человека и отношение к причине смерти.
5. Принимал ли потерпевший незадолго до смерти алкоголь?

Эталон № 1.

1.5. Совокупность признаков: наличие этилового спирта в крови-5,4 ‰ и в моче- 4,5 ‰, синюшность и одутловатость лица, кровоизлияния под плевру, эпикард; неравномерное кровенаполнение судов микроциркуляции в почках и в легких; венозное полнокровие внутренних органов, жидкое состояние крови в полостях сердца и крупных сосудов, отек головного мозга дает основание считать, что причиной смерти гр-на С.58 лет, явилось острое отравление этиловым спиртом.

2. Исходя из трупных явлений на момент обнаружения: температура печени 35,8˚С, трупное окоченение отсутствует во всех группах мышц идиомускулярная опухоль определяется в виде валика высотой 1,5см. Трупные пятна при дозированном надавливании исчезают и восстанавливаются через 10сек, смерть могла наступить в пределах 3-6 часов на момент осмотра трупа.

3. При наружном исследовании трупа обнаружен кровоподтек, на передней поверхности правого плеча в нижней трети.

4. Кровоподтек является прижизненным, возник от воздействия твердого тупого предмета или при ударе о таковой, возник незадолго до наступления смерти и к причине смерти отношения не имеет, согласно п. 9 раздела №2 приказа МЗиСР РФ 194н от 24.04.2008г. расценивается как повреждение, не причинившее вред здоровью человека.

Эталон № 2.

1. Обнаружение при экспертизе трупа гр-на К., 42 лет, признаков быстро наступившей смерти, острого венозного полнокровия внутренних органов, повышение сосудистой проницаемости с мелкими кровоизлияниями под висцеральную плевру, эпи­кард, слизистую желудка, отек фатерова соска, переполнение мочевого пузыря (600 мл), при судебно-химическом исследовании обнаружение токсической концентрации этанола в крови 5,9‰, в моче 6,0‰, дает основание считать, что причиной смерти явилось острое отравление этиловым спиртом. Указанный вывод подтверждается отсутствием болезненных изменений внутренних органов.
2. Исходя из трупных явлений: температура печени 36˚, 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 12сек., смерть могла наступить в пределах 1,5-4,5 часов на момент осмотра трупа на месте обнаружения.
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 МЗиСР 194 п.9 раздел 2, расценивается как повреждение не причинившее вред здоровью человека.

Эталон № 3.

1. Обнаружение при экспертизе трупа гр-на П., 30лет, точечной раны в правом локтевом сгибе, выявление при судебно-химическом исследовании *общего морфина в крови - 1,76 мкг/мл, в моче - 5,88 мкг/мл, в желчи - 154,2 мкг/мл.,* расширение зрачков, дает основание считать, что смерть наступила от острого парентерального отравления наркотическим веществом (морфином) поступившего в организм путем инъекции.
2. Кровь и мочу в стеклянных пенициллиновых флаконах в судебно-химическое отделение для определения этилового спирта. На общее судебно-химическое исследование направлена кровь, моча, почка, желудок с содержимым для определения спиртов, растворителей, при подозрении на отравление наркотическими и психотропными веществами – кровь, моча, желчь, кусочки внутренних органов (сердце, почка, легкое, печень, головной мозг) в судебно-гистологическое отделение для определения патоморфологических изменений. (Федеральный закон о государственной судебно-экспертной деятельности в РФ – п.73 ФЗ от 31.05.2001г., гл.III - Порядок организации и производства экспертиз - приказ 346н « Об утверждении Порядка организации и производства судебно-медицинских экспертиз в государственных суд.мед.учрждениях РФ»)
3. При экспертизе трупа обнаружены кровоподтеки, на левом плече, в левом и правом коленных суставах, высказаться о свойствах которых не представляется возможным, в связи с отсутствием специфических признаков. Кровоподтеки возникли незадолго до наступления смерти и к причине смерти отношения не имеют.
4. Сине-фиолетовый цвет указывает, что они возникли прижизненно, от воздействия твердого тупого предмета или при ударе о таковой (таковые).незадолго до наступления смерти, давность возникновения кровоподтеков может составлять около 1 суток).
5. Эти повреждения – кровоподтеки не повлекли за собой незначительной стойкой утраты общей трудоспособности, не вызвали кратковременного расстройства здоровья, согласно п. 9 раздела №2 приказа МЗиСР РФ 194н от 24.04.2008г. расценивается как повреждение, не причинившее вред здоровью человека.

Эталон № 4.

1. Обнаружение при экспертизе трупа гр-ки Д., 56 лет, розово-красной окраски трупных пятен, ярко-алой жидкой крови в сосудах и полостях сердца, ярко красного цвета внутренних органов и тканей, в акте судебно-химического исследования высокая концентрация карбоксигемоглобина в крови 67,6 %, а так же следы копоти в носовых ходах, в просвете трахеи, мелких бронхах и пазухе основной кости, дает основание считать, что смерть наступила в результате острого отравления угарным газом.
2. Исходя из трупных явлений: трупные пятна при дозированном давлении исчезают и восстанавливаются через 18секунд, идиомускулярная опухоль: вмятина на месте удара, внутрипеченочная температура 38˚, что указывает давность наступления смерти в пределах 0,5х2,5часа на момент осмотра трупа на месте его обнаружения.
3. При экспертизе трупа обнаружены ссадина и кровоподтек на лице, повреждения возникли от воздействия твердого тупого предмета или при ударе о таковой (таковые). Сине-фиолетовый цвет кровоподтека и буро-красный цвет ссадины, с сухим на уровне кожи дном, указывает, что они возникли прижизненно, незадолго до наступления смерти в пределах суток.
4. Обнаруженные при экспертизе повреждения - кровоподтек и ссадина, согласно медицинским критериям ( 194н) п.9 не вызвали кратковременного расстройства здоровья и незначительной стойкую утрату общей трудоспособности, расцениваются как повреждения, не причинившие вред здоровью человека. В причинной связи с наступлением смерти не состоят.
5. При судебно-химическом исследовании обнаружен этиловый спирт: в крови – 1,5‰, моче – 0,7‰. Такая концентрация алкоголя в крови у живых лиц соответствует средней степени опьянения.

Эталон № 5.

1. Обнаруженные при экспертизе трупа гр-ки К., 56 лет, признаки: жидкая, ярко-алая кровь в крупных сосудах, розовато-красное окрашивание внутренних органов и мышц, мелкоточечные кровоизлияния под плеврой, эпикардом, в слизистую желудка и кишечник, в акте судебно-химического исследования высокая концентрация карбоксигемоглобина в крови 61,6 %, дает основание считать, что смерть наступила в результате острого отравления угарным газом.
2. Исходя из трупных явлений: трупные пятна при дозированном давлении исчезают и восстанавливаются через 16 секунд, идиомускулярная опухоль: тяж высотой 1см, внутрипеченочная температура 33°, что свидетельствует о давности наступления смерти в пределах 3-6часов на момент осмотра трупа.
3. При экспертизе трупа обнаружена ссадина на правой кисти, повреждение возникло от воздействия твердого тупого предмета (предметов) или при ударе о таковой (таковые). Дно ссадины буро-красное, указывает, что они возникла прижизненно, незадолго до наступления смерти.
4. Обнаруженные при экспертизе повреждение - ссадина, согласно медицинским критериям (194н) п.9 не вызвало кратковременного расстройства здоровья и незначительную стойкую утрату общей трудоспособности, расцениваются как повреждения, не причинившие вред здоровью человека. В причинной связи с наступлением смерти не состоит.
5. При судебно-химическом исследовании обнаружен этиловый спирт: в крови – 2,0‰, моче – 1,4‰. Такая концентрация алкоголя в крови у живых лиц соответствует средней степени опьянения.

**6. Перечень практических умений**

УК-1  ПК-1  ПК-2  ПК-3  ПК-5  ПК-7  ПК-8  ПК-9  ПК-10

- установить причину смерти;

- провести судебно-медицинское исследование трупа при различных видах насильственной смерти;

- определить степень тяжести телесных повреждений;

- установить причинно-следственную связь между повреждением и неблагоприятным исходом;

- организовать судебно-медицинскую экспертизу вещественных доказательств (изъять, упаковать и направить объекты судебно-медицинской экспертизы на лабораторные исследования);

**7. Рекомендации по выполнению НИР**

Примерная тематика по НИР по теме - не предусмотрена

**8. Рекомендованная литература по теме занятия** (обязательная, дополнительная, электронные ресурсы, включая законодательные и нормативно-правовые документы)

**Занятие № 43**

**1. Индекс** ОД.О.01.1.3.55 **Тема: «Судебно-медицинские критерии и диагностика живорожденности, мертворожденности, антенатальная гибель плода ».**

**2. Форма организации занятия:** подготовка к практическому занятию.

**3. Перечень вопросов для самоподготовки по теме практического занятия**

1. ВОПРОС УК-1  ПК-1  ПК-2  ПК-3  ПК-5  ПК-7  ПК-8  ПК-9  ПК-10

 Каковы поводы для назначения судебно-медицинской экспертизы трупа новорожденного?

ОТВЕТ: При обнаружении трупа новорожденного поводом являются признаки насильственной смерти или подозрение на насилие. Это может быть при умышленном умерщвлении новорожденного либо при случайных неумышленных повреждениях во время родов, особенно при самопомощи. Повреждения могут быть получены в процессе родов, особенно опасны ЧМТ при головном предлежании или стремительных родах. Смерть новорожденного может наступить от внутриутробной асфиксии вследствие преждевременной отслойки плаценты, обвития и прижатия шеи пуповиной. Чтобы во всем этом разобраться и исключить детоубийство, проводится полное исследование трупа новорожденного.

2. ВОПРОС УК-1  ПК-1  ПК-2  ПК-3  ПК-5  ПК-7  ПК-8  ПК-9  ПК-10

Почему УК РФ отдельной статьей выделяет убийство матерью новорожденного ребенка?

ОТВЕТ: В статье 106 УК РФ подчеркивается, что имеется в виду убийство матерью своего новорожденного ребенка во время или сразу после родов, потому что сложные физиологические процессы, происходящие в организме матери в первые сутки, при отсутствии помощи могут иногда приводить к непредсказуемым действиям, особенно в условиях психотравмирующей ситуации вплоть до состояния психического расстройства.

Различают активное детоубийство, когда мать совершает какие-то действия. Это может быть закрытие отверстий рта и носа, удушение руками или петлей, сдавление груди и живота, утопление, либо механическая травма (повреждения тупыми предметами, реже острыми).

Другой вид детоубийства — пассивное, когда ребенка оставляют без помощи и ухода. Чаще это бывает действие низкой температуры, кровотечение из неперевязанной пуповины. Об отсутствии ухода свидетельствуют также кровь и сыровидная смазка на теле, отсутствие пищи в желудке.

3. ВОПРОС УК-1  ПК-1  ПК-2  ПК-3  ПК-5  ПК-7  ПК-8  ПК-9  ПК-10  В чем особенности исследования трупов новорожденных?

ОТВЕТ: Особенность заключается прежде всего в задачах исследования, которых не может быть при исследовании трупа взрослого. К ним относятся:

1) является ли труп ребенка новорожденным?

2) является ли ребенок зрелым и доношенным?

3) является ли ребенок жизнеспособным? 4) родился ли он живым или мертвым? 5) сколько времени продолжалась внутриутробная жизнь? 6) какова продолжительность жизни после рождения? Эти вопросы наряду с вопросом о причине смерти следует ставить при назначении экспертизы. Для решения этих задач используется необычная методика и техника исследования. Она касается вскрытия полости черепа, проведения серии разрезов ниже надколенника для выявления ядер окостенения, легочной и желудочно-кишечной плавательных проб, проведения ряда антропометрических изменений, описаний наложений на коже, особенностей развития половых органов, наконец, дополнительного исследование пуповины и плаценты (если они доставляются).

4. ВОПРОС УК-1  ПК-1  ПК-2  ПК-3  ПК-5  ПК-7  ПК-8  ПК-9  ПК-10   Как и с какой целью устанавливается новорожденность, зрелость, доношенность и жизнеспособность младенца?

ОТВЕТ: Новорожденным в судебной медицине считается младенец в первые 24 часа после родов. При необходимости решения вопроса о детоубийстве это устанавливается по наличию сыровидной смазки и крови на теле при отсутствии повреждений, родовой опухоли, сочной пуповины без признаков демаркационного кольца в области отторжения и первородного кала (мекония).

Под зрелостью понимают такую степень развития плода, при которой возможна внеутробная жизнь. Зрелым считают младенца весом более 2500 г, с эластичной розовой кожей и развитым подкожно-жировым слоем, волосами на голове длиной 2—3 см, упругими хрящами носа и ушных раковин. Ногти на пальцах упругие, на кистях заходят за край, а на стопах доходят до края ногтевых фаланг. У мальчиков яички находятся в мошонке, у девочек большие половые губы прикрывают малые. Ядро окостенения в нижнем эпифе-зе бедра диаметром 0,5—0,7 см, длина пуповины 45—60 см, пупочное кольцо расположено посредине между лоном и мечевидным отростком.

Доношенным называют плод, родившийся через 40—42 недели (10 лунных месяцев) после зачатия, имеющий длину тела 48—52 см, окружность головы 34—35 см, окружность груди 32— 34 см и признаки зрелости.

Жизнеспособным называют младенца, способного продолжать внеутробную жизнь. Для этого он должен быть зрелым, доношенным и не иметь уродств развития, не совместимых с жизнью. Жизнеспособным может быть и младенец 8 месяцев, длиной тела 40 см, более 1500 г веса, с окружностью

головы 28 см. У ребенка, родившегося в условиях родильного дома, и при меньших показателях может сохраниться жизнеспособность

**4. Самоконтроль по тестовым заданиям данной темы**

1. В СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКОЙ ПРАКТИКЕ НОВОРОЖДЕННЫМ СЧИТАЕТСЯ МЛАДЕНЕЦ, ПРОЖИВШИЙ ПОСЛЕ РОЖДЕНИЯ

ПК-5

1) менее одной недели

2) менее двух суток

3) до суток

4) менее месяца

5) более месяца

Правильный ответ: 3

1. ПРИЗНАКОМ НОВОРОЖДЕННОСТИ МЛАДЕНЦА ЯВЛЯЕТСЯ

ПК-5

1) отсутствие родовой опухоли

2) сочная, влажная, блестящая пуповина без демаркационного кольца

3) воздух в просвете кишечника

4) расположение пупочного кольца между лоном и мечевидным отростком

5) наличие волос на теле.

Правильный ответ: 2

1. ПРИ ОПРЕДЕЛЕНИИ ДОНОШЕННОСТИ МЛАДЕНЦА УЧИТЫВАЮТ

ПК-5

1) длину и массу тела

2) наличие мекония в кишечнике

3) наличие ядер окостенения в нижнем эпифизе бедра, пяточной и таранной костях

4) положительный результат плавательной легочной пробы

5) наличие сыровидной смазки на теле.

Правильный ответ: 1

1. РОДОВАЯ ОПУХОЛЬ У МЛАДЕНЦЕВ РАССАСЫВАЕТСЯ В ТЕЧЕНИЕ

ПК-5

1) одних суток

2) 5-6 суток

3) месяца

4) 2-3 суток

5) 4-5 суток

Правильный ответ: 1

1. ДОНОШЕННЫМ СЧИТАЕТСЯ МЛАДЕНЕЦ С МАССОЙ ТЕЛА

ПК-5

1) 1,2 кг

2) 2 кг

3) 2,5 кг

4) 3,0 кг

5) 3,5 кг

Правильный ответ: 3

1. ПОД ДОНОШЕННОСТЬЮ МЛАДЕНЦА ПОНИМАЮТ СРОК НАХОЖДЕНИЯ ПЛОДА В ОРГАНИЗМЕ МАТЕРИ В ТЕЧЕНИЕ

ПК-5

1) 10 лунных месяцев

2) 9 лунных месяцев

3) 7 лунных месяцев

4) 8 лунных месяцев

5) 11 лунных месяцев

Правильный ответ: 1

1. ПОД ЗРЕЛОСТЬЮ МЛАДЕНЦА ПОНИМАЮТ

ПК-5

1) доношенность младенца

2) внутриутробный возраст – 10 лунных месяцев

3) степень физического развития к моменту родов

4) способность существовать вне организма матери

5) отсутствие аномалий и уродств развития

Правильный ответ: 3

1. ДЛИНА ТЕЛА ДОНОШЕННОГО МЛАДЕНЦА СОСТАВЛЯЕТ

ПК-5

1) 35-40 см

2) 40-42 см

3) 50 см и более

4) 55 см и более

5) 60 см и более

Правильный ответ: 3

1. ДОКАЗАТЕЛЬСТВОМ ЗРЕЛОСТИ МЛАДЕНЦА ЯВЛЯЕТСЯ ОПК-5БНАРУЖЕНИЕ

1) признаков доношенности

2) наличие ядер окостенения в пяточной кости

3) наличие ядер окостенения в таранной кости

4) наличие ядер окостенения в нижнем эпифизе бедра

диаметром не менее 0,7 см

5) наличие воздуха в кишечнике

Правильный ответ: 4

1. ПРИ УСТАНОВЛЕНИИ ЖИЗНЕСПОСОБНОСТИ МЛАДЕНЦА УЧИТЫВАЮТ

ПК-5

1) доношенность

2) зрелость

3) отсутствие врожденных пороков

развития, несовместимых с жизнью

4) длину тела менее 35см

5) массу тела менее 1кг

Правильный ответ: 3

**5. Самоконтроль по ситуационным задачам**

**Задача 1** УК-1  ПК-1  ПК-2  ПК-3  ПК-5  ПК-7  ПК-8  ПК-9  ПК-10

**ОБСТОЯТЕЛЬСТВА ДЕЛА:** труп ребенка новорожденного обнаружен по адресу: г. Красноярск, ул. в 12.00 часов.

**НАРУЖНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ:**

Труп новорожденной девочки, нормостенического телосложения. Кожа бледно-серая, в паховых складках покрыта сыровидной смазкой, по всем отделам туловища и конечностей опачкана подсохшей кровью. На плечах пушковые волосы. Трупное окоченение практически отсутствует, трупные пятна слабо выражены в отлогих местах тела. Пупочное кольцо на равном расстоянии от симфиза и лобка. Пупочный остаток длиной 2 см, блестящий, край его ровный, не обработан. Голова правильной формы, кости черепа на ощупь целы. Склеры глаз блестящие, в соединительных оболочках глаз рассеянные точечные кровоизлияния. Зрачки равновелики по 0,3 см диаметром. Грудная клетка цилиндрическая, упругая, живот выше уровня грудной клетки. Кости конечностей целы. Большие половые губы не прикрывают малые.

**АНТРОПОМЕТРИЧЕСКИЕ ДАННЫЕ:**

**Таблица № 1.**

|  |  |
| --- | --- |
| **Масса тела** | **1820.** |
| **Длина тела** | **46 см.** |
| ***Окружность головы*** | **29 см** |
| ***Прямой размер головы*** | ***12 см*** |
| ***Малый косой размер головы*** | ***9 см*** |
| ***Большой косой размер головы*** | ***12 см*** |
| ***Большой поперечный*** | ***9,5 см*** |
| ***Малый поперечный*** | ***8,5 см*** |
| ***Окружность груди*** | **26 см** |
| ***Окружность плеча*** | **4 см** |
| ***Окружность бедра*** | **7 см** |
| ***Диаметр ядра Беклара*** | **Ядро отсутствует** |
| ***Диаметр ядра плечевой кости*** | **Ядро отсутствует** |
| ***Размеры большого родничка*** | **5х3 см** |
| ***Размеры малого родничка*** | **0,5х0,5 см** |

**ПЛАЦЕНТА отсутствует.** Пуповина длиной 14 см, блестящая, сочная, с правильно сформированными сосудами, край ее ровный, не обработан.

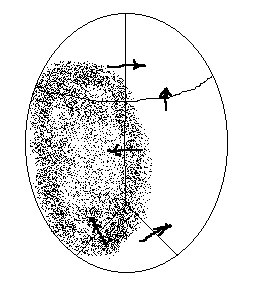
**ПОВРЕЖДЕНИЯ: не обнаружены.**

**ВНУТРЕННЕЕ ИССЛЕДОВАНИЕ:**

**Таблица № 2.**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Размеры** и **ВЕС** ОРГАНОВ | **РАЗМЕРЫ см.** | | | | | | | | ***ВЕС гр.*** | |
| ***длина*** | | ***Ширина*** | | | ***толщина*** | | |
| Вилочковой железы | ***3*** | | ***3*** | | | ***0,5*** | | | ***4,7*** | |
| Почек | ***4*** | | ***3*** | | | ***1,5*** | | | ***11*** | |
| Печени | ***11*** | ***7*** | | | ***7*** | | | ***4*** | ***120*** | |
| Селезенки | ***7*** | | ***3*** | | | ***2*** | | | ***11*** | |
| Надпочечники (оба ) | ***3*** | | ***2*** | | | ***1*** | | | ***7*** | |
| Легкие Правое/левое (вес) | ***19*** | | | | | | ***15*** | | | |
| Головной мозг (вес). | ***210*** | | | | | | | | | |
| Сердце | ***3,5*** | | | ***4,0*** | | | ***3,0*** | | | ***15,8*** |
|  | ***Путь оттока*** | | ***Путь притока*** | | | ***Толщина стенки*** | | | ***вес*** | |
| Левый желудочек | ***2,5*** | | ***2,3*** | | | ***0,5*** | | | ***4,5*** | |
| Правый желудочек | ***3,5*** | | ***3,2*** | | | ***0,3*** | | | ***5,4*** | |
| Желудочковый индекс | ***0,8*** | | | | | | | | | |

***Полость черепа***: кожно-мышечный лоскут головы розового цвета, в теменно-лобно-височной и частично затылочной области округлое кровоизлияние темно-вишневого цвета с центром в области центра левой теменной кости с четкими контурами диаметром 9 см. Кости свода черепа целы, швы не заращены, циркулярное смещение костей свода черепа – правая теменная кость наползает на лобную и на левую теменную; затылочная кость наползает на правую теменную и левую теменную кости; левая лобная – на правую лобную кость.(см. рисунок) Большой родничок напряжен, размеры родничков в таб. № 1. Твердая мозговая оболочка плотно связана с костями черепа, в синусах ее темная жидкая кровь. При частичной отсепаровке твердой мозговой оболочки от затылочной кости в области синхондроза с обеих сторон линейный перелом, в зоне соединения чешуи и основания затылочной кости, в виде щели длиной по 1 см, выполненной жидкой кровью, эпидурально – жидкая кровь в зоне переломов и поперечный разрыв обеих затылочных синусов. Субдурально – по всем отделам темная жидкая кровь. При осмотре мозжечкового намета – разрыв намета справа с повреждением поперечного синуса, надрыв серпа по ходу сагиттального синуса. Мягкие мозговые оболочки тонкие, прозрачные, со студневидным отеком и полнокровными сосудами, по ходу которых сплошные кровоизлияния слева по наружной и верхней поверхности полушария мозга в толще оболочек. Борозды мозга сглажены, извилины уплощены. Головной мозг студневидный (вес его в таблице № 2), на разрезах блестящий, полнокровный, тянется за лезвием ножа. Дифференцировка на серое и белое вещество отсутствует. Желудочки мозга симметричны со следами прозрачной жидкости и гладкой, блестящей эпендимой. Сосудистые сплетения полнокровны. Мозжечок с симметричными долями, на разрезах древовидного строения.



***Позвоночный столб и спинной мозг***: При ревизии позвоночного столба – патологическая подвижность в шейном отделе позвоночника. Множественные надрывы с кровоизлияниями в переднюю прямую связку между 1 и 2 шейными позвонками, щель между позвонками выполнена жидкой кровью. Спинномозговой канал вскрыт спереди – в шейном и грудном отделах до 9 грудного позвонка – массивное, сплошное, темно-красное, эпидуральное кровоизлияние. В каналах позвоночных артерий кровоизлияния на уровне 2 и 3 позвонков с обеих сторон. Твердая мозговая оболочка напряжена, в веществе спинного мозга в области шейного утолщения мелкопятнистые кровоизлияния в вещество мозга и в мозговые оболочки. Спинной мозг студневидной консистенции.

***Органы головы и шеи***: полости рта и носа свободны, слизистые их синюшные. Хоаны свободно проходимы. Язык синюшный, влажный, не обложен. Небные миндалины по 0,3 см диаметром, синюшные. Околоушные слюнные железы обычных размеров, дольчатого строения. Просвет гортани свободен, хрящи гортани и подъязычная кость целы, каких-либо повреждений в мягких тканях шеи не обнаружено. Щитовидная железа с симметричными долями, красно-синюшная, эластичная, обычных размеров, на разрезе мелкобугристого вида. Кольца трахеи целы, просвет ее свободен, слизистая оболочка гортани и трахеи бледно-серая. Просвет пищевода свободен, слизистая оболочка его бледно-серая.

***Грудная полость***. В плевральных полостях следы прозрачной жидкости. Легкие розовые, выполняют 2/3 полостей (вес в табл.№2). Легкие плавают в воде, тестоватой консистенции, с множественными точечными кровоизлияниями под висцеральной плеврой. На разрезах легкие пестрые из-за мозаично чередующихся мелких, розовых выбухающих и темно-красных западающих очагов. С поверхности разреза стекает немного пенистой прозрачной розоватой жидкости и жидкая темная кровь из пересеченных сосудов. Просвет воздухо-проводящих путей свободен, слизистые оболочки их бледно-серые. Бифуркационные лимфоузлы 0,2-0,3 см диаметром, эластичные. В полости перикарда следы прозрачной жидкости. Сердце (размеры указаны в табл. №2) эластичное, с правильно сформированными сосудами и полостями. Под эпикардом множественные рассеянные точечные кровоизлияния. В полостях сердца и крупных сосудах жидкая темная кровь. Баталов проток и овальное окно открыты. Миокард розовато-синюшный, полнокровный, клапанный и пристеночный эндокард тонкий, прозрачный, клапаны сформированы правильно. Аорта эластична, интима ее бледно-желтая, гладкая.

***Брюшная полость***. Размеры и вес органов указаны в табл. №2. В брюшной полости 50 мл прозрачной, соломенного цвета жидкости. Студневидный отек жировой клетчатки. Органы расположены правильно, повороты кишечника завершены. Желудок после перевязки в кардиальном и пилорическом отделах отсечен, водяная проба положительна. В желудке следы темно-зеленых густых масс, в кишечнике – меконий. Слизистые оболочки желудочно-кишечного тракта бледно-серые. Печень коричневого цвета, эластичная, с гладкой поверхность, полнокровная. Внепеченочные желчевыводящие пути свободно проходимы. Селезенка плотно-эластичная, темно-красная с поверхности и на разрезах, без соскоба, белая пульпа не определяется. Поджелудочная железа в виде тяжа, обычного вида. Надпочечники листовидной формы, с ясно различимыми слоями. Почки равновелики, бобовидной формы, сохраняют эмбриональную дольчатость, на разрезах полнокровны. С четкой границей слоев. Мочеточники проходимы, мочевой пузырь пустой. Внутренние половые органы развиты по женскому типу.

Вирусологическое исследование от 12.10.99г. – при иммунофлюоресцентном исследовании со специфическими сыворотками обнаружены антигены вирусов аденовируса, респираторно-синцитиального, герпес 1 типа.

Цитологическое исследование, окрашенных по Павловскому: В мазках отпечатках, окрашенных по методу Павловского, - большое количество клеток мерцательного эпителия и альвеолоцитов, при увеличении 10х1,5х90 в цитоплазме бронхо и альвеолоцитов большое количество, практически во всех клетках групп ярко-красных включений, располагающихся в виде гроздьев, преимущественно в околоядерной зоне цитоплазмы, встречаются в ряде альвеолоцитов аналогичные ярко-красные внутриядерные включения.

Гистологическое исследование, Легкие –: просвет альвеол в большинстве полей зрения щелевидный, в ряде полей зрения альвеолы расправлены, вплоть до участков эмфиземы с разрывом меж альвеолярных перегородок. В просвете части альвеол кусочки мекония и роговые чешуйки в небольшом количестве. Межальвеолярные перегородки с лимфо-гистиоцитарной умеренной инфильтрацией и межуточным отеком, очаговая десквамация альвеолоцитов с пузырьковидными ядрами. Бронхи и бронхиолы с пустым просветом, гофрированной слизистой оболочкой, последняя с очаговой десквамацией бронхоцитов с пузырьковидными ядрами и умеренной лимфогистиоциртарной инфильтрацией с частичной десквамацией слизистой в виде пластов вплоть до феномена бронха в бронхе. Бронхоциты с набухшей цитоплазмой и пузырьковидными ядрами. Большинство бронхиальных артерий с преобладанием толщины стенки над диаметром просвета, однако, достаточной количество артерий с расправленным просветом, диаметр которого в 2 и более раза преобладает над толщиной стенки.Заключение: первичные и вторичные ателектазы, очаги альвеолярной эмфиземы, аспирация околоплодного содержимого, мелкоочаговая межуточная с элементами десквамации серозная пневмония, катаральный эндобронхит, бронхиолит.

* Мозжечок: строение обычное, выражен перивазальный отек, очаговое выпадение клеток Пуркинье. Мягкие мозговые оболочки с умеренным межуточным отеком, диффузными кровоизлияниями.
* Головной мозг – массивная зона роста в субэпендимарных отделах, глиоз ствола с выраженным межуточным отеком. В сосудах стаз крови.

Задание:

1. Какие дополнительные исследования необходимо провести?

2. Составить судебно-медицинский диагноз?

3. Установить причину смерти?

4. Является ли ребенок зрелым, доношенным, срок гестации?

5. Какова длительность внеутробной жизни?

Ответы

1. Для судебно-гистологического исследования для определения патоморфологических изменений изъяты кусочки внутренних органов трупа и кусочки плаценты. Для вирусологического исследования изъяты фрагмент трахеи и кусочек легкого. Для цитологического исследования на наличие вирусных включений на секции сделаны мазки – отпечатки с трахеи и легких.
2. **СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКИЙ ДИАГНОЗ.**Родовая черепно-спинальная травма – линейный перелом чешуи затылочной кости слева в области синхондроза с повреждением обеих затылочных синусов, разрыв мозжечкового намета справа с повреждением поперечного синуса, разрыв серпа с повреждением сагиттального синуса; субдуральная гематома со сдавлением головного мозга, субарахноидальные кровоизлияния в левом большом полушарии головного мозга; надрывы передней прямой связки между первым и вторым шейными позвонками, сплошное эпидуральное кровоизлияние в шейном и грудной отделах позвоночника, кровоизлияние в спинной мозг на уровне шейного утолщения. ***Фоновое*** – внутриутробная асфиксия плода – точечные кровоизлияния под висцеральную плевру, эпикард, в мягкие мозговые оболочки, венозное полнокровие внутренних органов, аспирация околоплодного содержимого. Инфекционная фетопатия (вирусологически аденовирус, респираторно-синцитиальный и герпес 1 типа) – внутриутробная интерстициальная пневмония, катаральный бронхит, бронхиолит. Недоношенность 3 степени. ***Осложнения***: отек легких и головного мозга, венозное полнокровие внутренних органов.
3. Смерть ребенка произошла непосредственно после рождения в результате несовместимой с жизнью родовой травмы – разрыва мозжечкового намета с повреждением поперечного синуса, разрыва обеих затылочных синусов и сагиттального синуса со сдавлением головного мозга. Травма возникла на фоне глубокой недоношенности и внутриутробной инфекции, сопровождавшейся внутриутробной гипоксией плода.
4. Согласно антропометрическим данным ребенок является недоношенным, со сроком внутриутробной жизни 32-33 недели, жизнеспособным, незрелым.
5. Длительность внеутробной жизни – не более нескольких минут.

**Задача № 2** УК-1  ПК-1  ПК-2  ПК-3  ПК-5  ПК-7  ПК-8  ПК-9  ПК-10

**ОБСТОЯТЕЛЬСТВА ДЕЛА:** В постановлении о назначении судебно-медицинской экспертизы указано, что «27 ноября в дневное время суток в снегу в лесном массиве обнаружен труп новорожденного ребенка женского пола без видимых телесных повреждений в пос. О».

**НАРУЖНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ:**

В целлофановом пакете доставлен труп новорожденной девочки. Труп девочки нормостенического телосложения. Кожа в сыровидной смазке с пушковыми волосами на плечах, опачкана подсохшей кровью. Пупочное кольцо на равном расстоянии от симфиза и лобка, пупочный остаток влажный, блестящий, длиной 48 см, край ровно обрезан. Голова правильной формы, кости черепа с патологической подвижностью. Склеры глаз тусклые, зрачки равновелики по 0,3 см диаметром, в соединительных оболочках глаз множественные точечные кровоизлияния. Грудная клетка цилиндрическая, упругая, живот выше уровня грудной клетки. Наружные половые органы развиты по женскому типу, большие половые губы не прикрывают малые.

Размеры и другие анатомические данные смотри таблицу № 1.

**ПОВРЕЖДЕНИЯ.** Повреждений при наружном исследовании не выявлено.

При послойных разрезах полной отсепаровкой кожи головы по методу Медведева, в кожно-мышечном лоскуте головы в теменно-затылочной области с центром на уровне левого теменного бугра округлая область с точечными кровоизлияниями в апоневроз темно-красного цвета с размытыми контурами на участке диаметром 9 см (область периостального застоя).

В мягких тканях по ходу хрящей крыльев носа с обеих сторон сплошные кровоизлияния, аналогичные кровоизлияния и в слизистой оболочке носовых ходов. Сплошные кровоизлияния в мышцы шеи с обеих сторон в областях углов нижних челюстей. Других повреждений при наружном исследовании не обнаружено.

**АНТРОПОМЕТРИЧЕСКИЕ ДАННЫЕ:**

**Таблица № 1.**

|  |  |
| --- | --- |
| Масса тела | 2900 |
| Длина тела | 47 см |
| Прямой размер головы | 12,5 см |
| Малый поперечный размер головы | 9,5 см |
| Большой поперечный размер голов. | 10 см |
| Большой косой размер головы | 14,5 см |
| Малый косой размер головы. | 8 см |
| Окружность головы | 34 см |
| Окружность груди | 34 см |
| Окружность плеча | 9,5 см |
| Окружность бедра | 14 см |
| Диаметр ядра Беклара | 0,5 см |
| Размеры большого родничка | 3х2,5 см |
| Размеры малого родничка | Отсутствует |

**ВНУТРЕННЕЕ ИССЛЕДОВАНИЕ:**

**Таблица № 2. (вес органов в граммах)**

|  |  |
| --- | --- |
| Мозг | 359 |
| Легкое | 49 |
| Сердце | 19 |
| Печень | 127 |
| Селезен. | 9 |
| Почки | 23 |
| Надпочечники | 8 |
| Тимус | 9 |
| Щит.желез. | 1,3 |
| Подж.жел. | 3,0 |
| Возр.в днях | 270 |

**Полость черепа**: кожно-мышечный лоскут головы розового цвета, целый. Кости свода черепа целы, швы не заращены, смещения костей черепа нет. Большой родничок напряжен, размеры родничков в таб. № 1. Твердая мозговая оболочка плотно связана с костями черепа, в синусах ее темная жидкая кровь. Мозжечковый намет и серп целы. Субдуральное пространство свободно. Мягкие мозговые оболочки тонкие, прозрачные, со студневидным отеком и полнокровными сосудами, по ходу которых точечные кровоизлияния в толще оболочек. Борозды мозга сглажены, извилины уплощены. Головной мозг студневидный (вес его в таблице № 2), на разрезах блестящий, полнокровный, тянется за лезвием ножа. Дифференцировка на серое и белое вещество отсутствует. Желудочки мозга симметричны со следами прозрачной жидкости и гладкой, блестящей эпендимой. Сосудистые сплетения полнокровны. Мозжечок с симметричными долями, на разрезах древовидного строения.

**Позвоночный столб и спинной мозг**: При ревизии позвоночного столба повреждений не обнаружено. Спинной мозг студневидной консистенции.

**Органы головы и шеи**: полости рта и носа свободны, слизистые их синюшные. Хоаны свободно проходимы. Язык синюшный, влажный, не обложен. Небные миндалины по 0,3 см диаметром, синюшные. Околоушные слюнные железы обычных размеров, дольчатого строения. Просвет гортани свободен, хрящи гортани и подъязычная кость целы, каких-либо повреждений в мягких тканях шеи не обнаружено. Щитовидная железа с симметричными долями, красно-синюшная, эластичная, обычных размеров, на разрезе мелкобугристого вида. Кольца трахеи целы, просвет ее свободен, слизистая оболочка гортани и трахеи бледно-серая. Просвет пищевода свободен, слизистая оболочка его бледно-серая.

**ГРУДНАЯ ПОЛОСТЬ.** В плевральных полостях следы прозрачной жидкости. Легкие розовые, выполняют 2/3 полостей (вес в табл.№2). Легкие плавают в воде, тестоватой консистенции, с множественными точечными кровоизлияниями под висцеральной плеврой. На разрезах легкие пестрые из-за мозаично чередующихся мелких, розовых выбухающих и темно-красных западающих очагов. С поверхности разреза стекает немного пенистой прозрачной розоватой жидкости и жидкая темная кровь из пересеченных сосудов. Просвет воздухо-проводящих путей свободен, слизистые оболочки их бледно-серые. Бифуркационные лимфоузлы 0,2-0,3 см диаметром, эластичные. В полости перикарда следы прозрачной жидкости. Сердце (размеры указаны в табл. №2) эластичное, с правильно сформированными сосудами и полостями. Под эпикардом множественные рассеянные точечные кровоизлияния. В полостях сердца и крупных сосудах жидкая темная кровь. Баталов проток и овальное окно открыты. Миокард розовато-синюшный, полнокровный, клапанный и пристеночный эндокард тонкий, прозрачный, клапаны сформированы правильно. Аорта эластична, интима ее бледно-желтая, гладкая.

**БРЮШНАЯ ПОЛОСТЬ**. Размеры и вес органов указаны в табл. №2. Студневидный отек жировой клетчатки. Органы расположены правильно, повороты кишечника завершены. Желудок после перевязки в кардиальном и пилорическом отделах отсечен, водяная проба положительна. В желудке следы темно-зеленых густых масс, в кишечнике – меконий. Слизистые оболочки желудочно-кишечного тракта бледно-серые. Печень коричневого цвета, эластичная, с гладкой поверхность, полнокровная. Внепеченочные желчевыводящие пути свободно проходимы. Селезенка плотно-эластичная, темно-красная с поверхности и на разрезах, без соскоба, белая пульпа не определяется. Поджелудочная железа в виде тяжа, обычного вида. Надпочечники листовидной формы, с ясно различимыми слоями. Почки равновелики, бобовидной формы, сохраняют эмбриональную дольчатость, на разрезах полнокровны. С четкой границей слоев. Мочеточники проходимы, мочевой пузырь пустой. Внутренние половые органы развиты по женскому типу.

Данные гистологического метода исследования, 5 стекол, 15 срезов. Легкие – в большинстве полей зрения альвеолы расправлены вплоть до альвеолярной эмфиземы с разрывом межальвеолярных перегородок. Выраженное полнокровие капиллярной сети с пролабированием капилляров в просвет альвеол. Встречаются единичные поля зрения, где просвет альвеол щелевидный. В просвете альвеол небольшое количество роговых чешуек, единичные кусочки мекония, десквамированные альвеолоциты с аутолитическими изменениями. Просвет бронхов и респираторных бронхиол в большинстве полей зрения свободен. В отдельных бронхиолах фрагменты растительной клетчатки от единичных клеток до мелких пластов до 10 клеток. Респираторные бронхиолы в зонах расправленных альвеол с просветом выполненным кровью и преобладающим по диаметру над толщиной стенки.

* Пуповина – аутолитические изменения и отек, сосуды с пустым резко суженным просветом.
* Стенка желудка – строение обычное, выраженные аутолитические изменения.

Заключение: картина дышавших легких с расправленным малым кругом кровообращения, фрагменты инородного тела (растительная клетчатка, возможно вата, марля, хлопок) в просвете респираторных бронхиол, очаговая эмфизема легких. В пуповине спазм сосудов.

Биологическое исследование - справка от 01.12.99г. .– групповая характеристика мышечной ткани новорожденного ребенка не установлена из-за не выявления антигенов.

Задание:

1. Какие дополнительные исследования необходимо провести?
2. Составить судебно-медицинский диагноз?
3. Установить причину смерти?
4. Является ли ребенок зрелым, доношенным, срок гестации?
5. Какова длительность внеутробной жизни?

Ответы

* 1. Для судебно-гистологического исследования для определения патоморфологических изменений изъяты кусочки внутренних органов трупа. Мышцы бедра для судебно-биологического исследования на групповую принадлежность.
  2. **СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКИЙ ДИАГНОЗ.** Механическая асфиксия от закрытия просвета дыхательных путей: кровоизлияния в мягкие ткани спинки носа и слизистые оболочки носовых ходов, кровоизлияния в мягкие ткани в области углов нижней челюсти с обеих сторон, точеные кровоизлияния в соединительные оболочки глаз, под висцеральную плевру и эпикард, под мягкие мозговые оболочки, носовое кровотечение, очаговая эмфизема легких с разрывом межальвеолярных перегородок, отек легких и головного мозга, венозное полнокровие внутренних органов. При экспертизе трупа обнаружены следующие телесные повреждения - кровоизлияния в мягкие ткани спинки носа и слизистые оболочки носовых ходов, кровоизлияния в мягкие ткани в области углов нижней челюсти с обеих сторон, повреждения возникли в результате давления твердыми предметами (предметом) без четких идентифицирующих признаков на лицо в области крыльев носа и углов нижней челюсти с направлением травмирующих сил навстречу друг другу. Повреждения по тяжести вреда здоровью не оцениваются, т.к. входят в понятие механической асфиксии, которая сама является опасной для жизни в момент причинения, обусловила тяжкий вред здоровью и имеет прямую причинную связь со смертью. Учитывая обнаружение в просвете дыхательных путей фрагментов растительной клетчатки, не исключено, что на поверхности предметов (предмета) находились, либо в их (его) состав входили, растительные волокна.
  3. Смерть ребенка наступила в результате механической асфиксии от закрытия просвета дыхательных путей не идентифицированным предметом (предметами), что подтверждается картиной найденной на вскрытии и данными дополнительных методов исследования.
  4. Согласно антропометрическим данным младенец является доношенным, со сроком внутриутробной жизни не менее 36 недель, зрелым, жизнеспособным. Учитывая наличие воздушных легких – ребенок является живорожденным, с длительностью жизни после родов не менее нескольких минут.
  5. В связи с отсутствием осмотра тела ребенка на месте происшествия судебно-медицинским экспертом, а так же низкую температуру окружающей среды на момент обнаружения тела в лесном массиве установить давность смерти ребенка на момент вскрытия не представляется возможным.

Задача №3. УК-1  ПК-1  ПК-2  ПК-3  ПК-5  ПК-7  ПК-8  ПК-9  ПК-10

**ОБСТОЯТЕЛЬСТВА ДЕЛА:** труп ребенка новорожденного обнаружен по адресу: г. Сосновоборск ул. Весенняя 7-11.

Представлена медицинская карта № 40/1 ЦГБ г. Сосновоборска на Елимову Екатерину Карповну, 36 лет, из которой следует – Елимова поступила в ЦГБ с диагнозом беременность 20-22 недели, выкидыш, 6.01.2000. в 10-30 с жалобами на кровянистые выделения из половых путей обильного характера, со слов Елимовой около 5-6 часов утра произошел выкидыш мертвым плодом. При осмотре – из половой щели свисает пуповина. Произведено ручное удаление последа, последний 20х25 см, остаток пуповины – 30 см, прикрепление пуповины центральное, оболочки и послед целы. 15.01. выписана в удовлетворительном состоянии.

Представлено объяснение Елимовой Екатерины Карповны: которая пояснила, что около 6 час. 15 мин. 06.01. ее сдавили в автобусе и начались схватки, она пришла домой, села на унитаз, в который практически сразу выпал плод. Со слов Елимовой плод не шевелился, она пошла в ванную, оторвала пуповину и завернула плод в тряпку положила его в целлофановый пакет, после чего вызвала скорую помощь.

**НАРУЖНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ:**

Труп новорожденного мальчика, доставлен в целлофановом пакете, завернутый в белую тряпку, нормостенического телосложения. Кожа бледно-серая, в паховых складках покрыта сыровидной смазкой, по всем отделам туловища и конечностей опачкана подсохшей кровью. На плечах пушковые волосы. Трупное окоченение практически отсутствует, трупные пятна слабо выражены в отлогих местах тела. Пупочное кольцо на равном расстоянии от симфиза и лобка. Пупочный остаток длиной 7 см, блестящий, край его ровный, не обработан. Голова правильной формы, кости черепа на ощупь целы. Склеры глаз блестящие, в соединительных оболочках глаз множественные рассеянные точечные кровоизлияния. Зрачки равновелики по 0,3 см диаметром. Грудная клетка цилиндрическая, упругая, живот выше уровня грудной клетки. Кости конечностей целы. Яички опущены в мошонку. При послойной отсепаровке мягких тканей лица по методу Медведева пятнистые кровоизлияния в подкожной клетчатке в области крыльев носа.

**АНТРОПОМЕТРИЧЕСКИЕ ДАННЫЕ:**

**Таблица № 1.**

|  |  |
| --- | --- |
| **Масса тела** | **2750** |
| **Длина тела** | **51 см.** |
| ***Окружность головы*** | **32 см** |
| ***Прямой размер головы*** | ***14 см*** |
| ***Малый косой размер головы*** | ***10 см*** |
| ***Большой косой размер головы*** | ***13 см*** |
| ***Большой поперечный*** | ***10,5 см*** |
| ***Малый поперечный*** | ***8,5 см*** |
| ***Окружность груди*** | **32 см** |
| ***Окружность плеча*** | **5 см** |
| ***Окружность бедра*** | **8 см** |
| ***Диаметр ядра Беклара*** | **0,4** |
| ***Диаметр ядра плечевой кости*** | **Ядро отсутствует** |
| ***Размеры большого родничка*** | **3х3 см** |
| ***Размеры малого родничка*** | **Нет** |

**ПЛАЦЕНТА** отсутствует**.** Пуповина длиной 7 см, блестящая, сочная, с правильно сформированными сосудами, край ее ровный, не обработан.

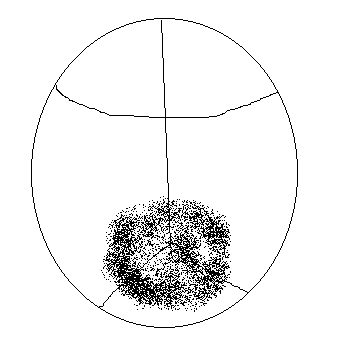
**ПОВРЕЖДЕНИЯ:** не обнаружены**.**

**ВНУТРЕННЕЕ ИССЛЕДОВАНИЕ:**

Таблица № 2. Вес органов в граммах

|  |  |
| --- | --- |
| Мозг | 359 |
| Легкое | 49 |
| Сердце | 19 |
| Печень | 127 |
| Селезенка | 9 |
| Почки | 23 |
| Надпочечники | 8 |
| Тимус | 9 |

***Полость черепа***: кожно-мышечный лоскут головы розового цвета, в теменно- затылочной области округлое прокрашивание надкостницы темно-красного цвета с центром в области вершины лямбдовидного шва с четкими контурами диаметром 9 см (область периостального застоя). Кости свода черепа целы, швы не заращены, циркулярное смещение костей свода черепа – отсутствует.(см. рисунок). Большой родничок напряжен, размеры родничков в таб. № 1. Твердая мозговая оболочка плотно связана с костями черепа, в синусах ее темная жидкая кровь. При частичной отсепаровке твердой мозговой оболочки от затылочной кости в области синхондроза с обеих сторон синхондроз цел. При осмотре мозжечкового намета – повреждений нет. Мягкие мозговые оболочки тонкие, прозрачные, со студневидным отеком и полнокровными сосудами, по ходу которых точечные кровоизлияния в толще оболочек. Борозды мозга сглажены, извилины уплощены. Головной мозг студневидный (вес его в таблице № 2), на разрезах блестящий, полнокровный, тянется за лезвием ножа. Дифференцировка на серое и белое вещество отсутствует. Желудочки мозга симметричны со следами прозрачной жидкости и гладкой, блестящей эпендимой. Сосудистые сплетения полнокровны. Мозжечок с симметричными долями, на разрезах древовидного строения.



***Позвоночный столб и спинной мозг***: При ревизии позвоночного столба, – каких либо повреждений не обнаружено. Спинной мозг студневидной консистенции.

***Органы головы и шеи***: полости рта и носа свободны, слизистые их синюшные. Хоаны свободно проходимы. Язык синюшный, влажный, не обложен. Небные миндалины по 0,3 см диаметром, синюшные. Околоушные слюнные железы обычных размеров, дольчатого строения. Просвет гортани свободен, хрящи гортани и подъязычная кость целы, каких-либо повреждений в мягких тканях шеи не обнаружено. Щитовидная железа с симметричными долями, красно-синюшная, эластичная, обычных размеров, на разрезе мелкобугристого вида. Кольца трахеи целы, просвет ее свободен, слизистая оболочка гортани и трахеи бледно-серая. Просвет пищевода свободен, слизистая оболочка его бледно-серая.

***Грудная полость***. В плевральных полостях следы прозрачной жидкости. Легкие розовые, выполняют 2/3 полостей (вес в табл.№2). Легкие плавают в воде, тестоватой консистенции, с множественными точечными кровоизлияниями под висцеральной плеврой. На разрезах легкие пестрые из-за мозаично чередующихся мелких, розовых выбухающих и темно-красных западающих очагов. С поверхности разреза стекает немного пенистой прозрачной розоватой жидкости и жидкая темная кровь из пересеченных сосудов. Просвет воздухо-проводящих путей свободен, слизистые оболочки их бледно-серые. Бифуркационные лимфоузлы 0,2-0,3 см диаметром, эластичные. В полости перикарда следы прозрачной жидкости. Сердце (размеры указаны в табл. №2) эластичное, с правильно сформированными сосудами и полостями. Под эпикардом множественные рассеянные точечные кровоизлияния. В полостях сердца и крупных сосудах жидкая темная кровь. Баталов проток и овальное окно открыты. Миокард розовато-синюшный, полнокровный, клапанный и пристеночный эндокард тонкий, прозрачный, клапаны сформированы правильно. Аорта эластична, интима ее бледно-желтая, гладкая.

***Брюшная полость***. Размеры и вес органов указаны в табл. №2. В брюшной полости 50 мл прозрачной, соломенного цвета жидкости. Студневидный отек жировой клетчатки. Органы расположены правильно, повороты кишечника завершены. Желудок после перевязки в кардиальном и пилорическом отделах отсечен, водяная проба положительна. В желудке следы темно-зеленых густых масс, в кишечнике – меконий. Слизистые оболочки желудочно-кишечного тракта бледно-серые. Печень коричневого цвета, эластичная, с гладкой поверхность, полнокровная. Внепеченочные желчевыводящие пути свободно проходимы. Селезенка плотно-эластичная, темно-красная с поверхности и на разрезах, без соскоба, белая пульпа не определяется. Поджелудочная железа в виде тяжа, обычного вида. Надпочечники листовидной формы, с ясно различимыми слоями. Почки равновелики, бобовидной формы, сохраняют эмбриональную дольчатость, на разрезах полнокровны. С четкой границей слоев. Мочеточники проходимы, мочевой пузырь пустой. Гистологическое исследование. Легкие – просвет альвеол в ряде полей зрения щелевидный, в большинстве полей зрения альвеолы расправлены, вплоть до участков эмфиземы с разрывом меж альвеолярных перегородок. В просвете части альвеол роговые чешуйки в небольшом количестве. Межальвеолярные перегородки с межуточным отеком. Бронхи и бронхиолы с пустым просветом часть из них с гофрированной выстилкой. В единичных бронхиолах – эритроциты. Большинство бронхиальных артерий с расправленным просветом, диаметр которого в 2 и более раза преобладает над толщиной стенки. Стаз крови в сосудах, перивазальные кровоизлияния, выраженное полнокровие капилляров с пролабированием последних в просвет альвеол. Заключение: первичные и вторичные ателектазы, очаги альвеолярной эмфиземы.

Головной мозг – выражен периваскулярный и перицеллюлярный отек, гистоархитектоника коры не нарушена. В сосудах стаз крови.

Мягкие ткани головы – околоушные слюнные железы и окружающие их мягкие ткани обычного строения с выраженным межуточным отеком и стазом крови в сосудах с резчайшим полнокровием вен и венул с эктазией их просвета.

Почки – строение обычное, выраженное полнокровие вен и капилляров клубочков с перивенулярными кровоизлияниями. Единичные эмбриональные клубочки в субкапсулярной зоне.

Тимус – строение обычное, стаз крови в сосудах.

Спинной мозг - периваскулярный и перицеллюлярный отек, стаз крови в сосудах.

Миокард – кардиомиоциты обычного вида, умеренный межуточный отек, стаз крови в сосудах.

Задание:

1. Какие дополнительные исследования необходимо провести?
2. Составить судебно-медицинский диагноз?
3. Установить причину смерти?
4. Является ли ребенок зрелым, доношенным, срок гестации?
5. Какова длительность внеутробной жизни?

Ответы

1. Для судебно-гистологического исследования для определения патоморфологических изменений изъяты кусочки внутренних органов трупа и кусочки плаценты. Для вирусологического исследования изъяты фрагмент трахеи и кусочек легкого. Для цитологического исследования на наличие вирусных включений на секции сделаны мазки – отпечатки с трахеи и легких.
2. **СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКИЙ ДИАГНОЗ.** Механическая асфиксия от закрытия дыхательных путей: очаговая эмфизема и дистелектазы в легких, точечные кровоизлияния в соединительные оболочки глаз, под висцеральную плевру и эпикард, мод мягкие мозговые оболочки. ***Осложнения***: отек легких и головного мозга, венозное полнокровие внутренних органов.
3. Смерть ребенка произошла непосредственно после рождения в результате механической асфиксии от закрытия дыхательных путей, установить предмет (предметы), которыми были закрыты дыхательные пути, не представляется возможным из-за отсутствия повреждений в мягких тканях лица и шеи ребенка. Наличие прижизненных мелкопятнистых единичных кровоизлияний в подкожно-жировой клетчатке около крыльев носа возможно связано со сдавлением мягких тканей (в том числе и при заворачивании ребенка в тряпку). Роды произошли при типичном теменно-затылочном предлежании головы ребенка.
4. Согласно антропометрическим и морфологическим данным ребенок является доношенным, со сроком внутриутробной жизни 36-40 недель, жизнеспособным, зрелым.
5. Согласно наличию положительной воздушной пробы легких и желудочно-кишечного тракта, гистологической картины «дышавших» легких, ребенок является живорожденным с длительностью вне утробной жизни – не менее нескольких минут.Каких либо заболеваний, могущих вызвать асфиксию, у ребенка не обнаружено.

**Задача № 4** УК-1  ПК-1  ПК-2  ПК-3  ПК-5  ПК-7  ПК-8  ПК-9  ПК-10

**ОБСТОЯТЕЛЬСТВА ДЕЛА:** В постановлении о назначении судебно-медицинской экспертизы от 24 мая 2000 года указано, что «21 мая 2000г. в беседке д/с № 40 «Калинка», расположенной напротив д. 253 по ул. Саянской обнаружен труп новорожденного мальчика. 21 мая 2000 года было вынесено постановление о назначении СМЭ трупа, однако уголовное дело возбуждено 24 мая 2000 года».

**НАРУЖНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ:**

В целлофановом пакете доставлен, завернутый в белую тряпку, труп новорожденного мальчика. Труп мальчика нормостенического телосложения. Кожа в сыровидной смазке с пушковыми волосами на плечах, опачкана подсохшей кровью. Пупочное кольцо на равном расстоянии от симфиза и лобка, плацента не отделена от туловища, длина пуповины 54 см, плацента 20х20 см, толщиной 3 см, весом 420 гр., дряблая, зеленовато-красная с признаками гниения. Голова правильной формы, кости черепа с патологической подвижностью. Склеры глаз тусклые, зрачки равновелики по 0,3 см диаметром, в соединительных оболочках глаз кровоизлияния точечного характера не найдены, справа сплошные кровоизлияния в склеры и соединительные оболочки наружного угла глаза. Грудная клетка цилиндрическая, упругая, живот выше уровня грудной клетки. Наружные половые органы развиты по мужскому типу, яички в мошонке. Размеры и другие анатомические данные смотри таблицу № 1.

**Повреждения:** на спинке носа с переходом на правое крыло, ориентированная справа налево и сверху вниз ссадина 2х0,5 см, покрытая сухой желтовато-красной коркой на одном уровне с кожей. Справа в лобной области с переходом на верхнее веко неправильно округлый синюшный кровоподтек диаметром 5 см с размытыми контурами.

При послойных разрезах полной отсепаровкой кожи головы по методу Медведева, в кожно-мышечном лоскуте головы в основании правого крыла носа темно-красное кровоизлияние диаметром 1 см. Студневидный отек и точечные кровоизлияния в проекции правой половины венечного шва на участке 4х3 см. Других повреждений не обнаружено.

**АНТРОПОМЕТРИЧЕСКИЕ ДАННЫЕ:**

**Таблица № 1.**

|  |  |
| --- | --- |
| Масса тела | 2500 |
| Длина тела | 47 см |
| Прямой размер головы | 11,5 см |
| Малый поперечный размер головы | 8,5 см |
| Большой поперечный размер голов. | 9 см |
| Большой косой размер головы | 13,5 см |
| Малый косой размер головы. | 7 см |
| Окружность головы | 33 см |
| Окружность груди | 33 см |
| Окружность плеча | 9 см |
| Окружность бедра | 13 см |
| Диаметр ядра Беклара | 0,3 см |
| Диаметр ядра плечевой кости | Отсутствует |
| Размеры большого родничка | 3х2,5 см |
| Размеры малого родничка | Отсутствует |

**ВНУТРЕННЕЕ ИССЛЕДОВАНИЕ:**

**Масса органов в граммах. Таблица № 2.**

|  |  |
| --- | --- |
| Мозг | 359 |
| Легкое | 49 |
| Сердце | 19 |
| Печень | 127 |
| Селезен. | 9 |
| Почки | 23 |
| Надпочечники | 8 |
| Тимус | 9 |

**Полость черепа**: кожно-мышечный лоскут головы гладкий, влажный, блестящий, повреждения описаны выше. Справа ориентированная горизонтально в проекции венечного шва неправильно прямоугольное кровоизлияние под надкостницу с отслоением ее от кости 4х2,5см. В центре теменных костей между задним краем большого родничка и вершиной лямбдовидного шва неправильно прямоугольное, ориентированное вертикально, со сглаженными контурами темно-красное кровоизлияние под надкостницу 5х6 см с отслоением надкостницы от кости. В этой же зоне патологическая подвижность теменных костей. При ревизии которых кпереди от лямбдовидного шва на 2 см поперечный перелом, начинающийся в центре левого теменного бугра, идущий слева направо и заканчивающийся у основания пирамиды правой височной кости, длина перелома 7 см. Сколов компактной пластинки не обнаружено. Смещение костей черепа относительно друг друга и область периостального застоя не обнаружены. Субдурально - по всем отделам мозга больше справа и в задней черепной ямке темная жидкая кровь. При ревизии твердой мозговой оболочки в серпе и в левом парусе мозжечкового намета надрывов и кровоизлияний в толще не обнаружено. Справа надрыв и разволокнение мозжечкового намета ближе к наружному краю с распространением надрывов на сток пазух. В толще мягких мозговых оболочек по верхне-наружной поверхности правой теменной доли в области прецентральной извилины округлое кровоизлияние длиной 2 см. Слева по верхней поверхности теменной доли в зоне постцентральной извилины аналогичное темно-красное кровоизлияние диаметром 3 см. Других повреждений нет. Вещество мозга крайне дряблое, синюшное, студневидное, расползается под пальцами. Аналогичное темно-красное кровоизлияние по задне-нижней поверхности обоих полушарий мозжечка, распространяясь на базальную поверхность мозга сплошного характера. Желудочки мозга симметричнысо следами прозрачной жидкости, сосудистые сплетения полнокровны.

**Позвоночный столб и спинной мозг**: При вскрытии шейного и грудного отделов сплошные эпи- и субдуральные кровоизлияния на всем протяжении кольцевидного характера, спинной мозг дряблый. При послойных разрезах с ревизией мягких тканей и связочного аппарата позвоночного столба каких либо повреждений не обнаружено. Позвоночные артерии целы на всем протяжении.

**Органы головы и шеи**: Язык грязно-серый, влажный. Небные миндалины по 0,3 см диаметром, округлые, грязно-серые. Просвет носоглотки, гортани и трахеи свободен. Хоаны свободно проходимы. Подъязычная кость и хрящи гортани целы. Множественные кровоизлияния в мягкие ткани вокруг гортани и щитовидного хряща. Слюнные железы обычных размеров дольчатого строения, гнилостно изменены. Слизистые оболочки гортани и трахеи грязно-серые. Щитовидная железа с симметричными долями, обычных размеров, с гнилостными изменениями. Просвет пищевода свободен, слизистая его продольно-складчатая, грязно-серая.

**Грудная полость**. Легкие выполняют плевральные полости полностью, ярко-розовые, при проведении воздушной пробы – легкие плавают в воде. В плевральных полостях свободного газа и жидкости не обнаружено. Множественные рассеянные субплевральные точечные кровоизлияния. Легкие тестоватые. На разрезах легкие ярко-розовые, при надавливании с поверхности разрезов выделяется немного вспененной прозрачной жидкости и немного темной жидкой крови из пересеченных сосудов. Просвет воздухо-проводящих путей свободен вплоть до уровня мелких бронхов, слизистые оболочки их бледно-серые. Вилочковая железа дряблая, дольчатого строения бледно-розовая. В полости перикарда следы прозрачной жидкости. Под эпикардом множественные точечные кровоизлияния. Баталов проток и овальное окно открыты. В полостях сердца следы жидкой крови. Эпикард гладкий. Клапанный и пристеночный эндокард тонкий, прозрачный. Клапаны сформированы правильно. Аорта эластична, интима ее гладкая.

**Брюшная полость.** Органы расположены анатомически правильно, петли кишечника умеренно раздуты газами. Поворот кишечника завершен. В желудке следы зеленоватой густой жидкости, в тонком и толстом кишечнике темно-зеленый меконий. Поджелудочная железа обычных размеров, дольчатого строения, розовая. Печень темно-вишневая, эластичная, полнокровна. Внепеченочные желчевыводящие пути свободно проходимы. Селезенка дрябло-эластичная, с морщинистой капсулой, темно-красная. Надпочечники листовидной формы с ясно различимыми слоями. Почки равновелики, бобовидной формы, сохраняют эмбриональную дольчатость, полнокровны. Мочевой пузырь пустой. Данные гистологического исследования, 13 стекол, 39 срезов. Судмедэксперт:

* Легкие: расправлены просвет альвеол пустой межальвеолярные перегородки с резко полнокровными капиллярами в ряде альвеол скопление бурого пигмента. В большинстве полей зрения просвет респираторных артериол со стазом крови преобладает над толщиной стенки.
* Головной мозг: в мягких мозговых оболочках диффузной кровоизлияние с признаками начинающихся гемолиза эритроцитов, распространяющиеся на молекулярный слой коры головного мозга. В головном мозге гистоархитектоника коры не нарушена выражен межуточный отек.
* Спинной мозг: массивное субдуральное кровоизлияние твердая мозговая оболочка и вещество мозга с межуточным отеком без повреждений.
* Пупочное кольцо и пуповина: спазм сосудов, межуточный отек.
* Твердая мозговая оболочка: разволокнение межуточное кровоизлияние вокруг просвет синуса в котором стаз крови.
* Селезенка: строение смазано из-за аутолиза.
* Миокард: строение обычное, в сосудах стаз крови.

Гистологическое заключение: черепно-мозговая травма с ушибом головного мозга в виде субарахноидальных и внутрикорковых кровоизлияний, межуточный отек спинного и головного мозга, субдуральное кровоизлияние в спинной мозг, дышавшие расправленные легкие, спазм сосудов пуповины.

Задание:

1. Какие дополнительные исследования необходимо провести?
2. Составить судебно-медицинский диагноз?
3. Установить причину смерти, давность смерти?
4. Является ли ребенок зрелым, доношенным, срок гестации, какова длительность внеутробной жизни?
5. Наличие телесных повреждении й и механизм их образования

Ответы

1. Для судебно-гистологического исследования для определения патоморфологических изменений изъяты кусочки внутренних органов трупа и кусочки плаценты. Для вирусологического исследования изъяты фрагмент трахеи и кусочек легкого. Для цитологического исследования на наличие вирусных включений на секции сделаны мазки – отпечатки с трахеи и легких. С
2. С**УДЕБНО-МЕДИЦИНСКИЙ ДИАГНОЗ.** Закрытая черепно-мозговая травма: линейный перелом обеих теменных костей с поднадкостничным кровоизлиянием в зоне перелома, поднадкостничное кровоизлияние в правой лобной и теменной костях, надрывы мозжечкового намета с повреждением стока пазух, массивное субдуральное кровоизлияние со сдавлением головного и спинного мозга, субарахноидальные и внутримозговые кровоизлияния в теменных долях головного мозга. Кровоподтек в лобной области. Осложнения: отек и набухание головного мозга с дислокацией, отек легких, венозное полнокровие внутренних органов. Сопутствующие: ссадина на спинке и правом крыле носа.
3. Смерть наступила в результате закрытой черепно-мозговой травмы с ушибом головного мозга, переломом костей перелома и повреждением синусов твердой мозговой оболочки. Каких либо родовых повреждений не обнаружено. Согласно динамике трупных явлений – давность смерти не менее 12 часов на момент вскрытия трупа в морге.
4. При проведении экспертизы обнаружены телесные повреждения в виде: а)линейный перелом обеих теменных костей с поднадкостничным кровоизлиянием в зоне перелома, поднадкостничное кровоизлияние в правой лобной и теменной костях, надрывы мозжечкового намета с повреждением стока пазух, массивное субдуральное кровоизлияние со сдавлением головного и спинного мозга, субарахноидальные и внутримозговые кровоизлияния в теменных долях головного мозга. Кровоподтек в лобной области справа; б) ссадина на спинке и правом крыле носа. Все повреждения причинены в короткий промежуток времени, являются прижизненными, возникли от не менее чем 3-х травматических ударных воздействий на голову твердым тупым предметом (предметами) без четких идентифицирующих признаков. Повреждения, указанные под пунктом «а» имеют прямую причинную связь со смертью. Повреждения, указанные под пунктом «б» в причинной связи со смертью не состоят.
5. Согласно антропометрическим данным ребенок является доношенным, зрелым, жизнеспособным со сроком внутриутробной жизни 34-36 недель. Наличие дышавших легких, спазма сосудов пуповины говорит о том, что ребенок является живорожденным со сроком вне утробной жизни не менее нескольких минут.

Задача № 5 УК-1  ПК-1  ПК-2  ПК-3  ПК-5  ПК-7  ПК-8  ПК-9  ПК-10

**ОБСТОЯТЕЛЬСТВА ДЕЛА:** В постановлении указано, что «16.02.2000 г. в комнате № по ул. Тамбовская, 23 – а в г. Красноярске в ведре с водой обнаружен труп новорожденного мальчика.

**НАРУЖНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ:** В целлофановом пакете доставлен труп новорожденного мальчика. Труп мальчика нормостенического телосложения. Кожа в сыровидной смазке с пушковыми волосами на плечах. Пупочное кольцо на равном расстоянии от симфиза и лобка, пупочный остаток влажный, блестящий, длиной 12 см, край ровно обрезан. Склеры глаз тусклые, зрачки равновелики по 0,3 см диаметром, в соединительных оболочках глаз множественные точечные кровоизлияния. Грудная клетка цилиндрическая, упругая, живот выше уровня грудной клетки. Наружные половые органы развиты по мужскому типу, яички в мошонке. Размеры и другие анатомические данные смотри таблицу № 1.

**Повреждения:** повреждений при наружном исследовании не выявлено.

**АНТРОПОМЕТРИЧЕСКИЕ ДАННЫЕ:**

**Таблица № 1.**

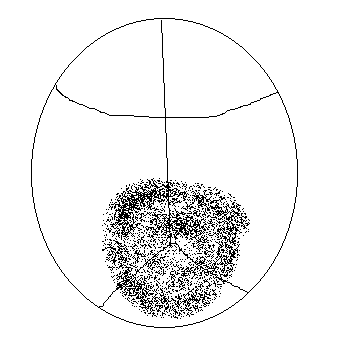
|  |  |
| --- | --- |
| Масса тела | 3450 |
| Длина тела | 51 см |
| Прямой размер головы | 12,5 см |
| Малый поперечный размер головы | 9,5 см |
| Большой поперечный размер голов. | 10 см |
| Большой косой размер головы | 14,5 см |
| Малый косой размер головы. | 8 см |
| Окружность головы | 34 см |
| Окружность груди | 33 см |
| Окружность плеча | 9,5 см |
| Окружность бедра | 14 см |
| Диаметр ядра Беклара | 0,5 см |
| Размеры большого родничка | 2х2 см |
| Размеры малого родничка | Отсутствует |

**ВНУТРЕННЕЕ ИССЛЕДОВАНИЕ:**

**Таблица № 2. (вес органов в граммах)**

|  |  |
| --- | --- |
| Мозг | 403 |
| Легкие | 75 оба |
| Сердце | 21 |
| Печень | 150 |
| Селезенка | 10 |
| Почки | 27 |
| Надпочечники | 10 |
| Тимус | 12 |

**Полость черепа**: кожно-мышечный лоскут головы розового цвета, целый. В теменно-затылочной области с центром в вершине лямбдовидного шва венозный застой темно-вишневого цвета под надкостницей диаметром 9 см с четкими контурами, над ним же студневидный отек апоневроза (см рисунок). Кости свода черепа целы, швы не заращены, смещения костей черепа нет. Большой родничок напряжен, размеры родничков в таб. № 1. Твердая мозговая оболочка плотно связана с костями черепа, в синусах ее темная жидкая кровь. При вскрытии основной пазухи – просвет последней выполнен прозрачной бесцветной жидкостью. Мозжечковый намет и серп целы. Субдуральное пространство свободно. Мягкие мозговые оболочки тонкие, прозрачные, со студневидным отеком и полнокровными сосудами, по ходу которых множественные точечные кровоизлияния в толще оболочек. Борозды мозга сглажены, извилины уплощены. Головной мозг студневидный (вес его в таблице № 2), на разрезах блестящий, полнокровный, тянется за лезвием ножа. Дифференцировка на серое и белое вещество отсутствует. Желудочки мозга симметричны со следами прозрачной жидкости и гладкой, блестящей эпендимой. Сосудистые сплетения полнокровны. Мозжечок с симметричными долями, на разрезах древовидного строения.



**Позвоночный столб и спинной мозг**: При ревизии позвоночного столба повреждений не обнаружено. Спинной мозг студневидной консистенции.

**Органы головы и шеи**: полости рта и носа выполнены прозрачной бесцветной жидкостью, слизистые их синюшные. Хоаны свободно проходимы. Язык синюшный, влажный, не обложен. Небные миндалины по 0,3 см диаметром, синюшные. Околоушные слюнные железы обычных размеров, дольчатого строения. Просвет гортани свободен, хрящи гортани и подъязычная кость целы, каких-либо повреждений в мягких тканях шеи не обнаружено. Щитовидная железа с симметричными долями, красно-синюшная, эластичная, обычных размеров, на разрезе мелкобугристого вида. Кольца трахеи целы, просвет ее свободен, слизистая оболочка гортани и трахеи бледно-серая. Просвет пищевода свободен, слизистая оболочка его бледно-серая.

**ГРУДНАЯ ПОЛОСТЬ.** В плевральных полостях следы прозрачной жидкости. Легкие розовые, выполняют 2/3 полостей (вес в табл.№2). Легкие тонут в воде при проведении всех ступеней пробы, плотноватой консистенции, «тяжелые», с множественными точечными кровоизлияниями под висцеральной плеврой. На разрезах легкие пестрые из-за мозаично чередующихся мелких, красных выбухающих и темно-красных западающих очагов. С поверхности разреза стекает прозрачной розоватая жидкость в большом количестве и жидкая темная кровь из пересеченных сосудов. Просвет воздухо-проводящих путей полностью выполнен прозрачной жидкостью, слизистые оболочки их бледно-серые. Бифуркационные лимфоузлы 0,2-0,3 см диаметром, эластичные. В полости перикарда следы прозрачной жидкости. Сердце (размеры указаны в табл. №2) эластичное, с правильно сформированными сосудами и полостями. Под эпикардом множественные рассеянные точечные кровоизлияния. В полостях сердца и крупных сосудах жидкая темная кровь. Баталов проток и овальное окно открыты. Миокард розовато-синюшный, полнокровный, клапанный и пристеночный эндокард тонкий, прозрачный, клапаны сформированы правильно. Аорта эластична, интима ее бледно-желтая, гладкая.

**БРЮШНАЯ ПОЛОСТЬ**. Размеры и вес органов указаны в табл. №2. Студневидный отек жировой клетчатки. Органы расположены правильно, повороты кишечника завершены. Желудок после перевязки в кардиальном и пилорическом отделах отсечен, водяная проба отрицательна, в полости желудка 50 мл прозрачной бесцветной жидкости. В кишечнике – меконий. Слизистые оболочки желудочно-кишечного тракта бледно-серые. Печень коричневого цвета, эластичная, с гладкой поверхностью, полнокровная. Внепеченочные желчевыводящие пути свободно проходимы. Селезенка плотно-эластичная, темно-красная с поверхности и на разрезах, без соскоба, белая пульпа не определяется. Поджелудочная железа в виде тяжа, обычного вида. Надпочечники листовидной формы, с ясно различимыми слоями. Почки равновелики, бобовидной формы, сохраняют эмбриональную дольчатость, на разрезах полнокровны. С четкой границей слоев. Мочеточники проходимы, мочевой пузырь пустой. Яички опущены в мошонку.

Плацента с телом не доставлена.

ДАННЫЕ ДОПОЛНИТЕЛЬНЫХ МЕТОДОВ ИССЛЕДОВАНИЯ.

1. Гистологическое исследование, 12 стекол, 36 срезов.

* Плевра разволокнена за счет межуточного отека, множественные мелкодиффузные интерстициальные кровоизлияния. Легкие практически во всех полях зрения альвеолы расправлены вплоть до очагов эмфиземы с разрывом межальвеолярных перегородок, просвет большинства альвеол свободен, в части альвеол – мелкоглыбчатые эозинофильные массы, роговые чешуйки, кусочки мекония, эритроциты. Межальвеолярные перегородки несколько разволокнены за счет умеренного межуточного отека, капилляры перегородок с выраженным полнокровием, пролабируют в просвет альвеол, вследствии чего последние имеют гофрированный вид. Большинство респираторных бронхиол и мелких бронхов с суженным просветом и звездчатой формы эпителием, в просвете их небольшое количество эозинофильной жидкости, единичные эритроциты, роговые чешуйки. Часть бронхиол округлой формы, со свободным просветом. Респираторные артериолы 1 – 3 порядка в большинстве полей зрения с полнокровным (со стазом крови) просветом, диаметр просвета в 2 и более раз преобладает над толщиной стенки. В ряде полей зрения толщина стенки преобладает над диаметром просвета и в этих же полях зрения просвет альвеол щелевидный. Стаз крови в венах, перивенозные кровоизлияния.
* Пуповина. Просвет артерии и вены с небольшим количеством свободно лежащих эритроцитов, резко сужен, гофрированного вида, с преобладанием в разным полях зрения толщины стенки над диаметром просвета в артериях, в соотношении 1:1 до 3:1. Выраженный межуточный отек во всех отделах пуповины.
* Миокард. Умеренный межуточный отек, стаз крови в сосудах, фрагментация кардиомиоцитов, диапедезные кровоизлияния.
* Головной мозг. Мягкие мозговые оболочки с межуточным отеком, стазом крови в сосудах, диапедезными кровоизлияниями. Гистоархитектоника коры не нарушена, выражен периваскулярный и перициркулярный отек, стаз крови в сосудах.

**Заключение**: очаговые первичные ателектазы легких, легкие самостоятельно дышавшего ребенка, с работающим малым кругом кровообращения, умеренная аспирация околоплодного содержимого; признаки асфиксии – кровоизлияния в паренхиму легких субплеврально и в толщу плевры, стаз крови в сосудах, диапедезные кровоизлияния в толщу мягких мозговых оболочек и в миокарде, спазм сосудов пуповины.

2. При медико-криминалистическом исследовании (от 29.02 – 1.03. 2000 г), в минерализатах легкого и почки створок диатомового планктона не обнаружено.

Задание:

* 1. Какие дополнительные исследования необходимо провести?
  2. Составить судебно-медицинский диагноз?
  3. Установить причину смерти?
  4. Имеются ли повреждения и их механизм?
  5. Является ли ребенок зрелым, доношенным, срок гестации, какова длительность внеутробной жизни?

Ответы

1. Для судебно-гистологического исследования для определения патоморфологических изменений изъяты кусочки внутренних органов трупа и кусочки плаценты. Для вирусологического исследования изъяты фрагмент трахеи и кусочек легкого. Для цитологического исследования на наличие вирусных включений на секции сделаны мазки – отпечатки с трахеи и легких.
2. **СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКИЙ ДИАГНОЗ.** Механическая асфиксия от закрытия просвета дыхательных путей водой при утоплении: наличие свободной жидкости в пазухе основной кости, в желудке, в верхних дыхательных путях и в легких; точечные кровоизлияния под висцеральную плевру, эпикард, в мягкие мозговые оболочки, в соединительные оболочки глаз, диапедезные кровоизлияния в миокарде, мелкоочаговые кровоизлияния в паренхиму легких, очаговая альвеолярная эмфизема, венозное полнокровие внутренних органов, отек легких и головного мозга.
3. Смерть новорожденного мальчика наступила в результате механической асфиксии при закрытии просвета дыхательных путей водой вследствии утопления. Вывод подтверждается обнаружением свободной жидкости в полости основной пазухи, в желудке, в просвете верхних дыхательных путей и в легких, а также картиной асфиксии, обнаруженной на вскрытии.
4. Обнаружение при вскрытии трупа младенца области периостального застоя в теменно-затылочной области головы говорит о том, что ребенок родился в головном предлежании (то есть, головой вперед), каких-либо травматических родовых повреждений при экспертизе трупа ребенка не обнаружено.
5. Согласно антропометрическим данным, ребенок является доношенным, зрелым, жизнеспособным, со сроком внутриутробной жизни 36 – 40 недель. Учитывая расправленные легкие с преобладанием в перибронхиальных артериолах диаметром просвета над толщиной стенки, наличие очагов разрыва межальвеолярных перегородок в сочетании с резчайшим полнокровием капиллярной сети, наличие признаков спазма пуповины, можно говорить, что ребенок является живорожденным.

**6. Перечень практических умений по изучаемой теме**

- установить причину смерти;

- провести судебно-медицинское исследование трупа при различных видах насильственной смерти;

- определить степень тяжести телесных повреждений;

- установить причинно-следственную связь между повреждением и неблагоприятным исходом;

- организовать судебно-медицинскую экспертизу вещественных доказательств (изъять, упаковать и направить объекты судебно-медицинской экспертизы на лабораторные исследования);

**7. Рекомендации по выполнению НИР**

Примерная тематика по НИР по теме - не предусмотрена**.**

**8. Рекомендованная литература по теме занятия** (обязательная, дополнительная, электронные ресурсы, включая законодательные и **нормативно-правовые документы)**

**Занятие № 44**

**1. Индекс** ОД.О.01.1.3.57 **Тема: «Судебно-медицинская диагностика причин смерти новорожденных детей»**.

**2. Форма организации занятия:** подготовка к практическому занятию.

**3. Перечень вопросов для самоподготовки по теме практического занятия**

1. ВОПРОС УК-1  ПК-1  ПК-2  ПК-3  ПК-5  ПК-7  ПК-8  ПК-9  ПК-10

 Как устанавливается живым или мертвым родился ребенок?

ОТВЕТ: В основном этот вопрос решается на основании выявления воздуха в легких, желудке и кишечнике. С этой целью проводится рентгенография трупа младенца до вскрытия, а также изолированных легких и желудочно-кишечного тракта. Широко распространена в экспертной практике легочная плавательная проба, когда не только комплекс органов, но и дольки легких всплывают при погружении в воду. Плавательная желудочно-кишеч-ная проба является тоже показателем живорожден-ности, когда ребенок заглотнул воздух.

Эти пробы считаются недостоверными при наличии гнилостных процессов. В легкие воздух может попасть при искусственном дыхании, а отсутствовать в дышавших легких может при вторичном ателектазе (спадении легких и потери воздуха). Кроме того, учитывают, что дышавшие легкие заполняют плевральные полости, имеют розовато-красный цвет и мраморный вид, а при микроскопическом исследовании расправленные альвеолы с тонкими стенками с гиалиновыми мембранами. При решении этого вопроса используют также гистологическое и спектральное исследование родовой опухоли и пуповины.

2. ВОПРОС УК-1  ПК-1  ПК-2  ПК-3  ПК-5  ПК-7  ПК-8  ПК-9  ПК-10

Как определить продолжительность внутриутробной и внеутробнои жизни младенца?

ОТВЕТ: Продолжительность внутриутробной жизни плода при длине его тела более 25 см определяется путем деления длины его тела на 5; а при меньшей длине тела путем извлечения квадратного корня из этого показателя.

Продолжительность жизни после рождения устанавливается на основании ряда признаков. Появление демаркационной линии воспаления на пуповине, которая слабо выражена через 6—12 часов, хорошо заметна к 24 часам, подсыхает на 2—3 сутки, а отпадает на 5—7 день. Проведение желудочно-кишечной пробы: желудок перевязывают у выхода, кишечник в нескольких местах. Степень продвижения воздуха показывает примерное время жизни: если только в желудке — значит жил всего несколько минут, в тонкой и толстой кишке — несколько часов. Полное удаление мекония из кишки происходит к концу 2—3 суток.

3. ВОПРОС УК-1  ПК-1  ПК-2  ПК-3  ПК-5  ПК-7  ПК-8  ПК-9  ПК-10

  Какие основные вопросы следует ставить при назначении судебно-медицинской экспертизы по поводу исследования трупа новорожденного?

ОТВЕТ: 1. Является ли труп доставленного младенца новорожденным?

2. Был ли он доношенным и зрелым?

3. Являлся ли ребенок жизнеспособным?

4. Родился ли младенец живым?

5. Какова продолжительность его внутриутробной жизни?

6. Сколько времени жил ребенок после рождения?

7. Был ли за ним уход?

8. Имеются ли на трупе повреждения или следы внешнего воздействия? Носят ли они прижизненный характер и чем нанесены?

9. Что является причиной смерти новорожденного?

**4. Самоконтроль по тестовым заданиям данной темы**

1. ПРИЧИНОЙ НЕНАСИЛЬСТВЕННОЙ СМЕРТИ НОВОРОЖДЕННОГО МОЖЕТ БЫТЬ

ПК-5

1) оставление без тепла

2) пороки развития

3) закрытие отверстия рта и носа руками

4) сдавление шеи руками

5) тугое пеленание

Правильный ответ: 2

1. СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКОМУ ИССЛЕДОВАНИЮ НЕ ПОДЛЕЖАТ ТРУПЫ НОВОРОЖДЕННЫХ В СЛУЧАЯХ

ПК-5

1) если труп неизвестной матери обнаружен в неподходящем месте

2) домашних родах

3) при смерти в родах в лечебных учреждениях

4) если есть жалобы на неправильное ведение родов

5) если мать известна, но она не стояла на учете рожала без присутствия медицинского персонала

Правильный ответ: 3

1. «ДЕТОУБИЙСТВО» МОЖЕТ БЫТЬ

ПК-5

1) осознаным

2) активным

3) заказным

4) спонтанным

5) неосознанным

Правильный ответ: 2

1. ПАССИВНОЕ ЛИШЕНИЕ ЖИЗНИ НОВОРОЖДЕННОГО ЗАКЛЮЧАЕТСЯ В

ПК-5

1) закрытии дыхательных путей инородным телом

2) оставлении новорожденного без пищи

3) удушении руками

4) тугом пеленании

5) закрытии отверстий рта и носа руками

Правильный ответ: 2

1. СПОСОБОМ АКТИВНОГО ЛИШЕНИЯ ЖИЗНИ НОВОРОЖДЕННОГО ЯВЛЯЕТСЯ

ПК-5

1) оставление без еды

2) закрытие отверстий рта и носа руками

3) оставление без тепла

4) истинный узел пуповины

5) отслойка плаценты

Правильный ответ: 2

1. ПРИЧИНОЙ СМЕРТИ НОВОРОЖДЕННОГО В СЛУЧАЯХ АКТИВНОГО ЛИШЕНИЯ ИХ ЖИЗНИ ЯВЛЯЕТСЯ

ПК-5

1) аспирация околоплодными водами

2) оставления без тепла

3) тупая черепно-мозговая травма

4) недоношенность

5) врожденный токсоплазмоз

Правильный ответ: 3

1. СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКИЙ ЭКСПЕРТ ПРИ ИССЛЕДОВАНИИ ТРУПОВ НОВОРОЖДЕННЫХ ДОЛЖЕН РАЗРЕШИТЬ ВОПРОСЫ

ПК-5

1) кто его мать

2) родился живым или мертвым

3) где родился

4) где его обнаружили

5) кто его обнаружил

Правильный ответ: 2

1. ВНУТРИУТРОБНЫЙ ВОЗРАСТ МЛАДЕНЦА, ЕСЛИ ДЛИНА ТЕЛА 35 СМ И МАССА 500 Г

ПК-5

1) 5 лунных месяцев

2) 6 лунных месяцев

3) 7 лунных месяцев

4) 8 лунных месяцев

5) 9 лунных месяцев

Правильный ответ: 3

1. ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ВНУТРИУТРОБНОЙ ЖИЗНИ МЛАДЕНЦА, ЕСЛИ ДЛИНА ТЕЛА 45 СМ И МАССА 2200 Г

ПК-5

1) 6 лунных месяцев

2) 8 лунных месяцев

3) 9 лунных месяцев

4)10 лунных месяцев

5) 11 лунных месяцев

Правильный ответ: 3

1. ЛЕГОЧНУЮ И ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНУЮ ПРОБЫ ПРОВОДЯТ ДЛЯ УСТАНОВЛЕНИЯ

ПК-5

1) мертворожденности

2) жизнеспособности плода

3) сроков внутриутробной жизни

4) продолжительности внеутробной жизни и живорожденности

5) доношенности плода

Правильный ответ: 4

**Задача 1** УК-1  ПК-1  ПК-2  ПК-3  ПК-5  ПК-7  ПК-8  ПК-9  ПК-10

ОБСТОЯТЕЛЬСТВА ДЕЛА: в постановлении о назначении судебно-медицинской экспертизы указано, что «28.08.2000г. в мусорном баке около дома № 18 пер. Медицинский в г. Красноярске обнаружен труп новорожденной девочки.

НАРУЖНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ:

В целлофановом пакете доставлен труп новорожденной девочки. Труп девочки нормостенического телосложения. Кожа в сыровидной смазке с пушковыми волосами на плечах, опачкана подсохшей кровью. Пупочное кольцо на равном расстоянии от симфиза и лобка, пупочный остаток влажный, блестящий, длиной 2 см, край ровно обрезан. Голова правильной формы, кости черепа с патологической подвижностью. Склеры глаз тусклые, зрачки равновелики по 0,3 см диаметром, в соединительных оболочках глаз множественные точечные кровоизлияния. Грудная клетка цилиндрическая, живот выше уровня грудной клетки. Наружные половые органы развиты по женскому типу, большие половые губы прикрывают малые. Размеры и другие анатомические данные смотри таблицу № 1.

АНТРОПОМЕТРИЧЕСКИЕ ДАННЫЕ:

Таблица № 1.

|  |  |
| --- | --- |
| Масса тела | 3150 |
| Длина тела | 54см |
| Прямой размер головы | 13 см |
| Малый поперечный размер головы | 10 см |
| Большой поперечный размер голов. | 12 см |
| Большой косой размер головы | 14 см |
| Малый косой размер головы. | 9 см |
| Окружность головы | 38 см |
| Окружность груди | 38 см |
| Окружность плеча | 9 см |
| Окружность бедра | 15 см |
| Диаметр ядра Беклара | 0,4 см |
| Размеры большого родничка | 3х2,5 см |

ПОВРЕЖДЕНИЯ: багрово-синюшный кровоподтек на левой ягодичной области с размытыми контурами диаметром 5 см. аналогичный кровоподтек по внутренней поверхности в нижней трети правого бедра диаметром 5 см. Патологическая подвижность костей свода черепа.

ПЛАЦЕНТА: диаметр – 24 см, толщина 3,0 см, центральное прикрепление, вес 350 гр., длина пуповины 54 см.

ВНУТРЕННЕЕ ИССЛЕДОВАНИЕ:

ПОЛОСТЬ ЧЕРЕПА: При послойных разрезах с полной отсепаровкой кожи головы по методу Медведева, в кожно-мышечном лоскуте головы в теменной и затылочной областях с центром в области правого затылочного бугра сплошное кровоизлияние в мягкие ткани на участке диаметром 12 см неправильно-округлой формы с толщиной кровоизлияния до 3 см с образованием среди размозженных тканей гематомы из жидкой крови с дряблыми свертками объемом 10 мл. при ревизии костей черепа полный поперечный перелом чешуи затылочной кости, идущий слева направо и несколько сверху вниз, начинающийся у основания пирамиды височной кости слева, дугообразно проходящий выпуклостью вниз через всю чешую затылочной кости, пересекающий справа лямбдовидный шов ближе к основанию и заканчивающийся у центра пирамиды височной кости. От линии перелома верх и вниз отходят множественные дополнительные линии перелома на теменные кости. Множественные переломы, смыкающиеся между собой, обеих теменных костей, распространяющиеся на лобную. В зоне поперечного перелома полный разрыв твердой мозговой оболочки с размозжением обеих затылочных долей головного мозга. Под мягкими мозговыми оболочками по всем отделам множественные темно-красные кровоизлияния, с наибольшей интенсивностью образуя сплошные поверхности в обеих лобных и затылочных долях, где кровоизлияния распространяются на вещество мозга до уровня боковых желудочков. Практически полный перерыв со сплошными кровоизлияниями продолговатого мозга на уровне ромбовидной ямки. Головной мозг крайне дряблый. Субдуральное пространство выполнено жидкой кровью. При вскрытии спинного мозга в шейном и грудном отделах множественные кровоизлияния во все связки и сплошные кровоизлияния эпи- и субдурально. Сплошное кровоизлияние с разрушением вещества мозга в зоне шейного утолщения.

ОРГАНЫ ГОЛОВЫ И ШЕИ: Язык грязно-серый, влажный. Небные миндалины по 0,3 см диаметром, округлые, грязно-серые. Просвет носоглотки, гортани и трахеи свободен. Хоаны свободно проходимы. Подъязычная кость и хрящи гортани целы. Множественные кровоизлияния в мягкие ткани вокруг гортани и щитовидного хряща. Слюнные железы обычных размеров дольчатого строения, гнилостно изменены. Слизистые оболочки гортани и трахеи грязно-серые. Щитовидная железа с симметричными долями, обычных размеров. Просвет пищевода свободен, слизистая его продольно-складчатая, грязно-серая.

ГРУДНАЯ ПОЛОСТЬ. При ревизии грудной полости в плевральных полостях следы жидкой крови. Двусторонние, симметричные, полные, поперечные переломы 2-12 ребер по околопозвоночной линии. Сплошные кровоизлияния в мягкие ткани в зоне переломов. Сплошные кровоизлияния в задние отделы обоих легких. Легкие розовые, воздушные. Легкие выполняют плевральные полости полностью, ярко-розовые, при проведении воздушной пробы – легкие плавают в воде. В плевральных полостях свободного газа и жидкости не обнаружено. Множественные рассеянные субплевральные точечные кровоизлияния. Легкие тестоватые, на разрезах легкие ярко-розовые, при надавливании с поверхности разрезов выделяется немного вспененной прозрачной жидкости и немного темной жидкой крови из пересеченных сосудов. Просвет воздухо-проводящих путей свободен вплоть до уровня мелких бронхов, слизистые оболочки их бледно-серые. Вилочковая железа дряблая, дольчатого строения бледно-розовая. В полости перикарда следы прозрачной жидкости. Под эпикардом множественные точечные кровоизлияния. Сердце с правильно сформированными сосудами и полостями, в которых жидкая темная кровь. Клапанный и пристеночный эндокард тонкий, прозрачный. Клапаны сформированы правильно. Аорта эластична, интима ее гладкая.

БРЮШНАЯ ПОЛОСТЬ. При ревизии брюшной полости: множественные разнонаправленные разрывы печени. В брюшной полости следы жидкой крови. Сплошные кровоизлияния в околопочечную клетчатку с обеих сторон, разрыв левого надпочечника. Органы расположены анатомически правильно, петли кишечника умеренно раздуты газами. Поворот кишечника завершен. В желудке следы зеленоватой густой жидкости, в тонком и толстом кишечнике темно-зеленый меконий. Поджелудочная железа обычных размеров, дольчатого строения, розовая. Печень темно-вишневая, эластичная, полнокровна. Внепеченочные желчевыводящие пути свободно проходимы. Селезенка дрябло-эластичная, с морщинистой капсулой, темно-красная. Надпочечники листовидной формы с ясно различимыми слоями. Почки равновелики, бобовидной формы, сохраняют эмбриональную дольчатость, полнокровны. Мочевой пузырь пустой.

Данные гистологического исследования № 5111.

* Легкие – участки диффузных кровоизлияний с разрывом ткани легкого, участки полностью расправленных легких чередуются с первичными и вторичными ателектазами.
* Пупочное кольцо – диффузное кровоизлияние в кожу пупочного кольца.
* Надпочечники – множественные очаговые и диффузные кровоизлияния во всех слоях.
* Головной мозг и мозжечок – диффузные кровоизлияния в мягкие мозговые оболочки, распространяющиеся на вещество мозга с разрушением его целостности, выражен перицеллюлярный и периваскулярный отек. Гистоархитектоника не нарушена.
* Плацента – строение обычное, умеренное межпластинчатое кровоизлияние.
* Жировая ткань – диффузное свежое кровоизлияние.
* Вилочковая железа – очаговое и диффузное междольковое и внутридольковое кровоизлияния.
* Печень – малокровие синусоидов, стаз крови в венах, рассеянные очаги экстрамедуллярного кроветворения.
* Почки – диффузные кровоизлияния в околопочечную клетчатку, распространяющиеся на капсулу, а в отдельных полях зрения и на паренхиму почки. В сосудах стаз крови.
* Миокард – строение обычное, стаз крови в сосудах.

Гистологическое заключение: расправленные дышавшие легкие, диффузные свежие кровоизлияния в паренхиму легких, под мягкие мозговые оболочки и в вещество головного мозга, в мягкие ткани в обоасти пупочного кольца, в околопочечную клетчатку и в паренхиму почек, в надпочечники, в жировую клетчатку, в вилочковую железу.

Задание:

1. Какие дополнительные исследования необходимо провести?
2. Составить судебно-медицинский диагноз?
3. Установить причину смерти, давность смерти?
4. Является ли ребенок зрелым, доношенным, срок гестации, какова длительность внеутробной жизни?
5. Наличие телесных повреждений и механизм их образования

Ответы

1. Для судебно-гистологического исследования для определения патоморфологических изменений изъяты кусочки внутренних органов трупа и кусочки плаценты. Для вирусологического исследования изъяты фрагмент трахеи и кусочек легкого. Для цитологического исследования на наличие вирусных включений на секции сделаны мазки – отпечатки с трахеи и легких.
2. СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКИЙ ДИАГНОЗ. Сочетанная травма тела: а) множественные переломы теменных костей, дугообразный поперечный перелом чешуи затылочной кости, распространяющийся на ее основание с разрывом твердой мозговой оболочки и повреждением стока пазух, прямого и затылочных синусов; сплошные кровоизлияния в мягкие мозговые оболочки и в вещество мозга с наибольшей интенсивностью в лобных и затылочных долях; субдуральная гематома по всем отделам мозга; массивное кровоизлияние в теменной и затылочной областях в кожно-мышечном лоскуте головы; б) закрытая спинальная травма: кровоизлияние в связки шейного и грудного отдела позвоночного столба, сплошные кровоизлияния в эпи- и субдуральные пространства спинного мозга; кровоизлияния с разрушением вещества мозга в зоне шейного утолщения; в) закрытая тупая травма грудной клетки: полные косопоперечные переломы 2-12 ребер с обеих сторон по околопозвоночным линиям, сплошные кровоизлияния в мягких тканях в зонах переломов; сплошные кровоизлияния в задних отделах обоих легких; г) закрытая тупая травма живота: множественные разрывы печени, сплошные кровоизлияния в околопочечную клетчатку с обеих сторон, разрыв левого надпочечника; внутрибрюшное кровотечение. *Осложнения:* отек легких и головного мозга, неравномерное кровенаполнение внутренних органов. *Сопутствующие:* кровоподтек в левой ягодичной области и на правом бедре.
3. При судебно-медицинской экспертизе трупа обнаружены следующие телесные повреждения в виде: а) множественные переломы теменных костей, дугообразный поперечный перелом чешуи затылочной кости, распространяющийся на ее основание с разрывом твердой мозговой оболочки и повреждением стока пазух, прямого и затылочных синусов; сплошные кровоизлияния в мягкие мозговые оболочки и в вещество мозга с наибольшей интенсивностью в лобных и затылочных долях; субдуральная гематома по всем отделам мозга; массивное кровоизлияние в теменной и затылочной областях в кожно-мышечном лоскуте головы; б) кровоизлияние в связки шейного и грудного отдела позвоночного столба, сплошные кровоизлияния в эпи- и субдуральные пространства спинного мозга; кровоизлияния с разрушением вещества мозга в зоне шейного утолщения; в) полные косопоперечные переломы 2-12 ребер с обеих сторон по околопозвоночным линиям, сплошные кровоизлияния в мягких тканях в зонах переломов; сплошные кровоизлияния в задних отделах обоих легких; г) множественные разрывы печени, сплошные кровоизлияния в околопочечную клетчатку с обеих сторон, разрыв левого надпочечника; внутрибрюшное кровотечение; д) кровоподтек в левой ягодичной области и на правом бедре. Повреждения, указанные под пунктами «а», «б», «в», «г», возникли одномоментно в результате травматического ударного воздействия твердого тупого предмета с плоской преобладающей контактирующей поверхностью, с действием травмирующей силы сзади наперед на задние поверхности туловища и головы, что возможно при падении ребенка со значительной высоты. Повреждения оцениваются в совокупности, относятся к опасным для жизни в момент причинения, обусловили тяжкий вред здоровью и имеют прямую причинную связь со смертью.
4. Смерть наступила в результате сочетанной травмы тела, сопровождавшейся открытой черепно-мозговой травмой, с повреждениями костей черепа и головного мозга, закрытой спинальной травмой с повреждением спинного мозга, закрытой тупой травмой грудной клетки с переломами ребер и ушибом легких, закрытой тупой травмой живота с повреждением внутренних органов. После получения повреждений, смерть наступила практически мгновенно.
5. Согласно динамики трупных явлений на момент первичного осмотра трупа на месте происшествия, давность смерти не менее 4-х часов. Повреждения, указанные под пунктом «д», вероятнее всего предшествовали вышеописанным повреждениям и могут соответствовать проводным точкам при рождении ребенка в ягодичном предлежании, как указано в постановлении. Повреждения не причинили какого-либо вреда здоровью и в какой-либо причинной связи со смертью не состоят, являясь физиологическим проявлением родового акта. Повреждения, отмеченные под пунктами «а», «б», «в» и «г», не могли возникнуть в результате родового акта в ягодичном предлежании. Согласно антропометрическим данным – вес, длина ребенка и размеры последа, можно говорить, что ребенок является доношенным со сроком внутриутробной жизни 39-40 недель, зрелым, жизнеспособным. Учитывая наличие дышавших легких, а также наличие кровоизлияний в зонах травм, что говорит о действующем кровообращении, ребенок является живорожденным, со сроком внутриутробной жизни не менее нескольких минут.

**Задача № 2** УК-1  ПК-1  ПК-2  ПК-3  ПК-5  ПК-7  ПК-8  ПК-9  ПК-10

**ОБСТОЯТЕЛЬСТВА ДЕЛА.** В постановлении о назначении судебно-медицинской экспертизы указано, что «27.10.99г. около 9 часов возле дома № 70 по ул. Марковского обнаружен в пакете труп новорожденного ребенка».

**НАРУЖНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ:**

В целлофановом пакете доставлен труп новорожденного мальчика. Труп мальчика нормостенического телосложения. Кожа в сыровидной смазке с пушковыми волосами на плечах, опачкана подсохшей кровью. Пупочное кольцо на равном расстоянии от симфиза и лобка, пупочный остаток влажный, блестящий, длиной 25 см, край ровно обрезан. Голова правильной формы, кости черепа с патологической подвижностью. Склеры глаз тусклые, зрачки равновелики по 0,3 см диаметром, в соединительных оболочках глаз множественные точечные кровоизлияния. Грудная клетка цилиндрическая, упругая, живот выше уровня грудной клетки. Наружные половые органы развиты по мужскому типу, яички в мошонке. Правая нижняя конечность отсутствует, вместо нее кожное опухолевидное образование на ножке диаметром 1 см. Антимонголоидный разрез глаз, седловидная спинка носа, поперечная «обезьянья» борозда ладоней и левой стопы, искривление кнутри обоих мизинцев (синдактилия). Размеры и другие анатомические данные смотри таблицу № 1.

**Повреждения:** повреждений при наружном исследовании не выявлено.

При послойных разрезах полной с отсепаровкой кожи головы по методу Медведева, в кожно-мышечном лоскуте головы в теменной области в центре на уровне большого родничка неправильно-прямоугольное горизонтально ориентированное темно-красное кровоизлияние 4х3 см с четкими контурами; сплошные кровоизлияния под апоневроз в теменной области темно-красного цвета на участке диаметром 9 см. Сплошные кровоизлияния справа в лобной области, распространяющиеся на область глазницы и мягкие ткани правого глаза и на центр лобной области на неправильно округлом участке 3,5х3 см. Справа в теменно-затылочной области с центром по заднему краю теменного бугра – точечные кровоизлияния на участке диаметром 7 см (ОПЗ). Множественные округлые кровоизлияния в мягких тканях диаметром от 0,5 до 1 см по передней и боковым поверхностям нижней челюсти. Сплошные кровоизлияния темно-красного цвета в мышцах по передней поверхности шеи в проекции щитовидного хряща, по боковой поверхности шеи справа на участке 7х3 см от атланто-затылочного сочленения и до надключичной области, аналогичное кровоизлияние слева в области атланто-затылочного сочленения по боковой с переходом на переднюю поверхность шеи. Сплошные кровоизлияния в мышцы шеи по ходу поперечных отростков с обеих сторон, распространяющиеся на межреберные мышцы с 1 шейного по 2 грудной позвонки.

**АНТРОПОМЕТРИЧЕСКИЕ ДАННЫЕ:**

**Таблица № 1.**

|  |  |
| --- | --- |
| Масса тела | 2750 |
| Длина тела | 51 см |
| Прямой размер головы | 12 см |
| Малый поперечный размер головы | 8 см |
| Большой поперечный размер голов. | 10 см |
| Большой косой размер головы | 15 см |
| Малый косой размер головы. | 10 см |
| Окружность головы | 34 см |
| Окружность груди | 33 см |
| Окружность плеча | 8 см |
| Окружность бедра | 12 см |
| Диаметр ядра Беклара | Отсутствует |
| Диаметр ядра плечевой кости | Отсутствует |
| Размеры большого родничка | 5х3,5 см |
| Размеры малого родничка | Отсутствует |

**ВНУТРЕННЕЕ ИССЛЕДОВАНИЕ:**

**Таблица № 2.**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Размеры** и **ВЕС** ОРГАНОВ | **РАЗМЕРЫ см.** | | | | | | | | ***ВЕС гр.*** | |
| ***Длина*** | | ***Ширина*** | | | ***толщина*** | | |
| Вилочковой железы | ***4*** | | ***3*** | | | ***1,0*** | | | ***13,5*** | |
| Почек | ***4*** | | ***3*** | | | ***1,5*** | | | ***25*** | |
| Печени | ***11*** | ***8*** | | | ***7*** | | | ***4*** | ***143*** | |
| Селезенки | ***3*** | | ***2*** | | | ***1,5*** | | | ***6*** | |
| Надпочечники (оба ) | ***2*** | | ***1,5*** | | | ***1*** | | | ***7*** | |
| Легкие оба | ***85 гр.*** | | | | | | | | | |
| Головной мозг (вес). | ***Не взвешивался*** | | | | | | | | | |
| Сердце | ***3,7*** | | | ***4,0*** | | | ***3,3*** | | | ***18*** |
|  | ***Путь оттока*** | | ***Путь притока*** | | | ***Толщина стенки*** | | | ***Вес*** | |
| Левый желудочек | ***2,5*** | | ***2,3*** | | | ***0,4*** | | | ***3,3*** | |
| Правый желудочек | ***2,5*** | | ***2,3*** | | | ***0,4*** | | | ***3,3*** | |
| Желудочковый индекс | ***1,00*** | | | | | | | | | |

**Полость черепа**: кожно-мышечный лоскут головы гладкий, влажный, блестящий, повреждения описаны выше. Справа в теменно-затылочной области с центром у заднего края теменного бугра на округлом участке диаметром 7 см точечные кровоизлияния под надкостницу (область периостального застоя). Кости черепа с патологической подвижностью, швы не заращены. В своде черепа полный зигзагообразный поперечный перелом, идущий слева направо, начинающийся у основания пирамиды височной кости слева, проходящий через центр стреловидного шва, где поворачивает под почти прямым углом кзади и через 2 см под почти прямым углом продолжается вправо, заканчиваясь на височном шве. Справа в 3 см от венечного шва от основной линии перелома кзади почти под прямым углом отходит линия перелома, упирающаяся на заканчивающаяся на лямбдовидном шве. Слева от основной линии перелома вниз через 2 см под острым углом отходит линия перелома, заканчивающаяся на венечном шве, основная линия перелома и данный перелом образуют треугольный отломок с длиной ребра 2 см и основанием, расположенным по венечному шву. В лобной кости по правому краю стреловидного шва линейный перелом с зубчатыми краями, начинающийся у переднего края большого родничка, распространяющийся вниз на глазницу, где поворачивает вправо и заканчивается, упираясь в венечный шов. В лобной кости слева в области лобного бугра вертикальный перелом, начинающийся по верхнему краю бугра в 3 см от венечного шва, идущий вниз, пересекающий крышу орбиты и заканчивающийся на крыше основной пазухи с оскольчатым переломом решетчатой кости. При ревизии затылочной кости ее полный поперечный, вдавленный перелом в зоне синхондроза с обеих сторон. По всем линиям переломов разрыв твердой мозговой оболочки с отслоением ее от кости жидкой кровью. Отслоение надкостницы по линиям перелома жидкой кровью. Полные поперечные разрывы краями сломанных костей обоих затылочных синусов. Субдурально по всем отделам жидкая кровь объемом около 30 мл. Полный разрыв паруса мозжечкового намета справа с повреждением поперечного синуса. Множественные надрывы серпа и паруса мозжечкового намета слева. Под мягкими мозговыми оболочками по всем отделам множественные ярко-красные пятнистые кровоизлияния, сплошного характера по наружной и передней поверхностям правой лобной доли на участке диаметром 2,5 см, по наружной поверхности правой теменной доли на участке диаметром 3 см и по наружной поверхности левой теменной доли на участке диаметром 2,5 см. Сплошные субарахноидальные темно-красные кровоизлияния по всей базальной поверхности мозга. В головном мозге множественные кровоизлияния точечного характера по всем отделам, головной мозг студневидный без дифференцировки на серое белое вещество, полнокровный блестящий. Желудочки мозга симметричны со следами прозрачной жидкости, сосудистые сплетения полнокровны. **Позвоночный столб и спинной мозг**: При вскрытии шейного и грудного отделов сплошные эпи- и субдуральные кровоизлияния на всем протяжении кольцевидного характера, спинной мозг дряблый.

**Органы головы и шеи**: Язык грязно-серый, влажный. Небные миндалины по 0,3 см диаметром, округлые, грязно-серые. Просвет носоглотки, гортани и трахеи свободен. Хоаны свободно проходимы. Подъязычная кость и хрящи гортани целы. Множественные кровоизлияния в мягкие ткани вокруг гортани и щитовидного хряща. Слюнные железы обычных размеров дольчатого строения, гнилостно изменены. Слизистые оболочки гортани и трахеи грязно-серые. Щитовидная железа с симметричными долями, обычных размеров, с гнилостными изменениями. Просвет пищевода свободен, слизистая его продольно-складчатая, грязно-серая.

**Грудная полость**. Легкие выполняют плевральные полости полностью, ярко-розовые, при проведении воздушной пробы – легкие плавают в воде. В плевральных полостях свободного газа и жидкости не обнаружено. Множественные рассеянные субплевральные точечные кровоизлияния. Легкие тестоватые. По задней поверхности правого легкого субплевральные и паренхиматозные сплошные кровоизлияния на глубину до 1 см. На разрезах легкие ярко-розовые, при надавливании с поверхности разрезов выделяется немного вспененной прозрачной жидкости и немного темной жидкой крови из пересеченных сосудов. Просвет воздухо-проводящих путей свободен вплоть до уровня мелких бронхов, слизистые оболочки их бледно-серые. Вилочковая железа дряблая, дольчатого строения бледно-розовая. В полости перикарда следы прозрачной жидкости. Под эпикардом множественные точечные кровоизлияния. Сердце с транспозицией магистральных сосудов – легочной ствол отходит от левого желудочка, аорта от правого, в межжелудочковой перегородке, в мышечной ее части, щелевидный дефект с валикообразными краями длиной 0,3 см. Боталов проток и овальное окно открыты. В полостях сердца следы темной жидкой крови. Эпикард гладкий. Клапанный и пристеночный эндокард тонкий, прозрачный. Клапаны сформированы правильно. Аорта эластична, интима ее гладкая.

***Брюшная полость***. В брюшной полости 70 мл свернувшейся темно-красной крови в виде свободно лежащих свертков. При ревизии органов размозжение диафрагмальной поверхности правой доли печени, разрыв верхнего полюса селезенки, разрыв верхнего полюса правой почки, сплошные кровоизлияния справа в околопочечной клетчатке. Органы расположены анатомически правильно, петли кишечника умеренно раздуты газами. Поворот кишечника завершен. В желудке следы зеленоватой густой жидкости, в тонком и толстом кишечнике темно-зеленый меконий. Поджелудочная железа обычных размеров, дольчатого строения, розовая. Печень темно-вишневая, эластичная, полнокровна. Внепеченочные желчевыводящие пути свободно проходимы. Селезенка дрябло-эластичная, с морщинистой капсулой, темно-красная. Надпочечники листовидной формы с ясно различимыми слоями. Почки равновелики, бобовидной формы, сохраняют эмбриональную дольчатость, полнокровны. Мочевой пузырь пустой.

Данные дополнительных методов исследования:

При медико-криминалистическом исследовании (акт № 912 от 3-23.11.99 г.) – на черепе переломы теменных, лобных и правой височной костей; конкретный механизм образования их установить не представляется возможным, поскольку научные данные о переломах костей относятся только к черепам взрослых людей и не могут быть критериями при исследовании черепов новорожденных; учитывая локализацию и симметричность переломов, можно предположить, что они, вероятно, возникли при одномоментном травматическом воздействии.

Гистологическое исследование № 5562-64.

* Головной мозг: множественные диффузные кровоизлияния в мягкие мозговые оболочки и молекулярный слой коры головного мозга, в сосудах стаз крови, множественные диапедезные кровоизлияния. Гистоархитектоника мозга не нарушена.
* Легкие расправлены, с очагами эмфиземы вплоть до разрыва межальвеолярных перегородок и признаками бронхо-спазма, просвет большинства альвеол свободен, в единичных – наличие роговых чешуек. Очаговые паренхиматозные кровоизлияния. Единичные первичные ателектазы, выраженное полнокровие капилляров перегородок с пролабированием их в просвет альвеол. Стаз крови в сосудах.
* Печень – строение соответствует возрасту, большое количество очагов экстрамедуллярного кроветворения, стаз крови в синусоидах.
* Почки – строение обычное, рассеянные эмбриональные клубочки, стаз крови в сосудах.
* Пупочные сосуды – картина спазма, просвет пустой.
* В кожно-мышечном лоскуте головы – диффузное кровоизлияние в острой стадии.

Задание:

1. Какие дополнительные исследования необходимо провести?
2. Составить судебно-медицинский диагноз?
3. Установить причину смерти, давность смерти?
4. Является ли ребенок зрелым, доношенным, срок гестации, какова длительность внеутробной жизни?
5. Наличие телесных повреждений и механизм их образования

**Ответы**

1. Для судебно-гистологического исследования для определения патоморфологических изменений изъяты кусочки внутренних органов трупа и кусочки плаценты. Для вирусологического исследования изъяты фрагмент трахеи и кусочек легкого. Для цитологического исследования на наличие вирусных включений на секции сделаны мазки – отпечатки с трахеи и легких.
2. **СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКИЙ ДИАГНОЗ.** Комбинированная травма. Сочетанная травма тела: а) открытая черепно-мозговая травма – множественные переломы решетчатой, лобной, теменных, височных и затылочной костей черепа, разрыв обеих затылочных синусов, разрыв паруса мозжечкового намета справа с повреждением поперечного синуса, субдуральная гематома объемом 30 мл, субарахноидальные кровоизлияния в правых лобной и теменной долях, левой теменной доле, по базальной поверхности головного мозга; множественные точечные кровоизлияния в веществе мозга по всем отделам; б) закрытая тупая травма грудной клетки – ушиб правого легкого; в) закрытая тупая травма живота – размозжение правой доли печени, разрывы селезенки и правой почки, сплошные кровоизлияния справа в околопочечную клетчатку; г) закрытая спинальная травма – кольцевидные сплошные эпи- и субдуральные кровоизлияния в шейном и грудном отделах спинного мозга. Прерванная механическая асфиксия от закрытия верхних дыхательных путей и сдавления органов шеи: очаговые кровоизлияния в мягких тканях по передней и боковым поверхностям нижней челюсти, кровоизлияния в мышцы по передней и боковым поверхностям шеи, точечные кровоизлияния в соединительные оболочки глаз, под висцеральную плевру и эпикард, очаги эмфиземы легких, диапедезные кровоизлияния в веществе головного мозга. Осложнения: внутрибрюшное кровотечение объемом 70 мл, отек легких и головного мозга, венозное полнокровие внутренних органов. Сопутствующее: болезнь Дауна – «обезьянья» борозда ладоней, седловидная спинка носа, антимонголоидный разрез глаз, синдактилия, аплазия правой нижней конечности, порок сердца – транспозиция магистральных сосудов, низкий дефект межжелудочковой перегородки.
3. При судебно-медицинской экспертизе трупа обнаружены следующие телесные повреждения: а) множественные переломы решетчатой, лобной, теменных, височных и затылочной костей черепа, разрыв обеих затылочных синусов, разрыв паруса мозжечкового намета справа с повреждением поперечного синуса, субарахноидальные кровоизлияния в правых лобной и теменной долях, левой теменной доле, по базальной поверхности головного мозга; множественные точечные кровоизлияния в веществе мозга по всем отделам; б) ушиб правого легкого; в) размозжение правой доли печени, разрывы селезенки и правой почки, сплошные кровоизлияния справа в околопочечную клетчатку; г) кольцевидные сплошные эпи- и субдуральные кровоизлияния в шейном и грудном отделах спинного мозга; д)очаговые кровоизлияния в мягких тканях по передней и боковым поверхностям нижней челюсти, кровоизлияния в мышцы по передней и боковым поверхностям шеи. Все повреждения возникли в короткий промежуток времени, расцениваются в совокупности, являются опасными для жизни в момент причинения, обусловили тяжкий вред здоровью и, как в совокупности, так и в раздельности имеют прямую причинную связь со смертью. Повреждения, указанные под пунктом а) – г) вероятнее всего возникли одномоментно при падении ребенка со значительной высоты. Конкретный механизм образования повреждений установить не представляется возможным поскольку научные данные о переломах костей относятся только к черепам взрослых людей и не могут быть критериями при исследовании черепов новорожденных. Повреждения, указанные под пунктом д) возникли в результате давления твердого тупого предмета (предметов) без четких идентифицирующих признаков на нижнюю челюсть и шею с действием травмирующих сил спереди назад и с боков - навстречу друг другу; данные повреждения по тяжести не оцениваются, т.к. входят в понятие механической асфиксии.
4. Смерть ребенка наступила в результате комбинированной травмой, сопровождавшейся сочетанной травмой тела с закрытой черепно-мозговой травмой, переломами костей черепа, ушибом головного мозга, закрытой травмой спинного мозга, закрытой тупой травмой грудной клетки и живота; а так же обнаружена прерванная механическая асфиксия с гипоксическим поражениям головного мозга.
5. Согласно антропометрическим данным ребенок является зрелым, доношенным, жизнеспособным, со сроком внутриутробной жизни 36-40 недель. Учитывая наличие дышавших легких – ребенок является живорожденным, длительность вне утробной жизни не менее нескольких минут. Повреждений, указывающих на родовую травму, удавление петлей – в том числе и петлей пуповины при экспертизе трупа не обнаружено. При проведении экспертизы данных, что механической асфиксии от сдавления органов шеи и закрытия дыхательных путей предшествовала асфиксия от обвития пуповины вокруг шеи не обнаружено.

Задача №3. УК-1  ПК-1  ПК-2  ПК-3  ПК-5  ПК-7  ПК-8  ПК-9  ПК-10

**ОБСТОЯТЕЛЬСТВА ДЕЛА:** в постановлении о назначении судебно-медицинской экспертизы указано, что «31.10.99г. в 70 метрах от перекрестка улиц Монтажников и Грунтовой был обнаружен не установленный труп новорожденной девочки».

**НАРУЖНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ:**

Труп новорожденной девочки нормостенического телосложения. Кожа в сыровидной смазке с пушковыми волосами на плечах, опачкана подсохшей кровью. Пупочное кольцо на равном расстоянии от симфиза и лобка, плацента не отделена, длина пуповины 56 см. Голова правильной формы, кости черепа с патологической подвижностью. Склеры глаз тусклые, зрачки равновелики по 0,3 см диаметром. Грудная клетка цилиндрическая, упругая, живот выше уровня грудной клетки. Наружные половые органы развиты по женскому типу. Размеры и другие анатомические данные смотри таблицу № 1.

**Повреждения:** множественные точечные кровоизлияния в соединительных оболочках глаз. При послойных разрезах – в мягких тканях шеи под углами нижней челюсти с обеих сторон сплошные кровоизлияния.

Плацента – диаметр 18 см, вес – 470 гр. толщина 2 см., центральное расположение пуповины, в толще пуповины множественные кровоизлияния. На разрезах – обычное дольчатое строение плаценты.

**АНТРОПОМЕТРИЧЕСКИЕ ДАННЫЕ:**

**Таблица № 1.**

|  |  |
| --- | --- |
| Масса тела | 3970 |
| Длина тела | 54 см |
| Прямой размер головы | 14 см |
| Малый поперечный размер головы | 10 см |
| Большой поперечный размер голов. | 12 см |
| Большой косой размер головы | 17 см |
| Малый косой размер головы. | 12 см |
| Окружность головы | 39 см |
| Окружность груди | 39 см |
| Окружность плеча | 12 см |
| Окружность бедра | 18 см |
| Диаметр ядра Беклара | 0,5 см |
| Диаметр ядра плечевой кости | Отсутствует |
| Размеры большого родничка | 3х2,5 см |
| Размеры малого родничка | Отсутствует |

**ВНУТРЕННЕЕ ИССЛЕДОВАНИЕ:**

**Таблица № 2.**

|  |  |
| --- | --- |
| **Размеры** и **ВЕС** ОРГАНОВ | ***ВЕС гр.*** |
|
| Вилочковой железы | ***13*** |
| Почек | ***28*** |
| Печени | ***178*** |
| Селезенки | ***12*** |
| Надпочечники (оба ) | ***11*** |
| Легкие | ***58*** |
| Головной мозг (вес). | ***430*** |
| Сердце | ***24*** |

**Полость черепа**: кожно-мышечный лоскут головы гладкий, влажный, блестящий, слева в височных мышцах сплошные кровоизлияния на участке диаметром 3 см. Справа в теменно-затылочной области с центром у заднего края теменного бугра на округлом участке диаметром 7 см точечные кровоизлияния под надкостницу (область периостального застоя). Смещения костей черепа нет. В левой лобно-височной области по ходу венечного шва отслоение надкостницы и эпидуральные кровоизлияния на участке 3 см диаметром. Кости свода черепа целы. При ревизии затылочной кости ее полный поперечный, вдавленный перелом в зоне синхондроза с обеих сторон. По линиям переломов разрыв твердой мозговой оболочки с отслоением ее от кости жидкой кровью. Отслоение надкостницы по линиям перелома жидкой кровью. Полные поперечные разрывы краями сломанных костей обоих затылочных синусов. Субдурально в средних черепных ямках жидкая кровь объемом около 30 мл. Полный разрыв паруса мозжечкового намета справа с повреждением поперечного синуса.. Под мягкими мозговыми оболочками кровоизлияние сплошного характера по наружной поверхности левой височной доли на участке диаметром 3,5 см, по наружной и нижней поверхностям правой затылочной доли на участке диаметром 7 см сплошные кровоизлияния. Со стороны срединной щели в правой теменной доле кровоизлияние диаметром 5 см. Головной мозг студневидный без дифференцировки на серое белое вещество, полнокровный блестящий. Желудочки мозга симметричны со следами прозрачной жидкости, сосудистые сплетения полнокровны.

**Позвоночный столб и спинной мозг**: При вскрытии шейного и грудного отделов, а так же осмотра позвоночных артерий повреждений не обнаружено, спинной мозг дряблый.

***Органы головы и шеи***: полости рта и носа свободны, слизистые их синюшные. Хоаны свободно проходимы. Язык синюшный, влажный, не обложен. Небные миндалины по 0,3 см диаметром, синюшные. Околоушные слюнные железы обычных размеров, дольчатого строения. Просвет гортани свободен, хрящи гортани и подъязычная кость целы, каких-либо повреждений в мягких тканях шеи не обнаружено. Щитовидная железа с симметричными долями, красно-синюшная, эластичная, обычных размеров, на разрезе мелкобугристого вида. Кольца трахеи целы, просвет ее свободен, слизистая оболочка гортани и трахеи бледно-серая. Просвет пищевода свободен, слизистая оболочка его бледно-серая.

***Грудная полость***. В плевральных полостях следы прозрачной жидкости. Легкие розовые, выполняют 2/3 полостей (вес в табл.№2). Легкие плавают в воде, тестоватой консистенции, с множественными точечными кровоизлияниями под висцеральной плеврой. На разрезах легкие пестрые из-за мозаично чередующихся мелких, розовых выбухающих и темно-красных западающих очагов. С поверхности разреза стекает немного пенистой прозрачной розоватой жидкости и жидкая темная кровь из пересеченных сосудов. Просвет воздухо-проводящих путей свободен, слизистые оболочки их бледно-серые. Бифуркационные лимфоузлы 0,2-0,3 см диаметром, эластичные. В полости перикарда следы прозрачной жидкости. Сердце (размеры указаны в табл. №2) эластичное, с правильно сформированными сосудами и полостями. Под эпикардом множественные рассеянные точечные кровоизлияния. В полостях сердца и крупных сосудах жидкая темная кровь. Баталов проток и овальное окно открыты. Миокард розовато-синюшный, полнокровный, клапанный и пристеночный эндокард тонкий, прозрачный, клапаны сформированы правильно. Аорта эластична, интима ее бледно-желтая, гладкая.

***Брюшная полость***. Размеры и вес органов указаны в табл. №2. В брюшной полости 50 мл прозрачной, соломенного цвета жидкости. Студневидный отек жировой клетчатки. Органы расположены правильно, повороты кишечника завершены. Желудок после перевязки в кардиальном и пилорическом отделах отсечен, водяная проба положительна. В желудке следы темно-зеленых густых масс, в кишечнике – меконий. Слизистые оболочки желудочно-кишечного тракта бледно-серые. Печень коричневого цвета, эластичная, с гладкой поверхность, полнокровная. Внепеченочные желчевыводящие пути свободно проходимы. Селезенка плотно-эластичная, темно-красная с поверхности и на разрезах, без соскоба, белая пульпа не определяется. Поджелудочная железа в виде тяжа, обычного вида. Надпочечники листовидной формы, с ясно различимыми слоями. Почки равновелики, бобовидной формы, сохраняют эмбриональную дольчатость, на разрезах полнокровны. С четкой границей слоев. Мочеточники проходимы, мочевой пузырь пустой. Внутренние половые органы развиты по женскому типу.

Данные дополнительных методов исследования:

Гистологическое исследование.

* Легкие – в большинстве полей зрения альвеолы расправлены, вплоть до участков эмфиземы с разрывом меж альвеолярных перегородок. Межальвеолярные перегородки с лимфогистиоцитарной умеренной инфильтрацией и межуточным отеком, очаговая десквамация альвеолоцитов с пузырьковидными ядрами. Бронхи и бронхиолы с пустым просветом, гофрированной слизистой оболочкой, последняя с очаговой десквамацией бронхоцитов с пузырьковидными ядрами и умеренной лимфогистиоцитарной инфильтрацией с частичной десквамацией слизистой в виде пластов вплоть до феномена бронха в бронхе. Бронхоциты с набухшей цитоплазмой и пузырьковидными ядрами. Большинство бронхиальных артерий с расправленным просветом, диаметр которого в 2 и более раза преобладает над толщиной стенки. Заключение: очаги альвеолярной эмфиземы, межуточная с элементами десквамации серозная пневмония, катаральный эндобронхит, бронхиолит.
* Головной мозг: Мягкие мозговые оболочки с умеренным межуточным отеком, диффузными острыми кровоизлияниями, распространяющимися на молекулярный слой коры головного мозга. В последнем выражен периваскулярный и перицеллюлярный отек, сосуды как со стазом крови, так и спазмированны.
* Гортань и трахея – множественные очаговые и очагово-диффузные острые кровоизлияния в мягких тканях.
* По органам – острое венозное полнокровие.

Цитологическое исследование, эксперт: В мазках отпечатках, окрашенных по методу Павловского, - большое количество клеток мерцательного эпителия и альвеолоцитов, при увеличении 10х1,5х90 в цитоплазме бронхо и альвеолоцитов большое количество, практически во всех клетках, групп ярко-красных включений, располагающихся в виде гроздьев, преимущественно в околоядерной зоне цитоплазмы, встречаются в ряде альвеолоцитов аналогичные ярко-красные внутриядерные включения.

Задание:

1. Какие дополнительные исследования необходимо провести?
2. Составить судебно-медицинский диагноз?
3. Установить причину смерти, давность смерти?
4. Является ли ребенок зрелым, доношенным, срок гестации, какова длительность внеутробной жизни?
5. Наличие телесных повреждений и механизм их образования

Ответы

1. Для судебно-гистологического исследования для определения патоморфологических изменений изъяты кусочки внутренних органов трупа и кусочки плаценты. Для вирусологического исследования изъяты фрагмент трахеи и кусочек легкого. Для цитологического исследования на наличие вирусных включений на секции сделаны мазки – отпечатки с трахеи и легких.
2. **СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКИЙ ДИАГНОЗ. Комбинированная травма.**  Механическая асфиксия от сдавления органов шеи – кровоизлияния в мягкие ткани шеи, в мягкие ткани трахеи и гортани, эмфизема легких, точечные кровоизлияния под плевру и эпикард, в соединительные оболочки глаз, острое венозное полнокровие внутренних органов. Конкурирующая: закрытая черепно-мозговая травма – эпидуральные кровоизлияния в левой лобно-височной области, вдавленный перелом затылочной кости в зоне прикрепления чешуи к основанию, разрыв обеих затылочных синусов краями сломанной кости с образованием эпидурального кровоизлияния, разрыв паруса мозжечкового намета справа с повреждением поперечного синуса, субдуральная гематома средних черепных ямок, субарахноидальные и внутримозговые кровоизлияния в левой височной и правой затылочной долях головного мозга; кровоизлияния в кожно-мышечный лоскут головы и височные мышцы слева в височной области. Осложнения: отек головного мозга. Сопутствующее: инфекционная фетопатия (вирусологически грипп А и герпес 1-2 типов) – серозный велузит, врожденная преимущественно интерстициальная пневмония, катаральный бронхит, бронхиолит.
3. При экспертизе трупа обнаружена следующие телесные повреждения: а)кровоизлияния в мягкие ткани шеи, в мягкие ткани трахеи и гортани; б)эпидуральные кровоизлияния в левой лобно-височной области, вдавленный перелом затылочной кости в зоне прикрепления чешуи к основанию, разрыв обеих затылочных синусов краями сломанной кости с образованием эпидурального кровоизлияния, разрыв паруса мозжечкового намета справа с повреждением поперечного синуса, субарахноидальные и внутримозговые кровоизлияния в левой височной и правой затылочной долях головного мозга, кровоизлияния в кожно-мышечный лоскут головы и височные мышцы слева в височной области. Все повреждения возникли в короткий промежуток времени, расцениваются в совокупности, являются опасными для жизни в момент причинения и, как в совокупности, так и в раздельности имеют прямую причинную связь со смертью. Повреждения, указанные под пунктом а) самостоятельно по тяжести нанесения вреда здоровью не оцениваются, т.к. входят в понятие механической асфиксии. Повреждения возникли в результате сдавления органов шеи твердыми тупыми предметами с ограниченной контактирующей поверхностью, без четких идентифицирующих признаков (возможно руками) с направлением действия травмирующих сил навстречу друг другу. Повреждения, указанные под пунктом б) обусловили тяжкий вред здоровью. В связи с особенностями строения черепа и костей новорожденных установить точный механизм травмы не представляется возможным. Травма могла возникнуть как при ударном воздействии твердого тупого предмета с преобладающей контактирующей поверхностью на левую лобно-височную область с направлением действия травмирующей силы спереди назад и слева направо; так и при сдавлении мозговой части черепа между твердыми тупыми предметами с преобладающей контактирующей поверхностью с приложениями сил в левой лобно-височной и затылочной областях с действием сил навстречу друг другу.
4. Смерть ребенка могла наступить как от механической асфиксии от сдавления органов шеи, так и от черепно-мозговой травмы с повреждением магистральных сосудов мозга. Вероятнее всего травма головного мозга предшествовала асфиксии.
5. Согласно антропометрическим данным ребенок является новорожденным, доношенным, со сроком внутриутробной жизни 39-40 недель, зрелым, жизнеспособным. Судя по наличию дышавших легких ребенок родился живым, длительность внеутробной жизни не менее нескольких минут.

**Задача № 4** УК-1  ПК-1  ПК-2  ПК-3  ПК-5  ПК-7  ПК-8  ПК-9  ПК-10

**ОБСТОЯТЕЛЬСТВА ДЕЛА:** в направлении о назначении судебно-медицинского исследования указано, что « ребенок родился у гр., 1974 г.р. в своей квартире № 100 дома 4 03.11.99г. в 00.40 часов».

**НАРУЖНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ. т**руп мертворождженного мальчика нормостенического телосложения. Кожа бледно-серая, во всех отделах покрыта сыровидной смазкой, по всем отделам туловища и конечностей опачкана подсохшей кровью. На плечах пушковые волосы. Трупное окоченение практически отсутствует, трупные пятна слабо выражены в отлогих местах тела. Краевое расположение пуповины, 13х2,5 см. Без видимых изменений. Длина пуповины 49 см. Голова правильной формы, кости черепа на ощупь целы. Склеры глаз блестящие, в соединительных оболочках глаз рассеянные точечные кровоизлияния. Зрачки равновелики по 0,3 см диаметром. Грудная клетка цилиндрическая, упругая, живот выше уровня грудной клетки. Кости конечностей целы.

**АНТРОПОМЕТРИЧЕСКИЕ ДАННЫЕ:**

**Таблица № 1.**

|  |  |
| --- | --- |
| **Масса тела** | **1350 гр.** |
| **Длина тела** | **37,5 см.** |
| ***Окружность головы*** | **24 см** |
| ***Прямой размер головы*** | ***10 см*** |
| ***Малый косой размер головы*** | ***8 см*** |
| ***Большой косой размер головы*** | ***10,5 см*** |
| ***Большой поперечный*** | ***8,5 см*** |
| ***Малый поперечный*** | ***7,5 см*** |
| ***Окружность груди*** | **23 см** |
| ***Окружность плеча*** | **5 см** |
| ***Окружность бедра*** | **8 см** |
| ***Диаметр ядра Беклара*** | **Ядро отсутствует** |
| ***Размеры большого родничка*** | **4х3 см** |
| ***Размеры малого родничка*** | **0,5х0,5 см** |
|  |  |

**ПЛАЦЕНТА: не отделена,** дрябло-эластичной консистенции, весом 320 гр., с краевым расположением пуповины 13х2,5 см. С маточной поверхности - наложения свертков крови темно-вишневого цвета. На разрезах плацента дольчатого строения, бледно-синюшная, малокровная, без видимых глазом очагов некроза и кровоизлияний. Пуповина длиной 49 см, блестящая, сочная, с правильно сформированными сосудами.

**ПОВРЕЖДЕНИЯ:**

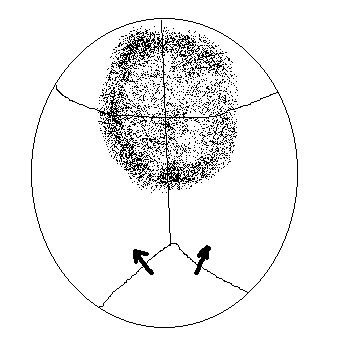
**ВНУТРЕННЕЕ ИССЛЕДОВАНИЕ:**

**Таблица № 2.**

**Масса органов в граммах.**

|  |  |
| --- | --- |
| Мозг | 180 |
| Легкое | 27 |
| Сердце | 9 |
| Печень | 60 |
| Селезен. | 3 |
| Почки | 12 |
| Надпочечники | 4 |
| Тимус | 4 |
| Щит.желез. | 0,8 |
| Подж.жел. | 1,4 |

***Полость черепа***: студневидный отек клетчатки кожного лоскута ОПЗ в лобно-теменной области диаметром 9,5 см с центром на 1,5 см кзади от большого родничка. Большой родничок 4х3 см, наползание затылочной кости на теменную. (см схему) В зоне синхондроза с обеих сторон эпидурально жидкая кровь. Чешуя затылочной кости отстает от синхондроза в виде щели, легко подвижна. Твердая мозговая оболочка плотно связана с костями черепа, в синусах ее темная жидкая кровь. При осмотре корпуса мозжечкового намета, в месте его слияния разволокнение и кровоизлияния сплошного характера. Аналогичное кровоизлияние слева продолжается в виде полосы шириной 1 см до его прикрепления, справа распространяется на весь намет с полным разрывом намета в центре. Множественные кровоизлияния в серпе. При вскрытии мозжечкового намета с внутренней поверхности разрыв стенки прямого синуса, задняя черепная ямка полностью выполнена жидкой кровью. Субдурально – немного прокрашенной кровью жидкости. Головной мозг студневидный с мелко-пятнистыми кровоизлияниями в оболочках с обоих сторон. Мягкие мозговые оболочки тонкие, прозрачные, со студневидным отеком и полнокровными сосудами, по ходу которых точечные кровоизлияния в толще оболочек. Борозды мозга сглажены, извилины уплощены. Головной мозг студневидный (вес его в таблице № 2), на разрезах блестящий, полнокровный, тянется за лезвием ножа. Дифференцировка на серое и белое вещество отсутствует. Желудочки мозга симметричны со следами прозрачной жидкости и гладкой, блестящей эпендимой. Сосудистые сплетения полнокровны. Мозжечок с симметричными долями, на разрезах древовидного строения.



***Позвоночный столб и спинной мозг***: При ревизии позвоночного столба – слева между 1 и 2 шейными позвонками кровоизлияние в связки, суставная щель выполнена жидкой кровью. Между 3 и 4 шейными позвонками сплошные кровоизлияния в каналы позвоночных артерий. Слева между 2 и 3 шейными позвонками по боковой поверхности позвоночника кровоизлияние в мягкие ткани. Эпидурально – студневидный отек и мелко-пятнистые кровоизлияния. Спинной мозг дряблый.

При осмотре атланто-затылочного сочленения слева, а так же в мышцах у левого угла нижней челюсти сплошные кровоизлияния

***Органы головы и шеи***: полости рта и носа свободны, слизистые их синюшные. Хоаны свободно проходимы. Язык синюшный, влажный, не обложен. Небные миндалины по 0,3 см диаметром, синюшные. Околоушные слюнные железы обычных размеров, дольчатого строения. Просвет гортани свободен, хрящи гортани и подъязычная кость целы, каких-либо повреждений в мягких тканях шеи не обнаружено. Щитовидная железа с симметричными долями, красно-синюшная, эластичная, обычных размеров, на разрезе мелкобугристого вида. Кольца трахеи целы, просвет ее свободен, слизистая оболочка гортани и трахеи бледно-серая. Просвет пищевода свободен, слизистая оболочка его бледно-серая.

***Грудная полость***. В плевральных полостях следы прозрачной жидкости. Легкие розовые, выполняют 2/3 полостей (вес в табл.№2). Легкие тонут в воде, мясистой консистенции, с множественными точечными кровоизлияниями под висцеральной плеврой. На разрезах легкие однородно красно-синюшны. С поверхности разреза стекает жидкая темная кровь из пересеченных сосудов. Просвет воздухо-проводящих путей свободен, слизистые оболочки их бледно-серые. Бифуркационные лимфоузлы 0,2-0,3 см диаметром, эластичные. В полости перикарда следы прозрачной жидкости. Сердце эластичное, с правильно сформированными сосудами и полостями. Под эпикардом множественные рассеянные точечные кровоизлияния. В полостях сердца и крупных сосудах жидкая темная кровь. Баталов проток и овальное окно открыты. Миокард розовато-синюшный, полнокровный, клапанный и пристеночный эндокард тонкий, прозрачный, клапаны сформированы правильно. Аорта эластична, интима ее бледно-желтая, гладкая.

***Брюшная полость***. В брюшной полости 50 мл прозрачной, соломенного цвета жидкости. Студневидный отек жировой клетчатки. Органы расположены правильно, повороты кишечника завершены. Желудок после перевязки в кардиальном и пилорическом отделах отсечен, тонет в воде. В желудке следы темно-зеленых густых масс, в кишечнике – меконий. Слизистые оболочки желудочно-кишечного тракта бледно-серые. Печень коричневого цвета, эластичная, с гладкой поверхность, полнокровная. Внепеченочные желчевыводящие пути свободно проходимы. Селезенка плотно-эластичная, темно-красная с поверхности и на разрезах, без соскоба, белая пульпа не определяется. Поджелудочная железа в виде тяжа, обычного вида. Надпочечники листовидной формы, с ясно различимыми слоями. Почки равновелики, бобовидной формы, сохраняют эмбриональную дольчатость, на разрезах полнокровны. С четкой границей слоев. Мочеточники проходимы, мочевой пузырь пустой. Внутренние половые органы развиты мужскому типу, яички не опущены в мошонку.

Данные дополнительных методов исследования:

Гистологическое исследование №№ 5672, окраска гематоксилин-эозином, 10 стекол.

Легкие – 7 стекол, 19 срезов, 6 кусочков: просвет альвеол щелевидный Межальвеолярные перегородки с лимфо-гистиоцитарной умеренной инфильтрацией и межуточным отеком, очаговая десквамация альвеолоцитов с пузырьковидными ядрами. Бронхи и бронхиолы с пустым просветом, гофрированной слизистой оболочкой, последняя с очаговой десквамацией бронхоцитов с пузырьковидными ядрами и умеренной лимфогистиоциртарной инфильтрацией с частичной десквамацией слизистой в виде пластов вплоть до феномена бронха в бронхе. Бронхоциты с набухшей цитоплазмой и пузырьковидными ядрами. Бронхиальные артерии с преобладанием толщины стенки над диаметром просвета.

Заключение: первичные ателектазы, мелкоочаговая межуточная с элементами десквамации серозная пневмония, катаральный эндобронхит, бронхиолит.

Пупочное кольцо- выраженный межуточный отек и очаговые кровоизлияния.

Плацента: Плацента со зрелыми ворсинами и круглоклеточной их инфильтрацией, участками гиалиноза, очаговым выпадением фибрина в межворсинчатое пространство, рассеянными подоболочечными некрозами с выпадением фибрина.

Заключение: микро-псевдо-инфаркты, относительная плацентарная недостаточность, серозный велузит.

Цитологическое исследование, эксперт, категория 1 – 2 мазка отпечатка, окрашенных по Павловскому: большое количество клеток мерцательного эпителия и альвеолоцитов, при увеличении 10х1,5х90 ярко-красные внутриядерные включения.

Вирусологическое исследование от 9.11.99. Врачи вирусологи при иммунофлюоресцентном исследовании со специфическими сыворотками обнаружены антигены вируса герпеса 1 типа в трахее и плаценте.

Задание:

1. Какие дополнительные исследования необходимо провести?
2. Составить судебно-медицинский диагноз?
3. Установить причину смерти, давность смерти?
4. Является ли ребенок зрелым, доношенным, срок гестации, какова длительность внеутробной жизни?
5. Наличие телесных повреждений и механизм их образования

Ответы

1. Для судебно-гистологического исследования для определения патоморфологических изменений изъяты кусочки внутренних органов трупа и кусочки плаценты. Для вирусологического исследования изъяты фрагмент трахеи и кусочек легкого. Для цитологического исследования на наличие вирусных включений на секции сделаны мазки – отпечатки с трахеи и легких.
2. **СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКИЙ ДИАГНОЗ.** Родовая черепно-спинальная травма – линейный перелом чешуи затылочной кости слева в области синхондроза, разрыв мозжечкового намета справа, субдуральная гематома задней черепной ямки со сдавлением ствола мозга и мозжечка, разрывы обеих позвоночных артерий между 3 и 4 шейными позвонками, надрыв связок атланто-затылочного сочленения слева, надрывы передней прямой связки между первым и вторым шейными позвонками, сплошное эпидуральное кровоизлияние в шейном и грудной отделах позвоночника, кровоизлияние в спинной мозг на уровне шейного утолщения. ***Фоновое*** – инфекционная фетопатия (вирусологически – герпес) - относительная маточно-плацентарная недостаточность – серозный велузит, внутриутробная асфиксия плода – точечные кровоизлияния под висцеральную плевру, эпикард, в мягкие мозговые оболочки, венозное полнокровие внутренних органов, гидроперитонеум (50 мл); серозный менингит. ***Осложнения***: отек легких и головного мозга, венозное полнокровие внутренних органов.
3. Смерть наступила в процессе периода изгнания родов, в результате родовой черепно-спинальной травмы, с повреждением сосудистой системы головного мозга и образованием субдуральной гематомы со сдавлением ствола мозга и мозжечка. Травма возникла в результате лобно-теменного вставления головки в родах. Травме способствовала глубокая недоношенность с незрелостью тканей плода вследствие инфекционной фетопатии (врожденный герпес) с относительной плацентарной недостаточностью. Заключение подтверждается картиной, найденной на вскрытии и данными медицинской документации.
4. Согласно антропометрическим данным ребенок является недоношенным, со сроком внутриутробной жизни 27-29 недель, незрелым, жизнеспособным.
5. Согласно морфологической картине – ребенок не дышавший, мертворожденный.

Задача № 5 УК-1  ПК-1  ПК-2  ПК-3  ПК-5  ПК-7  ПК-8  ПК-9  ПК-10

**ОБСТОЯТЕЛЬСТВА ДЕЛА:** В постановлении о назначении судебно-медицинской экспертизы указано, что «в роддоме № 1 микрорайона «09.12.00г. в родильный дом № 1 микрорайона «Солнечный» скорой помощью была доставлена родильница А.В. с трупом новорожденной девочки».

**НАРУЖНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ:**

Доставлен труп новорожденной девочки. Труп девочки нормостенического телосложения, массой 3100гр, длиной тела 51 см. Лицо и туловище обильно опачканы подсохшей кровью. Лицо синюшное. Пупочное кольцо на равном расстоянии от симфиза и лобка, пупочный остаток не обработан, длиной 18 см. Голова правильной формы, кости черепа с патологической подвижностью. Склеры глаз тусклые, зрачки равновелики по 0,3 см диаметром, в соединительных оболочках глаз множественные точечные кровоизлияния. Грудная клетка цилиндрическая, упругая, живот выше уровня грудной клетки. Наружные половые органы развиты по женскому типу. Размеры и другие анатомические данные смотри таблицу № 1. Плацента отсутствовала.

ПОВРЕЖДЕНИЯ.

Прижизненные: на боковой поверхности шеи слева на горизонтальной линии в проекции угла нижней челюсти 4 ссадины диаметром по 0,1 см. Первая ссадина расположена в 1 см от угла челюсти, последняя ссадина Г-образная открытым острым углом кзади с 1-й стороной 0,6 см, другая – 0,5 см. Ссадины располагаются в виде цепочки с промежутками в 0,6 см. На основании боковой поверхности шеи слева на горизонтальной линии 4 ссадины серповидных дугой кпереди, однотипных, по 0,4 см длиной, вертикально-ориентированных. В заушной области слева 2 ссадины серповидных выпуклостью кзади по 0,3 см длиной, вертикальных. Верхняя в 2 см от основания ушной раковины в проекции верхнего завитка; нижняя - в 1,5 см от верхней. По задней поверхности шеи в проекции основания затылочной кости округлая ссадина диаметром 0,2 см. В проекции 7-го шейного позвонка вертикальная, серповидная, выпуклостью вправо аналогичная ссадина. В проекции 2-го грудного позвонка косонаправленная слева направо и сверху вниз полосовидная ссадина 3х0,2 см со слущиванием эпидермиса слева направо. Две мелких ссадины в проекции верхнего внутреннего угла правой лопатки. В области правого лобного бугра 3 вертикальных параллельных ссадины - правая – длиной 0,7 см, через 0,3 см средняя – длиной 2 см и через 1,2 см – левая длиной 0,5 см. В центре правой щеки серповидная ссадина выпуклостью вправо, вертикальная 0,6х0,3 см. Все ссадины однотипны с бурым западающим дном. В соединительных оболочках глаз множественные точечные кровоизлияния. При послойных разрезах с ревизией органов и мягких тканей шеи – по боковым поверхностям шеи, распространяясь на мышцы подчелюстной области с обоих сторон сплошные кровоизлияния. При отсепаровке кожи лица – сплошные кровоизлияния в жевательные мышцы справа. Множественные кровоизлияния в мягкие ткани вокруг гортани и щитовидного хряща.

Посмертные: Справа по средне-ключичной линии на 2,5 см ниже подреберья в передней брюшной стенке дугообразная выпуклостью вправо вертикальная рана длиной 0,2 см. При ревизии раневого канала направление последнего спереди назад и справа налево, по его ходу кровоизлияние, канал насквозь проходит правую долю печени, выходя в области ворот, насквозь проходит портальную вену, заканчиваясь в головке поджелудочной железы. Длина раневого канала не менее 5 см. Кожный лоскут изъят на медико-криминалистическое исследование.

**АНТРОПОМЕТРИЧЕСКИЕ ДАННЫЕ:**

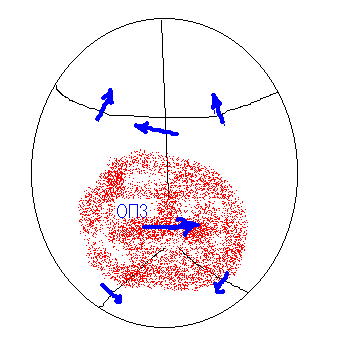
|  |  |
| --- | --- |
| Масса тела | 3100 |
| Длина тела | 51см |
| Прямой размер головы | 12 см |
| Малый поперечный размер головы | 9 см |
| Большой поперечный размер голов. | 11см |
| Большой косой размер головы | 15 см |
| Малый косой размер головы. | 9 см |
| Окружность головы | 39 см |
| Окружность груди | 39 см |
| Окружность плеча | 9 см |
| Окружность бедра | 13 см |
| Диаметр ядра Беклара | 0,4 см |
| Размеры большого родничка | 3х2 см |

ВНУТРЕННЕЕ ИССЛЕДОВАНИЕ**:**

Масса органов в граммах.

|  |  |
| --- | --- |
| Мозг | 403 |
| Легкое | 55 |
| Сердце | 21 |
| Печень | 155 |
| Селезенка | 10 |
| Почки | 25 |
| Тимус | 11 |

ПОЛОСТЬ ЧЕРЕПА: в кожно-мышечном лоскуте головы в области правого лобного бугра соответственно правой ссадине неправильно-прямоугольное кровоизлияние вертикальное, 3х0,3 см; средней ссадине аналогичное кровоизлияние – длиной 1,5 см и левой ссадине - кольцевидное кровоизлияние со светлым промежутком в центре, диаметр кровоизлияний 2 см и диаметр промежутка 0,6 см. В зоне кровоизлияний надрывы надкостницы и поднадкостничное кровоизлияние диаметром 4 см, состоящее из жидкой крови. Поднадкостничные кровоизлияния по стреловидному шву выше лямбдовидного на 0,1 см на участке диаметром 1,5 см. В области левого теменного бугра, распространяясь на чешую затылочной кости и на правый теменной бугор венозный застой под надкостницей на участке диаметром 8 см и соответственно ему точечные кровоизлияния в кожно-мышечном лоскуте головы. Кости черепа подвижны в швах, легкое наползание теменных костей на лобные, спереди – правой теменной кости на левую, сзади – левой на правую и обеих теменных костей на затылочную. Субдурально немного темной жидкой крови по всем отделам и множественные пятнистые субарахноидальные кровоизлияния по всем отделам. При ревизии мозжечкового намета с обеих сторон надрывы парусов с повреждением поперечных синусов. Задняя черепная ямка выполнена жидкой кровью. Сплошное кровоизлияние с разволокнением серпа в центре сагиттального синуса. Большой родничок 3х2 см, западает. В головном мозге множественные кровоизлияния точечного характера по всем отделам, головной мозг студневидный без дифференцировки на серое белое вещество, полнокровный блестящий. Желудочки мозга симметричны со следами прозрачной жидкости, сосудистые сплетения полнокровны.



При ревизии шейного отдела позвоночного столба разрыв межпозвоночного диска спереди между 3 и 4 шейными позвонками. Связки атланто-затылочного и атланто-аксиального сочленений целы. Позвоночные артерии целы на всем протяжении.

При ревизии спинномозгового канала повреждений не обнаружено. Крови в эпидуральной клетчатке не обнаружено. Отмечается кровоизлияние в боковую поверхность межпозвоночного диска между 3 и 4 шейными позвонками темно-красного цвета. Связки атланто-затылочного и атланто-аксиального сочленений без кровоизлияний.

При осмотре зоны синхондроза чешуи затылочной кости с обеих сторон – повреждений нет. Спинной мозг обычного вида.

ОРГАНЫ ГОЛОВЫ И ШЕИ: Язык синюшный, влажный. Небные миндалины по 0,3 см диаметром, округлые, грязно-серые. Просвет носоглотки, гортани и трахеи свободен. Хоаны свободно проходимы. Подъязычная кость и хрящи гортани целы. Слюнные железы обычных размеров дольчатого строения. Слизистые оболочки гортани и трахеи грязно-серые. Щитовидная железа с симметричными долями, обычных размеров. Просвет пищевода свободен, слизистая его продольно-складчатая, бледно-серая.

ГРУДНАЯ ПОЛОСТЬ. Легкие выполняют плевральные полости полностью, ярко-розовые, при проведении воздушной пробы – легкие плавают в воде. В плевральных полостях свободного газа и жидкости не обнаружено. Множественные рассеянные субплевральные точечные кровоизлияния. Легкие тестоватые. По задней поверхности правого легкого субплевральные и паренхиматозные кровоизлияния на глубину до 1 см. На разрезах легкие ярко-розовые, при надавливании с поверхности разрезов выделяется немного вспененной прозрачной жидкости и немного темной жидкой крови из пересеченных сосудов. Просвет воздухо-проводящих путей свободен вплоть до уровня мелких бронхов, слизистые оболочки их бледно-серые. Вилочковая железа дряблая, дольчатого строения бледно-розовая. В полости перикарда следы прозрачной жидкости. Под эпикардом множественные точечные кровоизлияния. Боталов проток и овальное окно открыты. В полостях сердца следы жидкой крови. Эпикард гладкий. Клапанный и пристеночный эндокард тонкий, прозрачный. Клапаны сформированы правильно. Аорта эластична, интима ее гладкая.

БРЮШНАЯ ПОЛОСТЬ. В брюшной полости 70 мл жидкой темной крови с мелкими дряблыми единичными свертками крови в виде свободно лежащих свертков. Инфильтрация кровью малого и большого сальника, и забрюшинной клетчатки вокруг головки поджелудочной железы. Из раневого канала печени активное истечение жидкой крови. Органы расположены анатомически правильно, петли кишечника умеренно раздуты газами. Поворот кишечника завершен. В желудке следы зеленоватой густой жидкости, в тонком и толстом кишечнике темно-зеленый меконий. Поджелудочная железа обычных размеров, дольчатого строения, розовая. Печень темно-вишневая, эластичная, полнокровна. Внепеченочные желчевыводящие пути свободно проходимы.Селезенка дрябло-эластичная, с морщинистой капсулой, темно-красная. Надпочечники листовидной формы с ясно различимыми слоями. Почки равновелики, бобовидной формы, сохраняют эмбриональную дольчатость, полнокровны. Мочевой пузырь пустой.

Представлен акт медико-криминалистического исследования № 1097.– на лоскуте кожи рана с признаками воздействия колющего орудия, шириной на глубине погружения около 1,3 мм.

Данные гистологического метода исследования № 7288,.

* Легкие – альвеолы расправлены. Очаги эмфиземы вплоть до разрыва межальвеолярных перегородок, выраженное полнокровие капилляров межальвеолярных перегородок и межуточные очагово-диффузные кровоизлияния. Просвет альвеол в бронхах свободен. Эпителий бронхов морщинистого вида. Диаметр просвета респираторных артериол значительно преобладает над толщиной их стенки.
* Пуповина – межуточный отек. Просвет сосудов пустой, резко сужен, толщина стенки значительно преобладает над диаметром просвета.
* Печень – полнокровие синусоидов, гепатоциты обычного вида рассеянные мелкие очаги экстрамедуллярного кроветворения.
* В остальных внутренних органах определить структурные изменения и повреждения не представляется возможным из-за низкого качества гистологических препаратов, неравномерной их окраски и слипания гистологических стекол между собой.

Гистологическое заключение: расправленные «дышавшие» легкие с альвеолярной эмфиземой вплоть до разрыва межальвеолярных перегородок. Венозное полнокровие внутренних органов. Спазм сосудов пуповины.

Задание:

1. Какие дополнительные исследования необходимо провести?
2. Составить судебно-медицинский диагноз?
3. Установить причину смерти, давность смерти?
4. Является ли ребенок зрелым, доношенным, срок гестации, какова длительность внеутробной жизни?
5. Наличие телесных повреждений и механизм их образования

Ответы

1. Для судебно-гистологического исследования для определения патоморфологических изменений изъяты кусочки внутренних органов трупа и кусочки плаценты. Для вирусологического исследования изъяты фрагмент трахеи и кусочек легкого. Для цитологического исследования на наличие вирусных включений на секции сделаны мазки – отпечатки с трахеи и легких. Для медико-криминалистического исследования изъят кожный лоскут с точечной раной для определения механизма повреждения и характера травмирующего орудия.
2. **СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКИЙ ДИАГНОЗ.** Комбинированная травма тела. Механическая асфиксия от сдавления шеи и закрытия просвета дыхательных путей: множественные ссадины головы и шеи; точечные кровоизлияния в соединительные оболочки глаз, под плевру и эпикард; эмфизема легких с разрывом межальвеолярных перегородок. Закрытая черепно-мозговая травма: кровоизлияния в коже, ссадины и надрывы надкостницы в области правого лобного бугра и в области стреловидного шва; двусторонний разрыв мозжечкового намета с повреждением поперечных синусов, разрыв серпа с повреждением сагиттального синуса, субдуральная плащевидная гематома в области конечного мозга и субдуральная гематома в задней черепной ямке, рассеянные субарахноидальные кровоизлияния по всем отделам головного мозга. Закрытая спинальная травма – разрыв передней и боковых поверхностей межпозвоночного диска между 3 и 4 шейными позвонками. Осложнения: отек и набухание головного мозга с дислокацией, венозное полнокровие внутренних органов.
3. При судебно-медицинской экспертизе трупа обнаружены телесные повреждения в виде: а) множественные ссадины головы и шеи; б) кровоизлияния в коже, ссадины и надрывы надкостницы в области правого лобного бугра и в области стреловидного шва; двусторонний разрыв мозжечкового намета с повреждением поперечных синусов, разрыв серпа с повреждением сагиттального синуса, рассеянные субарахноидальные кровоизлияния по всем отделам головного мозга; в) разрыв передней и боковых поверхностей межпозвоночного диска между 3 и 4 шейными позвонками. Все повреждения возникли практически одномоментно в результате сдавления головы и шеи твердыми тупыми предметами, предположительно, с ограниченной контактирующей поверхностью с действием травмирующих сил навстречу друг другу. Все повреждения оцениваются в совокупности, квалифицируются как опасные для жизни в момент причинения, обусловили тяжкий вред здоровью и имеют прямую причинную связь со смертью.
4. Смерть наступила в результате комбинированной травмы тела, сопровождавшейся механической асфиксией, закрытой черепно-мозговой травмой с повреждением центральных синусов мозга, закрытой спинальной травмой с надрывом одно из межпозвоночных дисков шейного отдела позвоночного столба. Вывод подтверждается картиной найденной на вскрытии, данными дополнительных методов исследования и данными медицинской документации.
5. Согласно динамике нарастания трупных явлений с учетом первичного осмотра трупа ребенка на месте обнаружения давность смерти 4-6 часов на момент первичного осмотра. Учитывая антропометрические данные ребенок является доношенным, зрелым, жизнеспособным, со сроком внутриутробной жизни 39-40 недель. Наличие спазма пуповины и дышавших легких позволяет говорить, что после рождения ребенок жил не менее нескольких минут.

**6. Перечень практических умений**

УК-1  ПК-1  ПК-2  ПК-3  ПК-5  ПК-7  ПК-8  ПК-9  ПК-10

- установить причину смерти;

- провести судебно-медицинское исследование трупа при различных видах насильственной смерти;

- определить степень тяжести телесных повреждений;

- установить причинно-следственную связь между повреждением и неблагоприятным исходом;

- организовать судебно-медицинскую экспертизу вещественных доказательств (изъять, упаковать и направить объекты судебно-медицинской экспертизы на лабораторные исследования);

**7. Рекомендации по выполнению НИР**

Примерная тематика по НИР по теме - не предусмотрена

**8. Рекомендованная литература по теме занятия** (обязательная, дополнительная, электронные ресурсы, включая законодательные и нормативно-правовые документы)

**Занятие № 45**

**1. Индекс**  ОД.О.01.1.8.59  **Тема: «Судебно-медицинская экспертиза внезапной смерти от заболевании сердечно сосудистой системы. Острая ишемическая болезнь сердца».** 1часть

**2. Форма организации занятия:** подготовка к практическому занятию.

**3. Перечень вопросов для самоподготовки по теме практического занятия**

1. ВОПРОС УК-1  ПК-1  ПК-2  ПК-3  ПК-5  ПК-7  ПК-8  ПК-9  ПК-10

Что называют скоропостижной смертью?

ОТВЕТ: Это смерть кажущегося здоровым человека, наступившая внезапно для окружающих, поэтому она вызывает подозрение на насильственную смерть. Иногда этому способствуют обстановка на месте происшествия или неблагоприятные взаимоотношения умершего с кем-либо из его окружения. Такая смерть может наступить на улице, в транспорте, в общественном месте в считанные секунды (мгновенная смерть) либо в течение нескольких минут или часов, как правило, от скрыто протекающего заболевания и не является следствием насильственных действий.

Чтобы установить категорию и причину смерти, такие трупы направляют на судебно-меди-цинское исследование. Они составляют до 30% всех трупов, поступающих в морг Бюро СМЭ.

2. ВОПРОС УК-1  ПК-1  ПК-2  ПК-3  ПК-5  ПК-7  ПК-8  ПК-9  ПК-10

Можно ли при отсутствии признаков насилия обойтись без вскрытия?

ОТВЕТ: К скоропостижной смерти относят и такие случаи, когда человек болел, но находился не в такой степени тяжести болезни, чтобы внезапно умереть. В таких случаях лечащий или семейный врач, наблюдавший больного и знающий обстановку в семье, может и при отсутствии заявлений близких о подозрении на насильственную смерть или жалоб на медперсонал сам заполнить свидетельство о смерти. Надо только иметь в виду, что под смертью от болезни иногда может скрываться отравление, асфиксия или даже закрытая травма.

**4. Самоконтроль по тестовым заданиям данной темы**

1. ТЕРМИНЫ «СКОРОПОСТИЖНАЯ СМЕРТЬ» И «ВНЕЗАПНАЯ СМЕРТЬ»

ПК-5

1) являются синонимами

2) определяют разные виды смерти

3) отражают клинический признак

4) противоречат друг другу

5) отражают определенный вид смерти

Правильный ответ: 1

1. СКОРОПОСТИЖНОЙ (ПО ДАННЫМ ВОЗ) СЧИТАЕТСЯ СМЕРТЬ, ЕСЛИ ОТ НАЧАЛА КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ БОЛЕЗНИ ДО СМЕРТИ ПРОШЛО

ПК-5

1) 6 часов

2) 10 часов

3) 12 часов

4) около суток

5) более суток

Правильный ответ: 1

1. В СТРУКТУРЕ ПРИЧИН НЕНАСИЛЬСТВЕННОЙ СМЕРТИ ВЕДУЩЕЕ МЕСТО ЗАНИМАЮТ БОЛЕЗНИ

ПК-5

1) сердечно-сосудистой системы

2) центральной и периферической нервной системы

3) пищеварительной системы

4) дыхательной системы

5) мочевыделительной системы

Правильный ответ: 1

1. ТИПИЧНЫМИ ЗОНАМИ КРОВОИЗЛИЯНИЙ В МОЗГ ПРИ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ЯВЛЯЮТСЯ

ПК-5

1) оболочки мозга

2) желудочки и подкорковые ядра больших полушарий

3) мозжечок

4) типичная локализация отсутствует

5) продолговатый мозг

Правильный ответ: 2

1. НЕПОСРЕДСТВЕННОЙ ПРИЧИНОЙ СМЕРТИ ПРИ ЭПИЛЕПТИЧЕСКОМ СТАТУСЕ ЯВЛЯЕТСЯ

ПК-5

1) кровоизлияние в мозг

2) паралич дыхательного центра

3) отек и набухание головного мозга

4) паралич сосудистого центра

5) кровоизлияние в оболочки мозга

Правильный ответ: 3

1. ТИПИЧНАЯ ЛОКАЛИЗАЦИЯ ИШЕМИЧЕСКИХ ИНФАРКТОВ ГОЛОВНОГО МОЗГА ПРИ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ И АТЕРОСКЛЕРОТИЧЕСКОМ ПОРАЖЕНИИ МОЗГОВЫХ АРТЕРИЙ

ПК-5

1) кора больших полушарий мозга

2) белое вещество больших полушарий, стволовой отдел мозга

3) мозжечок

4) возможно поражение любой области

5) подкорковые ядра

Правильный ответ: 2

1. ОСТРУЮ ИШЕМИЮ МИОКАРДА ВЫЗЫВАЮТ

ПК-5

1) состояние покоя

2) легкие физические нагрузки

3) почечная недостаточность

4) психофизиологические факторы

5) печеночная недостаточность

Правильный ответ: 4

1. СУЩНОСТЬ «СЛАДЖ» - СИНДРОМА ЗАКЛЮЧАЕТСЯ В

ПК-5

1) агглютинации эритроцитов

2) изменении диаметра сосуда

3) тромбировании крупных сосудов

4) изменениях реологических свойств крови и отмешивании эритроцитов в центральный кровоток

5) тромбировании мелких сосудов

Правильный ответ: 4

1. МИНИМАЛЬНЫЕ СРОКИ ПРОЯВЛЕНИЯ ИЗМЕНЕНИЙ В КАРДИОМИОЦИТАХ ВЫЯВЛЯЮТСЯ ЧЕРЕЗ

ПК-5

1) 20-30 минут после развития гипоксии

2) 1-2 часа после развития гипоксии

3) 3-5 часов после развития гипоксии

4) 5-6 часов после развития гипоксии

5) 6-7 часов после развития гипоксии

Правильный ответ: 1

1. ПЕРВЫМИ МОРФОЛОГИЧЕСКИМИ ПРИЗНАКАМИ ОСТРОЙ ИШЕМИИ МИОКАРДА ЯВЛЯЮТСЯ

ПК-5

1) контрактуры кардиомиоцитов

2) дистрофия кардиомиоцитов

3) некрозы кардиомиоцитов

4) кардиомиолиз

5) изменения диаметра сосудов

Правильный ответ: 1

**5. Самоконтроль по ситуационным задачам**

**Задача № 1.** УК-1  ПК-1  ПК-2  ПК-3  ПК-5  ПК-7  ПК-8  ПК-9  ПК-10

ОБСТОЯТЕЛЬСТВА ДЕЛА: в направлении на судебно-медицинское исследование трупа не указаны. Представлена выписка из поликлиники на имя Л Диагноз: ХПН терминальная стадия, нефросклероз, рак правой почки? Гипертоническая болезнь 2-3 степени. Киста печени. Эрозивный гастрит. НАРУЖНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ. Труп мужчины, доставлен в трусах черного цвета, завернут в покрывало, среднего телосложения, резко сниженног8о питания, длиной тела 165 см. ПОВРЕЖДЕНИЯ. Каких-либо повреждений, кроме следов медицинских манипуляций, при наружном исследовании не обнаружено. При проведении воздушной пробы – воздух из плевральных полостей и полостей сердца не получен.

ВНУТРЕННЕЕ ИССЛЕДОВАНИЕ Масса органов взрослых.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Масса | **№ 8** | норма |
| Мозг | **1300** | До 1400 |
| Легкое правое | **500** | 450 |
| левое | **390** | 375 |
| Сердце | **300** | 200-400 |
| Печень | **1600** | 1200-2000 |
| Селезенка | **90** | 80-180 |
| Почки | **260** | 275-310 |
| Простата | **95** | 40 |

Полость черепа: кожно-мышечный лоскут головы гладкий, влажный, блестящий, без кровоизлияний и повреждений, височные мышцы синюшные, сочные, полнокровны. Кости свода и основания черепа целы. Твердая мозговая оболочка серо-перламутрового цвета, цела, блестящая, гладкая, влажная, просвет ее синусов выполнен жидкой темной кровью в большом количестве. Мягкие мозговые оболочки тонкие, прозрачные со студневидным отеком и полнокровными сосудами, по ходу которых определяются рассеянные точечные кровоизлияния в небольшом количестве в толще мозговых оболочек. Сосуды Вилизиева круга с тонкими стенками, пустым просветом. Борозды мозга с обычным рисунком, на миндаликах мозжечка кольцевидная с диффузными субарахноидальными кровоизлияниями полоса вдавления от краев большого затылочного отверстия с губовидным выпячиванием вещества мозга внутри кольца. Резервные пространства мозга отсутствуют. Головной мозг дрябло-эластичный, на разрезах с четкой границей серого и белого вещества и мраморным рисунком подкорковых ядер. Поверхности разрезов тускловаты, липнут к лезвию ножа. Желудочки мозга симметричны, увеличенного объема, эпендима их бледно-серая, блестящая, влажная, в полостях желудочков повышенное количество прозрачной соломенного цвета жидкости. Сосудистые сплетения обычного вида, полнокровны ОРГАНЫ ГОЛОВЫ И ШЕИ. Язык синюшный, влажный, обложен серовато-желтым, не снимающимся налетом. Слизистые оболочки носоглотки синюшные, влажные, блестящие. В мягких тканях шеи повреждений и кровоизлияний не обнаружено. Вход и просвет гортани свободен, слизистая оболочка ее бледно-серая. Подъязычная кость и хрящи гортани целы, в мягких тканях ее повреждений не обнаружено. Просвет трахеи и главных бронхов свободен, хрящи трахеи целы. Щитовидная железа обычных размеров, с равновеликими долями, плотно-эластичная, темно-коричневая, на разрезе полнокровна, дольчатого строения. Просвет пищевода свободен, слизистая его бледно-серая, продольно складчатая. ГРУДНАЯ ПОЛОСТЬ. В плевральных полостях следы прозрачной жидкости. Легкие выполняют 2\3 полостей, с блестящей, гладкой и влажной плеврой. Под висцеральной плеврой, особенно, в прикорневых отделах легких и по базальным поверхностям, множественные точечные кровоизлияния. Легкие синюшные в передних и темно-синюшные в задних отделах, тестоватой консистенции, на разрезах темно-красные с обычным рисунком, полнокровны. Слизистые оболочки воздухопроводящих путей светло-розовые, набухшие. Бифуркационные лимфоузлы располагаются в виде пакетов диаметром от 1 до 2 см, эластичные, не спаянные между собой и с окружающими тканями, темно-синюшные, на разрезах сочные, с обычным рисунком. В полости перикарда следы прозрачной жидкости, листки его гладкие, влажные, блестящие. Под эпикардом единичные точечные рассеянные темно-красные кровоизлияния. Сердце дрябло-эластичное, 11х9х8 см. В полостях сердца немного жидкой темной крови с мелкими единичными темно-вишневыми свертками. Миокард розовато-синюшный, эластичный, неравномерного кровенаполнения. Толщина стенки правого желудочка 0,3 см, левого 1,2 см. Клапаны и пристеночный эндокард тонкий, полупрозрачный, клапаны сформированы правильно. Аорта эластична, со следами жидкой крови в просвете и рассеянными липидными пятнами в интиме. Коронарные артерии с тонкими стенками, пустым просветом. БРЮШНАЯ ПОЛОСТЬ Каких-либо метастазов и опухолевых узлов в печени, легких, селезенки, лимфоузлах не обнаружено. Органы расположены анатомически правильно. В полости следы прозрачной жидкости соломенного цвета. Листки брюшины гладкие, влажные, блестящие. Желудок пустой, содержимое кишечника отделам соответствует, слизистые оболочки их бледно-серые. Мезентериальные лимфоузлы располагаются раздельно, диаметр их не более 1 см, эластичны. Печень 20х18х16х13 см, плотно-эластичная, желто-коричневая с поверхности и на разрезах, полнокровная, со смазанным рисунком долек. В желчном пузыре 15 мл жидкой темно-зеленой желчи, слизистая оболочка его темно-зеленая, бархатистая. Просвет внепеченочных желчевыводящих путей свободно проходим. Поджелудочная железа обычных размеров, плотно-эластичная, бледно-серая, на разрезах - дольчатого строения. Селезенка 7х5х4 см, синюшная, полнокровна, эластична, без соскоба. Надпочечники листовидной формы, обычных размеров, на разрезах граница слоев четкая. Обе почки с мелкобугристой поверхностью равновелики, 8х6х5 см. Глазом опухолевых узлов не выявлено. Очень бледная кора. Отеков и других признаков почечной недостаточности не выявлено. Слизистые оболочки лоханок и чашечек бледно-синюшные, гладкие, блестящие, просвет их свободен. Мочеточники проходимы на всем протяжении, с бледно-серой слизистой. Плотная, значительно увеличенная в размерах, до 7 см диаметром, простата с разрастанием в толще ее бледно-серой ткани типа «рыбьего мяса». В мочевом пузыре 20 грамм прозрачной мочи, слизистая оболочка его складчатая, бледно-серая, уретра свободно проходима. **АКТ** Судебно-гистологического исследования № 238. В почках – картина паренхиматозного тотального пиелонефрита. В простате – крупноацинарная аденокарцимнома.

Задание:

1. Какие дополнительные исследования необходимо провести?
2. Зашифровать заболевание в свидетельстве о смерти?
3. Составить судебно-медицинский диагноз?
4. Определить наличие телесных провреждений?
5. Установить причину смерти?

Ответы:

1. Из трупа для судебно-гистологического исследования взяты кусочки внутренних органов на патоморфологические изменения. Для судебно-химического исследования кровь и моча на определение алкоголя.
2. Свидетельство о смерти В) крупноацинарная аденокарцинома простаты.
3. СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКИЙ ДИАГНОЗ. Крупноацинарная аденокарцинома простаты. *Осложнения:* двусторонний паренхиматозный тотальный пиелонефрит, кахексия, отек и набухание головного мозга с дислокацией; отек легких; венозное полнокровие внутренних органов.
4. При судебно-медицинском исследовании трупа телесные повреждения не обнаружены.
5. Смерть наступила в результате заболевания – злокачественной опухоли простаты, осложнившейся двусторонним пиелонефритом. Заключение подтверждается картиной, найденной на вскрытии, и данными медицинской документации.При судебно-химическом исследовании в крови этиловый спирт не обнаружен.

**Задача № 2** УК-1  ПК-1  ПК-2  ПК-3  ПК-5  ПК-7  ПК-8  ПК-9  ПК-10

ИССЛЕДОВАНИЕ ТРУПА ПРОВОДИТСЯ ДЛЯ УСТАНОВЛЕНИЯ ПРИЧИНЫ СМЕРТИ

ОБСТОЯТЕЛЬСТВА ДЕЛА: в направлении на судебно-медицинское исследование трупа не указаны. Представлена медицинская карта стационарного больного № на имя С., 1956 г.р., которая 19.01.07г. в 12-20 бригадой скорой помощи была доставлена в токсикологическое отделение. Со слов врача скорой помощи злоупотребляла алкоголем не менее 5 дней, после этого 4 дня назад «пожелтела». При поступлении общее состояние тяжелое, оглушение 2. Больная понимает, что находится в больнице, во времени путается, отвечает на вопросы односложно, «застревает» на одном слове, выполняет несложные инструкции. Критика отсутствует. Кожные покровы желтушные, сухие. Склеры инъецированы. Зрачки средней величины, равны. Фотореакция сохранена. Симптом Кернига 170°. В позе Ромберга не устойчива. Мышечный тонус удовлетворительный. Дыхание спонтанное, адекватное, ЧДД 19-20 в минуту, проводится по всем полям, хрипов не слышно. АД 110/70 мм.рт.ст. Пульс 100 в минуту, тахикардия. Живот не вздут, на пальпацию не реагирует. Печень выступает из под реберной дуги на 15-20 см, плотная. При поступлении в отделение больной произведена катетеризация подключичной вены справа. несмотря на проводимое лечение, в 17-20 23.01.07г. зафиксирована остановка кровообращения, реанимационные мероприятия в течение 10 минут без эффекта. В 17-30 23.01.2007г. констатирована смерть больной. ПОСМЕРТНЫЙ ДИАГНОЗ. Токсический (алкогольный) гепатит, тяжелое течение. *Осложнения.* Энцефалопатия смешанного генеза тяжелой степени, нефропатия, панкреатопатия. Двусторонняя пневмония. ДВС-синдром в стадии гипокоагуляции. Постгеморрагическая анемия. Отек легких. *Конкурирующий.* Цирроз печени в стадии декомпенсации? Панкреонекроз?

Алкоголь – в крови и моче не обнаружен.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Данные анализов | | | | | |
| Параметры  дата | 19.01 | 20.01 | 21.01 | 22.01 | 23.01 |
| эритроциты |  | 3,58 | 3,4 | 3,31 | 2,25 |
| Цветной п. |  | 1,5 | 1,05 | 1,04 | 1,04 |
| гемоглобин | 125 | 126 | 120 | 115 | 78 |
| тромбоциты |  | 175 | 212 | 220 | 208 |
| ретикулоциты |  | 32,6 | 3 | 30,4 | 21,1 |
| лейкоциты | 16,3 | 25,2 | 27,2 | 24,0 | 29,6 |
| эозинофилы |  |  | 1 |  |  |
| промиелоциты | 1 |  |  |  |  |
| миелоциты | 1 | 2 | 2 | 1 | 4 |
| Юные |  |  | 1 |  | 1 |
| палочкоядерные | 5 | 6 | 8 | 2 | 9 |
| сегментоядерные | 72 | 62 | 76 | 90 | 68 |
| лимфоциты | 12 | 14 | 7 | 3 | 9 |
| моноциты | 9 | 16 | 5 | 4 | 9 |
| Дегенеративные изменения нейтрофилов |  | +++ | ++ | ++ | +++ |
| Анизоцитоз |  | + | + |  | + |
| Пойкилоцитоз |  |  | + |  |  |
| Полихромазия |  | + |  |  | + |
| РОЭ | 59 | 60 | 53 | 44 | 57 |
| Амилаза | 364 | 113 | 93 | 309 | 1623 |
| мочевина | 14,2 | 17,2 | 17,9 | 15,5 | 14,1 |
| Билирубин общ. | 282,8 | 370,8 | 298,8 | 438,4 | 184,1 |
| Прямой | 145,0 | 203,0 | 144,8 | 241,6 | 93,9 |
| непрямой | 137,8 | 167,8 | 154,0 | 196,8 | 90,2 |
| Белок крови | 79,8 | 83,4 | 80,4 | 80,2 | 53,1 |
| Калий | 3,0 | 2,6 | 2,7 | 2,2 | 3,8 |
| Натрий | 152 | 141 | 138 | 140 | 160 |
| АЛТ | 8700 | 86,4 | 67,1 | 181,1 | 263,0 |
| Сахар | 6,8 | 5,9 | 5,8 | 6,6 | 6,1 |
| ПТВ | 27 |  |  | ›30 | ›30 |
| ПТИ | 33 |  |  |  |  |
| Фибриноген | 5,9 |  |  | 5,1 |  |
| Креатинин |  | 154,5 |  | 565,0 |  |
| Уд. вес мочи |  |  | 1005 |  | м/м |
| Белок мочи |  |  | 140 |  | 350 |
| Лейкоциты мочи |  |  | 1-3 |  | Бол. Кол. |
| Эритроциты мочи |  |  | 25-30 |  | 1-2 |
| Желчные пигменты |  |  | Резко положит |  | Резко положит |

НАРУЖНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ. Труп женщины, доставлен без одежды, среднего телосложения, удовлетворительного питания, длиной тела 175 см. Кожа желто-серая, холодная на ощупь во всех отделах, в отлогих местах тела сливные, фиолетовые, не исчезающие и не меняющие цвет при надавливании трупные пятна. Трупное окоченение достаточно выражено во всех обычно исследуемых группах мышц. Склеры глаз желтые мутные, тусклые, суховаты, кровоизлияний в соединительные оболочки глаз не отмечается, зрачки равновелики по 0,4 см диаметром. Голова правильной формы, кости черепа и лицевого скелета на ощупь целы. Грудная клетка цилиндрическая, эластичная, упругая, ребра на ощупь целы. Живот на одном уровне с грудной клеткой. Естественные отверстия тела и полости рта и носоглотки свободны, чистые. Слизистая оболочка губ желто-синюшная, подсохшая. Анальное отверстие сомкнуто, кожа вокруг него слегка обпачкана каловыми массами. Половые органы развиты правильно. Кости конечностей целы. ПОВРЕЖДЕНИЯ. Каких-либо повреждений, кроме следов медицинских манипуляций, при наружном исследовании не обнаружено. При проведении воздушной пробы – воздух из плевральных полостей и полостей сердца не получен.

ВНУТРЕННЕЕ ИССЛЕДОВАНИЕ Масса органов взрослых.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Масса | **№ 30** | норма |
| Мозг | **1500** | До 1400 |
| Легкое правое | **600** | 450 |
| левое | **450** | 375 |
| Сердце | **300** | 200-400 |
| Печень | **2000** | 1200-2000 |
| Селезенка | **310** | 80-180 |
| Почки | **325** | 275-310 |

Полость черепа: кожно-мышечный лоскут головы гладкий, влажный, блестящий, без кровоизлияний и повреждений, височные мышцы синюшные, сочные, полнокровны. Кости свода и основания черепа целы. Твердая мозговая оболочка желтого цвета, цела, блестящая, гладкая, влажная, просвет ее синусов выполнен жидкой темной кровью в большом количестве. Мягкие мозговые оболочки тонкие, прозрачные со студневидным отеком и полнокровными сосудами, по ходу которых определяются рассеянные точечные кровоизлияния в небольшом количестве в толще мозговых оболочек. Сосуды Вилизиева круга с тонкими стенками, пустым просветом. Борозды мозга с обычным рисунком, на миндаликах мозжечка определяется полоса вдавления от краев большого затылочного отверстия. Головной мозг эластичный, на разрезах с четкой границей серого и белого вещества и мраморным рисунком подкорковых ядер. Поверхности разрезов тускловаты, липнут к лезвию ножа. Желудочки мозга симметричны, обычного объема, эпендима их бледно-серая, блестящая, влажная, в полостях желудочков следы прозрачной желтого цвета жидкости. Сосудистые сплетения обычного вида, полнокровны. ОРГАНЫ ГОЛОВЫ И ШЕИ. Язык желто-синюшный, влажный, обложен серовато-желтым, не снимающимся налетом. Слизистые оболочки носоглотки желто-синюшные, влажные, блестящие. В мягких тканях шеи повреждений и кровоизлияний не обнаружено. Вход и просвет гортани свободен, слизистая оболочка ее желто-серая. Подъязычная кость и хрящи гортани целы, в мягких тканях ее повреждений не обнаружено. Просвет трахеи и главных бронхов свободен, хрящи трахеи целы. Щитовидная железа обычных размеров, с равновеликими долями, плотно-эластичная, темно-коричневая, на разрезе полнокровна, дольчатого строения. Просвет пищевода свободен, слизистая его желто-серая, продольно складчатая. ГРУДНАЯ ПОЛОСТЬ. В плевральных полостях следы желтой жидкости. Легкие выполняют 2\3 полостей, с блестящей, прокрашенной в желтый цвет гладкой и влажной плеврой. Под висцеральной плеврой, особенно, в прикорневых отделах легких и по базальным поверхностям, множественные точечные кровоизлияния. Легкие желто-синюшные в передних и темно-синюшные в задних отделах, тестоватой консистенции, на разрезах темно-красные с обычным рисунком, полнокровны. Слизистые оболочки воздухопроводящих путей желтые, набухшие. Бифуркационные лимфоузлы располагаются в виде пакетов диаметром от 1 до 2 см, эластичные, не спаянные между собой и с окружающими тканями, темно-синюшные, на разрезах сочные, с обычным рисунком. В полости перикарда следы желтой жидкости, листки его гладкие, влажные, блестящие. Под эпикардом единичные точечные рассеянные темно-красные кровоизлияния. Сердце дряблое, 10х9х8 см. В полостях сердца немного жидкой темной крови с мелкими единичными темно-вишневыми свертками. Миокард розовато-синюшный, эластичный, неравномерного кровенаполнения. Толщина стенки правого желудочка 0,3 см, левого 1,2 см. Клапанный и пристеночный эндокард тонкий, прокрашен в желтый цвет, полупрозрачный, клапаны сформированы правильно. Аорта эластична, со следами жидкой крови в просвете и рассеянными липидными пятнами в интиме. Коронарные артерии с тонкими стенками, пустым просветом. БРЮШНАЯ ПОЛОСТЬ. Органы расположены анатомически правильно. В полости следы прозрачной жидкости желтого цвета. Листки брюшины прокрашены в желтый цвет, гладкие, влажные, блестящие. Желудок пустой, содержимое кишечника отделам соответствует, слизистые оболочки их желто-серые. В толстом кишечнике бесцветные каловые массы. Мезентериальные лимфоузлы располагаются раздельно, диаметр их не более 1 см, эластичны. Печень 23х22х18х13 см, плотно-эластичная, желто-зеленая с поверхности и на разрезах, полнокровная, с зеленым крапом и мелкобугристой поверхностью. В желчном пузыре 50 мл жидкой темно-зеленой желчи, слизистая оболочка его темно-зеленая, бархатистая. Просвет внепеченочных желчевыводящих путей свободно проходим. Поджелудочная железа обычных размеров, плотно-эластичная, бледно-желтая, на разрезах - дольчатого строения. Селезенка 14х15х14 см, синюшная, полнокровна, эластична, без соскоба. Надпочечники листовидной формы, обычных размеров, на разрезах граница слоев четкая. Почки равновелики, 11х7х5 см, дрябло-эластичные. Капсула сползает при надрезе, обнажая ровную поверхность. По краю разреза паренхима наползает на капсулу. На разрезах корковый слой – желто-синюшный, с темно-красным крапом и подчеркнутым рисунком, мозговой слой также с подчеркнутым рисунком, граница слоев отчетливо выражена. Слизистые оболочки лоханок и чашечек желтые, гладкие, блестящие, просвет их свободен. Мочеточники проходимы на всем протяжении, с желто-серой слизистой. Мочевой пузырь пуст, слизистая оболочка его складчатая, желто-серая, уретра свободно проходима. ДАННЫЕ ДОПОЛНИТЕЛЬНЫХ МЕТОДОВ ИССЛЕДОВАНИЯ. Представлен акт судебно-гистологического исследования № 964 от 26.02.07 Судмедэксперт. Заключение: Хронический гепатит, стадия обострения; фокальные некрозы гепатоцитов с пропитыванием желчью, выраженный холестаз в печени. Микронодулярный цирроз печени. Начальная стадия развития острой почечной недостаточности с пропитыванием нефроэпителия желчью, блокадой извитых канальцев и собирательных трубок почки желчными цилиндрами. Отек головного мозга. Очаговый альвеолярный отек, эмфизема в легком. Стромальный отек, малокровие миокарда.

Задание:

1. Какие дополнительные исследования необходимо провести?
2. Зашифровать заболевание в свидетельстве о смерти?
3. Составить судебно-медицинский диагноз?
4. Определить наличие телесных провреждений?
5. Установить причину смерти?

Ответы:

1. Из трупа для судебно-гистологического исследования взяты кусочки внутренних органов на патоморфологические изменения.
2. Свидетельство о смерти. А) хронический гепатит в фазе обострения.
3. СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКИЙ ДИАГНОЗ. Хронический гепатит, стадия обострения; фокальные некрозы гепатоцитов с пропитыванием желчью, выраженный холестаз в печени, микронодулярный цирроз печени, билирубиновый нефроз с некрозом эпителия почечных канальцев. *Осложнения:* паренхиматозная желтуха, отек и набухание головного мозга с дислокацией; отек легких с геморрагическим компонентом; полнокровие внутренних органов.
4. При судебно-медицинском исследовании трупа телесные повреждения не обнаружены.
5. Смерть наступила в результате заболевания, хронического гепатита с микронодуллярным циррозом печени и развитием паренхиматозной желтухи, токсического гепатита и нефроза. Заключение подтверждается картиной, найденной на вскрытии, и данными медицинской документации. При поступлении пострадавшей в стационар в крови не обнаружен этиловый спирт.

**Задача № 3** УК-1  ПК-1  ПК-2  ПК-3  ПК-5  ПК-7  ПК-8  ПК-9  ПК-10

ИССЛЕДОВАНИЕ ТРУПА ПРОВОДИТСЯ ДЛЯ УСТАНОВЛЕНИЯ ПРИЧИНЫ СМЕРТИ

ОБСТОЯТЕЛЬСТВА ДЕЛА: в направлении на судебно-медицинское исследование трупа не указаны.

Представлен акт о смерти. Больной Я, 36 лет (19.02.1970 г.р.), проживающий по адресу: г. К, был доставлен бригадой "скорой помощи" в ГКБ № в 17-45 02.02.07г. в крайне тяжелом состоянии, на каталке. Сознание оглушение, заторможен, контакту не доступен. Кожные покровы бледные, желтушные, склеры иктеричные. Жировая клетчатка развита слабо. Костно-суставная система без видимой патологии. В легких дыхание ослаблено, проводится по всем полям, хрипов нет. ЧДД 19 в минуту Пульс 81 в минуту АД 80/60 мм.рт.ст. Симптом 12 ребра отрицательный с обеих сторон. Язык обложен грязным налетом. При пальпации живот мягкий во всех отделах, на пальпацию не реагирует. При проведении диагностических мероприятий в 18-00 произошла остановка сердечной деятельности. Проводимые реанимационные мероприятия в течение 30 минут эффекта не дали. В 18-30 02.02.07г. констатирована смерть больного.

НАРУЖНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ. Труп мужчины, доставлен без одежды, среднего телосложения, в кахексии, длиной тела 175 см. Кожа бледно-серая, холодная на ощупь во всех отделах, в отлогих местах тела сливные, фиолетовые, не исчезающие и не меняющие цвет при надавливании трупные пятна. Трупное окоченение достаточно выражено во всех обычно исследуемых группах мышц. Склеры глаз мутные, тусклые, суховаты, кровоизлияний в соединительные оболочки глаз не отмечается, зрачки равновелики по 0,4 см диаметром. Голова правильной формы, кости черепа и лицевого скелета на ощупь целы. Грудная клетка цилиндрическая, эластичная, упругая, ребра на ощупь целы. Живот на одном уровне с грудной клеткой. Естественные отверстия тела и полости рта и носоглотки свободны, чистые. Слизистая оболочка губ синюшная, подсохшая. Анальное отверстие сомкнуто, кожа вокруг него слегка обпачкана каловыми массами. Половые органы развиты правильно. Кости конечностей целы.

ПОВРЕЖДЕНИЯ. Каких-либо повреждений, кроме следов медицинских манипуляций, при наружном исследовании не обнаружено.

При проведении воздушной пробы – воздух из плевральных полостей и полостей сердца не получен.

ВНУТРЕННЕЕ ИССЛЕДОВАНИЕ

Масса органов взрослых.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Масса | **№ 44** | норма |
| Мозг | **1300** | До 1400 |
| Легкое правое | **590** | 450 |
| левое | **560** | 375 |
| Сердце | **380** | 200-400 |
| Печень | **2100** | 1200-2000 |
| Селезенка | **250** | 80-180 |
| Почки | **290** | 275-310 |

ПОЛОСТЬ ЧЕРЕПА: кожно-мышечный лоскут головы гладкий, влажный, блестящий, без кровоизлияний и повреждений, височные мышцы синюшные, сочные, полнокровны. Кости свода и основания черепа целы. Твердая мозговая оболочка серо-перламутрового цвета, цела, блестящая, гладкая, влажная, просвет ее синусов выполнен жидкой темной кровью в большом количестве. Мягкие мозговые оболочки тонкие, прозрачные со студневидным отеком и полнокровными сосудами, по ходу которых определяются рассеянные точечные кровоизлияния в небольшом количестве в толще мозговых оболочек. Сосуды Вилизиева круга с тонкими стенками, пустым просветом. Борозды мозга с обычным рисунком, на миндаликах мозжечка определяется полоса вдавления от краев большого затылочного отверстия. Головной мозг эластичный, на разрезах с четкой границей серого и белого вещества и мраморным рисунком подкорковых ядер. Поверхности разрезов тускловаты, липнут к лезвию ножа. Желудочки мозга симметричны, обычного объема, эпендима их бледно-серая, блестящая, влажная, в полостях желудочков следы прозрачной соломенного цвета жидкости. Сосудистые сплетения обычного вида, полнокровны

ОРГАНЫ ГОЛОВЫ И ШЕИ. Язык синюшный, влажный, обложен серовато-желтым, не снимающимся налетом. Слизистые оболочки носоглотки синюшные, влажные, блестящие. В мягких тканях шеи повреждений и кровоизлияний не обнаружено. Вход и просвет гортани свободен, слизистая оболочка ее бледно-серая. Подъязычная кость и хрящи гортани целы, в мягких тканях ее повреждений не обнаружено. Просвет трахеи и главных бронхов свободен, хрящи трахеи целы. Щитовидная железа обычных размеров, с равновеликими долями, плотно-эластичная, темно-коричневая, на разрезе полнокровна, дольчатого строения. Просвет пищевода свободен, слизистая его бледно-серая, продольно складчатая.

ГРУДНАЯ ПОЛОСТЬ. В плевральных полостях следы прозрачной жидкости. Легкие выполняют 2\3 полостей, с блестящей, гладкой и влажной плеврой. Под висцеральной плеврой, особенно, в прикорневых отделах легких и по базальным поверхностям, множественные точечные кровоизлияния. Легкие синюшные в передних и темно-синюшные в задних отделах, тестоватой консистенции, на разрезах темно-красные с обычным рисунком, полнокровны. Слизистые оболочки воздухопроводящих путей светло-розовые, набухшие. Бифуркационные лимфоузлы располагаются в виде пакетов диаметром от 1 до 2 см, эластичные, не спаянные между собой и с окружающими тканями, темно-синюшные, на разрезах сочные, с обычным рисунком. В полости перикарда следы прозрачной жидкости, листки его гладкие, влажные, блестящие. Под эпикардом единичные точечные рассеянные темно-красные кровоизлияния. Сердце дрябло-эластичное, 11,5х9х8 см, с избыточным отложением жира под эпикардом. В полостях сердца немного жидкой темной крови со смешанными свертками. Миокард розовато-синюшный, эластичный, неравномерного кровенаполнения. Толщина стенки правого желудочка 0,3 см, левого 1,2 см. Клапаны и пристеночный эндокард тонкий, полупрозрачный, клапаны сформированы правильно. Аорта эластична, со следами жидкой крови в просвете и рассеянными липидными пятнами в интиме. Коронарные артерии с тонкими стенками, пустым просветом.

БРЮШНАЯ ПОЛОСТЬ. Органы расположены анатомически правильно. В полости следы прозрачной жидкости соломенного цвета. Листки брюшины гладкие, влажные, блестящие. Желудок пустой, содержимое кишечника отделам соответствует, слизистые оболочки их бледно-серые. Мезентериальные лимфоузлы располагаются раздельно, диаметр их не более 1 см, эластичны. Печень 24х20х16х13 см, плотно-эластичная, желто-коричневая с поверхности и на разрезах, полнокровная, со смазанным рисунком долек. В желчном пузыре 15 мл жидкой темно-зеленой желчи, слизистая оболочка его темно-зеленая, бархатистая. Просвет внепеченочных желчевыводящих путей свободно проходим. При ревизии у нижнего полюса селезенки, распространяясь на хвост поджелудочной железы гнойный абсцесс со сформировавшейся капсулой диаметром 10 см. Выраженное гнойное воспаление всей поджелудочной железы. Селезенка 16х15х14 см, синюшная, полнокровна, дряблая с обильным соскобом. Надпочечники листовидной формы, обычных размеров, на разрезах граница слоев четкая. Почки равновелики, 11,5х6х5 см, дрябло-эластичные. Капсула сползает при надрезе, обнажая ровную поверхность. По краю разреза паренхима наползает на капсулу. На разрезах корковый слой - синюшный, с темно-красным крапом и подчеркнутым рисунком, мозговой слой также с подчеркнутым рисунком, граница слоев отчетливо выражена. Слизистые оболочки лоханок и чашечек бледно-синюшные, гладкие, блестящие, просвет их свободен. Мочеточники проходимы на всем протяжении, с бледно-серой слизистой. Мочевой пузырь пуст, слизистая оболочка его складчатая, бледно-серая, уретра свободно проходима.

**ДАННЫЕ ДОПОЛНИТЕЛЬНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ.**

Представлен акт судебно-химического исследования № 1099 от 01.03.07г. Эксперт-химик Баженова. При судебно-химическом исследовании вещественных доказательств, изъятых при вскрытии трупа, этиловый спирт не обнаружен.

Судебно-гистологическое исследование № 959 ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Картина цирроза поджелудочной железы с гнойно-гранулирующим воспалением. Селезенка с миелоидной метаплазией и очагами гнойного спленита.

Задание:

1. Какие дополнительные исследования необходимо провести?
2. Зашифровать заболевание в свидетельстве о смерти?
3. Составить судебно-медицинский диагноз?
4. Определить наличие телесных провреждений?
5. Установить причину смерти?

Ответы:

* 1. Из трупа взяты: для судебно-гистологического исследования кусочки внутренних органов на патоморфологические изменения; для судебно-химического исследования кровь и моча на наличие алкоголя.
  2. Свидетельство о смерти. В) Хронический панкреатит с исходом в цирроз поджелудочной железы. К 86.8.
  3. *СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКИЙ ДИАГНОЗ.* Хронический панкреатит с исходом в цирроз поджелудочной железы, гнойно-гранулирующий панкреатит, гнойно-некротический спленит, хронический забрюшинный абсцесс. О*сложнения:* отек и набухание головного мозга; отек легких; венозное полнокровие внутренних органов.
  4. При судебно-медицинском исследовании трупа телесные повреждения не обнаружены.
  5. Смерть наступила в результате заболевания, верифицированного как хронический панкреатит с исходом в цирроз поджелудочной железы, гнойно-гранулирующий панкреатит, гнойно-некротический спленит, хронический забрюшинный абсцесс. Заболевание осложнилось острой сердечно-сосудистой недостаточностью. Заключение подтверждается картиной, найденной на вскрытии, и данными медицинской документации. При судебно-химическом исследовании в крови и моче этиловый спирт не обнаружен.

Задача № 4 УК-1  ПК-1  ПК-2  ПК-3  ПК-5  ПК-7  ПК-8  ПК-9  ПК-10

ИССЛЕДОВАНИЕ ТРУПА ПРОВОДИТСЯ ДЛЯ УСТАНОВЛЕНИЯ ПРИЧИНЫ СМЕРТИ

ОБСТОЯТЕЛЬСТВА ДЕЛА: в направлении на судебно-медицинское исследование трупа не указаны.

Представлена медицинская карта стационарного больного № 9090 из ГКБ № 6 на имя Похиловой З.А., 1921 г.р., которая 28.01.07г. в 18-55 бригадой скорой помощи была доставлена в токсикологическое отделение из дома с жалобами на боли во рту, слабость, боли по ходу пищевода и в эпигастрии. Дома с суицидальной целью, время неизвестно, выпила около 10-15 грамм марганцовокислого калия, кристаллического. На догоспитальном этапе промыт желудок через зонд. При поступлении состояние тяжелое, оглушение 1,2, возбуждена, кричит о том, что не хочет жить, отказывается лечиться. Тургор кожи снижен, мелкоточечные подкожные кровоизлияния на руках. Химический ожог слизистых оболочек. Склеры инъецированы. Зрачки средней величины, равны, фотореакция снижена. Симптом Кернига 160°. Мышечный тонус снижен. Дыхание спонтанное, адекватное, ЧДД 18в минуту, жесткое, влажные проводные хрипы из верхних отделов. АД 130/90 мм.рт.ст. Пульс 89 в минуту. Язык гиперемирован, химический ожог. Живот болезненный в эпигастрии. При поступлении в отделение больной произведена катетеризация подключичной вены справа, катетеризирован мочевой пузырь, проведен желудочный зонд (повторно промыт желудок). Несмотря на проводимое лечение, состояние больной прогрессивно ухудшалось: нарастала энцефалопатия сосудистого генеза, присоединилась внутрибольничная дусторонняя пневмония, острая сердечно-сосудистая недостаточность, вторичный панкреатит. Состояние больной стабилизировать не удавалось. При явлениях полиорганной недостаточности в стадии декомпенсации 16.02.07г. в 19-00 наступила смерть, несмотря на проводимые реанимационные мероприятия.

ПОСМЕРТНЫЙ ДИАГНОЗ. Острое пероральное отравление кристаллическим марганцовокислым калием тяжелой степени. Суицид. *Осложнения.* Химический ожог желудочно-кишечного тракта. Двусторонняя внутрибольничная пневмония. Энцефалопатия смешанного генеза. Острая сердечно-сосудистая недостаточность. Отек легких. Отек головного мозга. пролежни крестца и грудной клетки.

Алкоголь – в крови и моче не обнаружен.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Данные анализов | | | | |
| Параметры  дата | 10.02 | 11.02 | 12.02 | 13.02 |
| эритроциты | 4,67 | 4,8 | 4,85 | 4,1 |
| Цветной п. | 1,0 | 1,0 | 1,02 | 0,98 |
| гемоглобин | 156 | 159 | 162 | 134 |
| тромбоциты | 131 | 128 | 144 | 161 |
| ретикулоциты | 41,6 | 42 | 44,2 | 57,0 |
| лейкоциты | 28,3 | 25,0 | 49,6 | 21,9 |
| палочкоядерные | 13 | 11 | 4 | 7 |
| сегментоядерные | 81 | 83 | 92 | 86 |
| Индекс ядерного сдвига |  |  |  |  |
| лимфоциты | 5 | 5 | 3 | 6 |
| моноциты | 1 | 1 | 1 | 1 |
| Дегенеративные изменения нейтрофилов | ++ | ++ | + | +++ |
| РОЭ |  | 6 |  |  |
| Амилаза |  | 289 | 237 | 297 |
| мочевина |  | 17,8 | 22,6 | 30,1 |
| Билирубин общ. |  | 14,9 | 14,9 | 14,9 |
| Прямой |  | 4,9 | 4,9 | 4,9 |
| непрямой |  | 10,0 | 10,0 | 10,0 |
| Белок крови |  | 40,0 | 44,4 | 42,2 |
| Калий |  | 4,0 | 4,3 | 4,6 |
| Натрий |  | 142 | 132 | 150 |

НАРУЖНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ. Труп женщины, доставлен без одежды, среднего телосложения, удовлетворительного питания, длиной тела 155 см. Кожа бледно-серая, холодная на ощупь во всех отделах, в отлогих местах тела сливные, фиолетовые, не исчезающие и не меняющие цвет при надавливании трупные пятна. Трупное окоченение достаточно выражено во всех обычно исследуемых группах мышц. Склеры глаз мутные, тусклые, суховаты, кровоизлияний в соединительные оболочки глаз не отмечается, зрачки равновелики по 0,4 см диаметром. Голова правильной формы, кости черепа и лицевого скелета на ощупь целы. Грудная клетка цилиндрическая, эластичная, упругая, ребра на ощупь целы. Живот на одном уровне с грудной клеткой. Естественные отверстия тела и полости рта и носоглотки свободны, чистые. Слизистая оболочка губ синюшная, подсохшая. Анальное отверстие сомкнуто, кожа вокруг него слегка обпачкана каловыми массами. Половые органы развиты правильно. Кости конечностей целы.

ПОВРЕЖДЕНИЯ. Каких-либо повреждений, кроме пролежней и следов медицинских манипуляций, при наружном исследовании не обнаружено.

При проведении воздушной пробы – воздух из плевральных полостей и полостей сердца не получен.

ВНУТРЕННЕЕ ИССЛЕДОВАНИЕ

Масса органов взрослых.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Масса | **№ 52** | норма |
| Мозг | **1200** | До 1400 |
| Легкое правое | **560** | 450 |
| левое | **450** | 375 |
| Сердце | **300** | 200-400 |
| Печень | **1250** | 1200-2000 |
| Селезенка | **80** | 80-180 |
| Почки | **290** | 275-310 |

ПОЛОСТЬ ЧЕРЕПА: кожно-мышечный лоскут головы гладкий, влажный, блестящий, без кровоизлияний и повреждений, височные мышцы синюшные, сочные, полнокровны. Кости свода и основания черепа целы. Твердая мозговая оболочка серо-перламутрового цвета, цела, блестящая, гладкая, влажная, просвет ее синусов выполнен жидкой темной кровью в большом количестве. Мягкие мозговые оболочки тонкие, прозрачные со студневидным отеком и полнокровными сосудами, по ходу которых определяются рассеянные точечные кровоизлияния в небольшом количестве в толще мозговых оболочек. Сосуды Вилизиева круга с выраженным атеросклерозом с облитерацией просвета до 3/4 полулунными атеросклеротическими бляшками, пустым просветом. Борозды мозга сглажены, извилины уплощены, на миндаликах мозжечка кольцевидная с диффузными субарахноидальными кровоизлияниями полоса вдавления от краев большого затылочного отверстия с губовидным выпячиванием вещества мозга внутри кольца. Резервные пространства мозга отсутствуют. Головной мозг дряблый, выполняет все резервные пространства, на разрезах с четкой границей серого и белого вещества и мраморным рисунком подкорковых ядер. Поверхности разрезов тускловаты, липнут к лезвию ножа. Желудочки мозга симметричны, резко увеличенного объема, эпендима их бледно-серая, блестящая, влажная, в полостях желудочков большое прозрачной соломенного цвета жидкости под давлением. Сосудистые сплетения обычного вида, полнокровны.

При ревизии позвоночного столба повреждений не обнаружено. Выражен кифосколиоз. Эпи- и субдуральные пространства свободны, твердая мозговая оболочка напряжена, бледно-серая, блестящая, мягкие мозговые оболочки тонкие, прозрачные, спинной мозг дряблый, на разрезах обычного рисунка.

ОРГАНЫ ГОЛОВЫ И ШЕИ. Язык синюшный, влажный, обложен серовато-желтым, не снимающимся налетом. Слизистые оболочки носоглотки синюшные, влажные, блестящие. В мягких тканях шеи повреждений и кровоизлияний не обнаружено. Вход и просвет гортани свободен, слизистая оболочка ее бледно-серая. Подъязычная кость и хрящи гортани целы, в мягких тканях ее повреждений не обнаружено. Просвет трахеи и главных бронхов свободен, хрящи трахеи целы. Щитовидная железа обычных размеров, с равновеликими долями, плотно-эластичная, темно-коричневая, на разрезе полнокровна, дольчатого строения. Просвет пищевода свободен, слизистая его бледно-серая, с рубцовыми изменениями, сглаженной складчатостью.

ГРУДНАЯ ПОЛОСТЬ. В плевральных полостях следы прозрачной жидкости. Легкие выполняют 2\3 полостей, с блестящей, гладкой и влажной плеврой. Под висцеральной плеврой, особенно, в прикорневых отделах легких и по базальным поверхностям, множественные точечные кровоизлияния. Легкие синюшные в передних и темно-синюшные в задних отделах, тестоватой консистенции, на разрезах темно-красные с обычным рисунком, полнокровны. Над поверхностями разрезов выступают бронхи в виде «гусиных перьев». Слизистые оболочки воздухопроводящих путей светло-розовые, набухшие. Бифуркационные лимфоузлы располагаются в виде пакетов диаметром от 1 до 2 см, эластичные, не спаянные между собой и с окружающими тканями, темно-синюшные, на разрезах сочные, с обычным рисунком. В полости перикарда следы прозрачной жидкости, листки его гладкие, влажные, блестящие. Сердце дрябло-эластичное, 13х12х11 см. В полостях сердца немного жидкой темной крови с мелкими единичными темно-вишневыми свертками. Миокард розовато-синюшный, эластичный, с сетчатым разрастанием соединительной ткани, неравномерного кровенаполнения. Толщина стенки правого желудочка 0,3 см, левого 1,6 см. Клапанный и пристеночный эндокард утолщен, мутный, клапаны сформированы правильно. Аорта эластична, со следами жидкой крови в просвете и рассеянными липидными пятнами и множественными атеросклеротическими бляшками в разных стадиях развития в интиме. Коронарные артерии с неравномерно утолщенными стенками за счет полулунных и кольцевидных атеросклеротических бляшек с кальцинозом, с облитерацией просвета на 2/3. наиболее выражен атеросклероз с облитерацией просвета полулунными бляшками до 3/4 в бифуркациях сонных артерий.

БРЮШНАЯ ПОЛОСТЬ. Органы расположены анатомически правильно. В полости следы прозрачной жидкости соломенного цвета. Листки брюшины гладкие, влажные, блестящие. Желудок пустой, содержимое кишечника отделам соответствует, слизистые оболочки их бледно-серые. Мезентериальные лимфоузлы располагаются раздельно, диаметр их не более 1 см, эластичны. Печень 22х18х14х13 см, плотно-эластичная, коричневая с поверхности и на разрезах, полнокровная, с темно-красным крапом. В желчном пузыре 50 мл жидкой темно-зеленой желчи, слизистая оболочка его темно-зеленая, бархатистая. Просвет внепеченочных желчевыводящих путей свободно проходим. Поджелудочная железа обычных размеров, плотно-эластичная, бледно-серая, на разрезах - дольчатого строения. Селезенка 6х5х4 см, синюшная, полнокровна, эластична, без соскоба. Надпочечники листовидной формы, обычных размеров, на разрезах граница слоев четкая. Почки равновелики, 10х6х5 см, дрябло-эластичные. Капсула сползает при надрезе, обнажая мелкобугристую поверхность. По краю разреза паренхима наползает на капсулу. На разрезах корковый слой - синюшный, с темно-красным крапом и подчеркнутым рисунком, мозговой слой также с подчеркнутым рисунком, граница слоев отчетливо выражена. Слизистые оболочки лоханок и чашечек бледно-синюшные, гладкие, блестящие, просвет их свободен. Мочеточники проходимы на всем протяжении, с бледно-серой слизистой. Мочевой пузырь пуст, слизистая оболочка его складчатая, бледно-серая, уретра свободно проходима. **А К Т** Судебно-гистологического исследования № 1101

ЗАКЛЮЧЕНИЕ Головной мозг – отсутствие гистоархитектоники коры из-за массивного выпадения нейронов, множество глиальных шаров в стволовых отделах головного мозга, выраженный периваскулярный и перицеллюлярный отек.

Печень – мускатное венозное полнокровие.

Почки стаз крови в сосудах, очаговый нефросклероз.

Миокард – перивазальный кардиосклероз.

Легкие периваскулярный и перибронхиальный пневмосклероз, гнойный эндобронхит.

Задание:

1. Какие дополнительные исследования необходимо провести?

1. Зашифровать заболевание в свидетельстве о смерти?
2. Составить судебно-медицинский диагноз?
3. Определить наличие телесных провреждений?
4. Установить причину смерти?

Ответы:

* 1. Из трупа взяты: для судебно-гистологического исследования кусочки внутренних органов на патоморфологические изменения; для судебно-химического исследования кровь и моча на наличие алкоголя.
  2. Свидетельство о смерти В) Цереброваскулярная болезнь.
  3. СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКИЙ ДИАГНОЗ. Цереброваскулярная болезнь – стенозирующий склероз мозговых артерий, атрофия нейронов коры головного мозга, внутренняя гидроцефалия с частичной атрофией больших полушарий. Осложнения: повышение внутри желудочкового давления с отеком головного мозга с дислокацией; гнойный эндобронхит, отек легких; венозное полнокровие внутренних органов. Сопутствующие: хроническая ишемическая болезнь сердца – перивазальный кардиосклероз. ХОБЛ – перивазальный и перибронхиальный пневмосклероз.
  4. При судебно-медицинском исследовании трупа телесные повреждения не обнаружены.
  5. Смерть наступила 16.02.07г. в 19-00в результате заболевания, верифицированного как цереброваскулярная болезнь – стенозирующий склероз мозговых артерий, атрофия нейронов коры головного мозга, внутренняя гидроцефалия с частичной атрофией больших полушарий. Заключение подтверждается картиной, найденной на вскрытии, и данными медицинской документации. При поступлении пострадавшей в стационар в крови и моче этиловый спирт не обнаружен.

Задача № 5 УК-1  ПК-1  ПК-2  ПК-3  ПК-5  ПК-7  ПК-8  ПК-9  ПК-10

ОБСТОЯТЕЛЬСТВА ДЕЛА. В постановлении о назначении судебно-медицинской экспертизы указано, что «27.01,2007 г. неустановленное следствием лицо причинило тяжкий вред здоровью П при неустановленных следствием обстоятельствах. Потерпевший был обнаружен в подъезда д. 24 по ул. в г. К , после чего был доставлен в ГКБ № , где не приходя в сознание скончался 17.02. 07 г.»

**ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКАЯ ЧАСТЬ.**

Представлена медицинская карта стационарного больного № из ГКБ № на имя П 1948 г.р., который **27.01.07г**. в 7-15 бригадой скорой помощи был доставлен в НХО-2 с расстройством сознания. Найден на ул. К, 24, 1 подъезд, 2 этаж 27.01.07г. в 05-30. запах алкоголя изо рта. Кожные покровы розовые, обычной влажности. Дыхание проводится по всем полям ЧДД 12/мин, пульс 68/мин. АД 200/100 мм.рт.ст. Живот не вздут, участвует в акте дыхания. Самопроизвольно мочился. Сознание кома 1. Зрачки равны, фотореакция сохранена, взор фиксирован прямо, легкое расходящееся косоглазие(?). Лицо симметрично. Рефлексы с рук вялые, с ног отсутствуют. Тонус в руках повышен. Симптом Кернига 160°. В правой теменно-височной области отек мягких тканей. Напряженное синюшно-багровое кровоизлияние в верхнем веке справа. Из правого наружного слухового хода геморрагическое отделяемое с положительным «симптомом двойного пятна». В ротовой полости следы крови. При ЭХО-ЭС смещение м-эхо слева направо на 4 мм. При рентгенографическом исследовании ; 1795 от 27.01.07г.: определяется линейный перелом правой теменной кости с переходом на височную в средней черепной ямке; на рентгенограмме шейного отдела позвоночника, костей таза повреждений не выявлено. Больной госпитализирован в отделение реанимации. *Операции*: 1) 27.01.07г. Резекционная трепанация в теменно-височной области справа. Удаление острой эпи субдуральной гематомы справа. Трефинация в теменно-височной области слева. Удаление плащевидной субдуральной гематомы. Пункция мозгового вещества. В теменно-височной области справа произведен линейный разрез длиной до 15 см. Кость скелетирована, выявлен многоскольчатый перелом теменной и височной кости, уходящий на основание. Наложено фрезевое отверстие. Выявлена острая эпидуральная гематома в виде сгустков черного цвета. Произведена резекционная трепанация черепа размерами 8,0x6,0 см. эпидуральная гематома объемом до 80 мл удалена. Гемостаз. При удалении гематомы с основания отходил мозговой детрит, твердая мозговая оболочка напряжена, синюшна. Последняя надсечена, обнаружена острая субдуральная гематома в виде сгустков и жидкой крови с ликвором. Субдуральная гематома объемом до 30 мл удалена. Мозговое вещество бледного цвета, пульсация вялая, несколько пролабирует в дефект твердой мозговой оболочки. Наводящие швы на твердую мозговую оболочку. По направление к основанию установлен дренаж по Редону. Эпидурально установлены четыре резиновых выпускника. Послойно швы на рану до дренажей. В теменно-височной области слева произведен линейный разрез длинной до 6 см. Кость скелетирована. Наложено фрезевое отверстие. Твердая мозговая оболочка напряжена, синюшного цвета, пульсацию мозгового вещества не передает. Фрезевое отверстие расширено до размеров трефинационного. Твердая мозговая оболочка рассечена крестообразно. Обнаружена плащевидная субдуральная гематома, последняя объемом до 30 мл удалена. Мозговое вещество вишневого цвета, пульсация вялая, несколько пролабирует в дефект твердой мозговой оболочки. При пункции переднего рога бокового желудочка получено небольшое количество резко геморрагического ликвора. При пункции мозгового вещества в трех направлениях внутримозговой гематомы не обнаружено. Субдурально по направлению к основанию установлен дренаж по Редону. Отдельные швы на твердую мозговую оболочку до дренажа. Послойно швы на рану до дренажа. 2) 05.02.07 Нижняя трахеостомия. Несмотря на проводимое лечение, состояние больного оставалось крайне тяжелым, прогрессивно ухудшалось, нарастали явления СПОН. 17.02.07г. в 16-45 на фоне нарастающих явлений полиорганной недостаточности наступила остановка сердечной деятельности. Реанимационные мероприятия не проводились. Констатирована смерть больного **17.02.07г**. в 16-45.

ПОСМЕРТНЫЙ ДИАГНОЗ. Сочетанная травма. Открытая проникающая черепно-мозговая травма. Ушиб головного мозга тяжелой степени со сдавлением острой эпи субдуральной гематомой справа и слева. Отек и набухание головного мозга. Линейный перелом теменно-височной кости справа с переходом на основание черепа через среднюю черепную ямку. Закрытая травма грудной клетки множественные переломы ребер слева. Двусторонняя пневмония. Дислокационный синдром.

*Операции*: 1) 27.01.07г. Резекционная трепанация в теменно-височной области справа. Удаление острой эпи субдуральной гематомы справа. Трефинация в теменно-височной области слева. Удаление плащевидной субдуральной гематомы. Пункция мозгового вещества. 2) 05.02.07 Нижняя трахеостомия.

Алкоголь – данных нет.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Данные анализов | | | | |
| Параметры  дата | 14.02 | 15.02 | 16.02 | 17.02 |
| Эритроциты | 3,92 | 3,5 | 3,24 | 3,5 |
| Цветной п. | 0,96 | 0,97 | 0,97 | 0,98 |
| Гемоглобин | 126 | 113 | 105 | 113 |
| Тромбоциты | 331 | 288 | 253 | 267 |
| гематокрит |  | 32,1 | 33,5 | 35 |
| тромбоциты | 331 |  |  |  |
| ретикулоциты | 37,3 |  |  |  |
| лейкоциты | 18,6 | 17,3 | 15,9 | 20,4 |
| базофилы |  | 1 |  |  |
| эозинофилы |  | 4 |  |  |
| палочкоядерные |  | 5 |  |  |
| сегментоядерные |  | 83 |  |  |
| лимфоциты |  | 2 |  |  |
| моноциты |  | 5 |  |  |
| Дегенеративные изменения нейтрофилов |  | + |  |  |
| Анизоцитоз |  | + |  |  |
| Пойкилоцитоз |  | + |  |  |
| Полихромазия |  | + |  |  |
| РОЭ | 63 | 47 |  | 53 |
| мочевина | 20,5 |  |  |  |
| Билирубин общ. | 9,9 |  | 12,4 | 4,9 |
| Прямой | 2,5 |  | 2,5 | - |
| непрямой | 7,4 |  | 9,5 | 4,9 |
| Белок крови | 54,7 | 59,9 | 58,3 | 52,8 |
| калий | 4,6 | 4,5 | 4,8 | 5,6 |
| натрий | 140 | 160 | 150 | 157 |
| Уд. вес мочи | 1011 | 1010 | 1013 |  |
| Белок мочи | 240 | 240 | 290 |  |
| Лейкоциты мочи | 1-3 | 6-2-4 | 3-1 |  |
| Эритроциты мочи | 12-18 | 4-8 | 2-1 |  |
|  | 27.01 | 28.01 | 31.01 | 09.02 |
| Протромбированное время | 16 | 15,5 | 17,5 | 17,0 |
| Протромбированный индекс | 100 | 107 | 90 | 90 |

**НАРУЖНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ.** Труп мужчины, доставлен без одежды, среднего телосложения, удовлетворительного питания, длиной тела 180 см. Кожа бледно-серая, холодная на ощупь во всех отделах, в отлогих местах тела сливные, фиолетовые, не исчезающие и не меняющие цвет при надавливании трупные пятна. Трупное окоченение достаточно выражено во всех обычно исследуемых группах мышц. Склеры глаз мутные, тусклые, суховаты, кровоизлияний в соединительные оболочки глаз не отмечается, зрачки равновелики по 0,4 см диаметром. Голова правильной формы, кости черепа и лицевого скелета на ощупь целы. Грудная клетка цилиндрическая, эластичная, упругая, ребра на ощупь целы. Живот на одном уровне с грудной клеткой. Естественные отверстия тела и полости рта и носоглотки свободны, чистые. Слизистая оболочка губ синюшная, подсохшая. Анальное отверстие сомкнуто, кожа вокруг него чистая. Половые органы развиты правильно. Кости конечностей целы.

**ПОВРЕЖДЕНИЯ.** На верхнем веке справа багрово-синюшный кровоподтек 4х2 см, на левом верхнем веке 3х2 см. Других повреждений, кроме следов медицинских манипуляций, при наружном исследовании не обнаружено.

При проведении воздушной пробы – воздух из плевральных полостей и полостей сердца не получен.

**ВНУТРЕННЕЕ ИССЛЕДОВАНИЕ**

Масса органов взрослых.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Масса | **№ 53** | норма |
| Мозг | **1650** | До 1400 |
| Легкое правое | **690** | 450 |
| левое | **590** | 375 |
| Сердце | **350** | 200-400 |
| Печень | **1600** | 1200-2000 |
| Селезенка | **250** | 80-180 |
| Почки | **390** | 275-310 |

ПОЛОСТЬ ЧЕРЕПА: справа и слева в типичных местах послеоперационные разрезы в теменно-височных областях, соответственно им трепанационные отверстия - справа неправильно овальной формы 7х5 см, слева - округлое, диаметром 2 см. В коже головы в центре теменной области, не связанное с операцией кровоизлияние диаметром 4 см. Множественные, разнонаправленные трещины в крышах обеих орбит, распространяющиеся на дырчатую пластинку решетчатой кости, с ущемлением в трещинах твердой мозговой оболочки. Справа от нижнего края вышеописанного дефекта множественные радиальные линии перелома, доходящие до центра средней черепной ямки и до центра пирамиды височной кости.

Субдурально по всем отделам мозга спаянная с твердой мозговой оболочкой пластинчатая ржаво-красная гематома, эластичная, объемом не более 20 мл. Справа височная доля расползается под пальцами с веществом пропитанным кровью, с множественными разрывами мягких мозговых оболочек по наружной поверхности. Аналогичные участки по полюсным поверхностям лобной доли, глубиной до 1,5 см, справа на участке 3 см, слева 4 см диаметром. Слева аналогичное повреждение полюса височной доли диаметром 2 см.Множественные отграничено-диффузные кровоизлияния по бороздам обеих конвекситальных поверхностей полушарий мозга, диаметром 0т 1.5 до 2.0 см. Борозды мозга сглажены, извилины уплощены, на миндаликах мозжечка кольцевидная с диффузными субарахноидальными кровоизлияниями полоса вдавления от краев большого затылочного отверстия с губовидным выпячиванием вещества мозга внутри кольца. Резервные пространства мозга отсутствуют. Головной мозг дряблый, выполняет все резервные пространства, на разрезах с четкой границей серого и белого вещества и мраморным рисунком подкорковых ядер. Поверхности разрезов тускловаты, липнут к лезвию ножа. Желудочки мозга симметричны, обычного объема, эпендима их бледно-серая, блестящая, влажная, в полостях желудочков следы прозрачной соломенного цвета жидкости. Сосудистые сплетения обычного вида, полнокровны. При ревизии позвоночного столба повреждений не обнаружено. Эпи- и субдуральные пространства свободны, твердая мозговая оболочка напряжена, бледно-серая, блестящая, мягкие мозговые оболочки тонкие, прозрачные, спинной мозг дряблый, на разрезах обычного рисунка. **ОРГАНЫ ГОЛОВЫ И ШЕИ.** Язык синюшный, влажный, обложен серовато-желтым, не снимающимся налетом. Слизистые оболочки носоглотки синюшные, влажные, блестящие. В мягких тканях шеи повреждений и кровоизлияний не обнаружено. Вход и просвет гортани свободен, слизистая оболочка ее бледно-серая. Подъязычная кость и хрящи гортани целы, в мягких тканях ее повреждений не обнаружено. Просвет трахеи и главных бронхов свободен, хрящи трахеи целы, трахеостома. Щитовидная железа обычных размеров, с равновеликими долями, плотно-эластичная, темно-коричневая, на разрезе полнокровна, дольчатого строения. Просвет пищевода свободен, слизистая его бледно-серая – продольно-складчатая. **ГРУДНАЯ ПОЛОСТЬ.** В плевральных полостях следы прозрачной жидкости. Легкие выполняют 2\3 полостей, с блестящей, гладкой и влажной плеврой. Под висцеральной плеврой, особенно, в прикорневых отделах легких и по базальным поверхностям, множественные точечные кровоизлияния. Легкие синюшные в передних и темно-синюшные в задних отделах. При ощупывании легкие тестоватой консистенции. На разрезах легкие темно-красные с обычным рисунком. С поверхности разреза из сосудов стекает темная жидкая кровь в повышенном количестве, с разреза легочной ткани – пенистая желто-красная, прозрачная жидкость в повышенном количестве. Над поверхностью разрезов в 8-9 сегментах правого легкого и 5-7 сегментах левого - из сосудов выступают крошащиеся темно-вишневые тромбы в виде столбиков. Просвет воздухо-проводящих путей свободен. Над поверхностями разрезов выступают бронхи в виде «гусиных перьев». Слизистые оболочки воздухо-проводящих путей светло-розовые, набухшие. Бифуркационные лимфоузлы располагаются в виде пакетов диаметром от 1 до 2 см, эластичные, не спаянные между собой и с окружающими тканями, темно-синюшные, на разрезах сочные, с обычным рисунком. В полости перикарда следы прозрачной жидкости, листки его гладкие, влажные, блестящие. Сердце дрябло-эластичное, 13,5х11х10 см, с избыточным отложением жира под эпикардом. В полостях сердца немного жидкой темной крови. На эндокарде задней стенки левого желудочка и прилегающей части межжелудочковой перегородки на участке диаметром 5 см рыхлые тромботические наложения, толщиной от 0.2 до 0.3 см. Миокард розовато-синюшный, дряблый, неравномерного кровенаполнения. В задней стенке левого желудочка типичный инфаркт на участке 5 см диаметром, в виде белесовато-желтых очагов, окруженных темно-вишневым ободком (геморрагическим венчиком), распространяющихся на всю толщу миокарда. Толщина стенки правого желудочка 0,3 см, левого 1,5 см. Клапаны и пристеночный эндокард тонкий, полупрозрачный, клапаны сформированы правильно, под эндокардом левого желудочка сердца рассеянные мелкопятнистые кровоизлияния в небольшом количестве. Коронарные артерии с умеренным атеросклерозом с наличием полулунных бляшек, закрывающих просвет не более чем на 1/3, пустым просветом. Смешанный тип кровоснабжения сердца. Аорта эластична, со следами жидкой крови в просвете и рассеянными липидными пятнами в интиме. Просвет правой почечной артерии полностью перекрыт смешанным плотным тромбом. При ревизии сосудов сердца пристеночный тромб верхней полой вены. Мелкие, эластичные, темно-вишневые тромбы, свободно лежащие в ушке правого предсердия. **БРЮШНАЯ ПОЛОСТЬ.** Органы расположены анатомически правильно. В полости следы прозрачной жидкости соломенного цвета. Листки брюшины гладкие, влажные, блестящие. В просвете желудка и кишечника содержимое соответствует отделам, слизистые оболочки их бледно-серые. Мезентериальные лимфоузлы располагаются раздельно, диаметр их не более 1 см, эластичны. Печень 24х18х14х13 см, эластичная, желто-коричневая с поверхности и на разрезах, полнокровная, со смазанным рисунком долек. В желчном пузыре 15 мл жидкой темно-зеленой желчи, слизистая оболочка его темно-зеленая, бархатистая. Просвет внепеченочных желчевыводящих путей свободно проходим. Поджелудочная железа обычных размеров, плотно-эластичная, бледно-серая, на разрезах - дольчатого строения. Надпочечники листовидной формы, обычных размеров, на разрезах граница слоев отчетливо выражена. Селезенка 12х10х10 см, с напряженной капсулой, темно-красная, на разрезах с субтотальным инфарктом в виде множественных кровоизлияний и некрозов, просвет селезеночной артерии полностью закрыт плотным смешанным тромбом. Почки равновелики, 14х8х7 см, дряблые. Капсула сползает при надрезе, обнажая ровную поверхность. Правая почка с тотальным инфарктом, паренхима ее серо-желтая, безструктурна. В левой почке множественные типичные треугольной формы, основанием к капсуле очаги инфарктов, на фоне полнокровной паренхимы. Слизистые оболочки лоханок и чашечек бледно-синюшные, гладкие, блестящие, просвет их свободен. Мочеточники проходимы на всем протяжении, с бледно-серой слизистой. Мочевой пузырь пуст, слизистая оболочка его складчатая, бледно-серая, уретра свободно проходима.

**А К Т** Судебно-гистологического исследования ЗАКЛЮЧЕНИЕ. Миокард – в 10 стекла и 30 срезах картина однотипна – формирующийся постинфарктный трансмуральный рубец из молодой соединительной ткани с активной пролиферацией фибробластов, большим количеством молодых сосудов и очагами гемосидероза. В части полей зрения кардиоциты среди рубцовой ткани с острыми некрозами, без ядер, вокруг части некротических очагов лейкоцитарный инфильтрат, в субэндокардиальной зоне такие же очаги некрозов кардиоцитов с межуточными кровоизлияниями. На эндокарде левого желудочка, в области инфаркта наложения фибрина.

Почки – множественные инфаркты с некрозом почечной паренхимы. Просвет почечной артерии полностью перекрыт смешанным тромбом.

Селезенка – субтотальный инфаркт с множественными некрозами паренхимы.

Головной мозг – множественные организующиеся очаги ушиба в виде глиальных рубцов с очаговым гемосидерозом. В области рубцовых изменений и по их периферии перивазальные кровоизлияния из свежих эритроцитов и свежие очаги некроза мозговой ткани. В отделах мозга вне ушиба выраженный периваскулярный и перицеллюлярный отек, стаз крови в сосудах.

В легких – стаз крови в сосудах, венозный тромбоз, перивазальные кровоизлияния.

Задание:

* 1. Какие дополнительные исследования необходимо провести?

1. Зашифровать заболевание в свидетельстве о смерти?
2. Составить судебно-медицинский диагноз?
3. Определить наличие телесных повреждений?
4. Установить причину смерти?

Ответы:

* 1. Из трупа взяты: для судебно-гистологического исследования кусочки внутренних органов на патоморфологические изменения; для судебно-химического исследования кровь и моча на наличие алкоголя.
  2. Свидетельство о смерти. В) инфаркт миокарда I 21.2. 2. открытая черепно-мозговая травма S 02.0.
  3. СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКИЙ ДИАГНОЗ. Основное заболевание: рецидивирующий инфаркт миокарда задней стенки левого желудочка сердца - формирующийся постинфарктный трансмуральный рубец из молодой соединительной ткани с активной пролиферацией фибробластов, большим количеством молодых сосудов и очагами гемосидероза, среди рубцовой ткани кардиоциты с острыми некрозами, без ядер, вокруг части некротических очагов лейкоцитарный инфильтрат, в субэндокардиальной зоне очаги некрозов кардиоцитов с межуточными кровоизлияниями; наложения фибрина на эндокарде левого желудочка в области инфаркта. Фоновое: открытая черепно-мозговая травма - багрово-синюшные кровоподтеки на верхнем веке справа, на верхнем веке; кровоизлияние в коже головы в центре теменной области; множественные, разнонаправленные трещины в крышах обеих орбит, распространяющиеся на дырчатую пластинку решетчатой кости, с ущемлением в трещинах твердой мозговой оболочки, многооскольчатый перелом правых теменной и височной костей; субдуральная плащевидная гематома объемом 20 мл, ушибы в стадии организации обеих височных долей и полюсных поверхностей обеих лобных долей головного мозга; множественные отграничено-диффузные кровоизлияния по бороздам обеих конвекситальных поверхностей полушарий мозга. Осложнения: тромбоэмболический синдром – тромбоэмболия правой почечных и селезеночной артерий, тотальные инфаркты правой почки и селезенки, множественные инфаркты левой почки, очаговые инфаркты головного мозга; морандические тромбы правого предсердия, тромбоэмболия мелких ветвей легочной артерии; отек и набухание головного мозга с дислокацией; отек легких; венозное полнокровие внутренних органов.
  4. Смерть П, 1948 г.р. наступила 17.02.07г. в 16-45. в результате заболевания – острого трансмурального рецидивирующего инфаркта миокарда, осложнившегося сердечной недостаточностью и тромбоэмболическим синдромом с инфарктами почек, селезенки и тромбоэмболией мелких ветвей легочной артерии. Вывод подтверждается картиной, найденной на вскрытии и данными дополнительных методов исследования.
  5. При судебно-медицинской экспертизе трупа обнаружены телесные повреждения в виде: открытая черепно-мозговая травма - багрово-синюшные кровоподтеки на верхнем веке справа, на верхнем веке; кровоизлияние в коже головы в центре теменной области; множественные, разнонаправленные трещины в крышах обеих орбит, распространяющиеся на дырчатую пластинку решетчатой кости, с ущемлением в трещинах твердой мозговой оболочки, многооскольчатый перелом правых теменной и височной костей; субдуральная плащевидная гематома объемом 20 мл, ушибы в стадии организации обеих височных долей и полюсных поверхностей обеих лобных долей головного мозга; множественные отграничено-диффузные кровоизлияния по бороздам обеих конвекситальных поверхностей полушарий мозга. Повреждения являются опасными для жизни в момент причинения, обусловили тяжкий вред здоровью, но в прямой причинной связи со смертью не состоят. Совокупность и локализация телесных повреждений позволяют говорить, что черепно-мозговая травма является импрессионной. Можно предположить, что имело место не менее 4-х ударных воздействий твердого тупого предмета (предметов) без четких идентифицирующих признаков с достаточной силой. На область правого глаза спереди назад и справа налево, область левого глаза – спереди назад и слева направо (багрово-синюшные кровоподтеки на верхнем веке справа, на верхнем веке; множественные, разнонаправленные трещины в крышах обеих орбит, распространяющиеся на дырчатую пластинку решетчатой кости, с ущемлением в трещинах твердой мозговой оболочки, ушибы в стадии организации полюсных поверхностей обеих лобных долей головного мозга); на теменную область с действием травмирующей силы сверху вниз (кровоизлияние в коже головы в центре теменной области, множественные отграничено-диффузные кровоизлияния по бороздам обеих конвекситальных поверхностей полушарий мозга), на правую теменно-височную область справа налево (многооскольчатый перелом правых теменной и височной костей; ушибы в стадии организации обеих височных долей головного мозга). Указать последовательность ударных воздействий не представляется возможным. Морфологическая давность повреждений – не менее 2-х недель на момент смерти, следовательно повреждения могли возникнуть в сроки и условиях, указанных в постановлении.

**6. Перечень практических умений по изучаемой теме**

- установить причину смерти;

- провести судебно-медицинское исследование трупа при различных видах насильственной смерти;

- определить степень тяжести телесных повреждений;

- установить причинно-следственную связь между повреждением и неблагоприятным исходом;

- организовать судебно-медицинскую экспертизу вещественных доказательств (изъять, упаковать и направить объекты судебно-медицинской экспертизы на лабораторные исследования);

**7. Рекомендации по выполнению НИР**

Примерная тематика по НИР по теме - не предусмотрена.

**8. Рекомендованная литература по теме занятия** (обязательная, дополнительная, электронные ресурсы, включая законодательные и нормативно-правовые документы)

**Занятие № 46**

**1. Индекс** ОД.О.01.1.8.60 **Тема: «Судебно-медицинская экспертиза внезапной смерти от заболевании сердечно сосудистой системы. Острая ишемическая болезнь сердца».** 2 часть

**2. Форма организации занятия:** подготовка к практическому занятию.

**3. Перечень вопросов для самоподготовки по теме практического занятия**

1. ВОПРОС УК-1  ПК-1  ПК-2  ПК-3  ПК-5  ПК-7  ПК-8  ПК-9  ПК-10

Что называют скоропостижной смертью?

ОТВЕТ: Это смерть кажущегося здоровым человека, наступившая внезапно для окружающих, поэтому она вызывает подозрение на насильственную смерть. Иногда этому способствуют обстановка на месте происшествия или неблагоприятные взаимоотношения умершего с кем-либо из его окружения. Такая смерть может наступить на улице, в транспорте, в общественном месте в считанные секунды (мгновенная смерть) либо в течение нескольких минут или часов, как правило, от скрыто протекающего заболевания и не является следствием насильственных действий.

Чтобы установить категорию и причину смерти, такие трупы направляют на судебно-меди-цинское исследование. Они составляют до 30% всех трупов, поступающих в морг Бюро СМЭ.

2. ВОПРОС УК-1  ПК-1  ПК-2  ПК-3  ПК-5  ПК-7  ПК-8  ПК-9  ПК-10

Можно ли при отсутствии признаков насилия обойтись без вскрытия?

ОТВЕТ: К скоропостижной смерти относят и такие случаи, когда человек болел, но находился не в такой степени тяжести болезни, чтобы внезапно умереть. В таких случаях лечащий или семейный врач, наблюдавший больного и знающий обстановку в семье, может и при отсутствии заявлений близких о подозрении на насильственную смерть или жалоб на медперсонал сам заполнить свидетельство о смерти. Надо только иметь в виду, что под смертью от болезни иногда может скрываться отравление, асфиксия или даже закрытая травма.

**4. Самоконтроль по тестовым заданиям данной темы**

1. ТЕРМИНЫ «СКОРОПОСТИЖНАЯ СМЕРТЬ» И «ВНЕЗАПНАЯ СМЕРТЬ»

ПК-5

1) являются синонимами

2) определяют разные виды смерти

3) отражают клинический признак

4) противоречат друг другу

5) отражают определенный вид смерти

Правильный ответ: 1

1. СКОРОПОСТИЖНОЙ (ПО ДАННЫМ ВОЗ) СЧИТАЕТСЯ СМЕРТЬ, ЕСЛИ ОТ НАЧАЛА КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ БОЛЕЗНИ ДО СМЕРТИ ПРОШЛО

ПК-5

1) 6 часов

2) 10 часов

3) 12 часов

4) около суток

5) более суток

Правильный ответ: 1

1. В СТРУКТУРЕ ПРИЧИН НЕНАСИЛЬСТВЕННОЙ СМЕРТИ ВЕДУЩЕЕ МЕСТО ЗАНИМАЮТ БОЛЕЗНИ

ПК-5

1) сердечно-сосудистой системы

2) центральной и периферической нервной системы

3) пищеварительной системы

4) дыхательной системы

5) мочевыделительной системы

Правильный ответ: 1

1. ТИПИЧНЫМИ ЗОНАМИ КРОВОИЗЛИЯНИЙ В МОЗГ ПРИ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ЯВЛЯЮТСЯ

ПК-5

1) оболочки мозга

2) желудочки и подкорковые ядра больших полушарий

3) мозжечок

4) типичная локализация отсутствует

5) продолговатый мозг

Правильный ответ: 2

1. НЕПОСРЕДСТВЕННОЙ ПРИЧИНОЙ СМЕРТИ ПРИ ЭПИЛЕПТИЧЕСКОМ СТАТУСЕ ЯВЛЯЕТСЯ

ПК-5

1) кровоизлияние в мозг

2) паралич дыхательного центра

3) отек и набухание головного мозга

4) паралич сосудистого центра

5) кровоизлияние в оболочки мозга

Правильный ответ: 3

1. ТИПИЧНАЯ ЛОКАЛИЗАЦИЯ ИШЕМИЧЕСКИХ ИНФАРКТОВ ГОЛОВНОГО МОЗГА ПРИ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ И АТЕРОСКЛЕРОТИЧЕСКОМ ПОРАЖЕНИИ МОЗГОВЫХ АРТЕРИЙ

ПК-5

1) кора больших полушарий мозга

2) белое вещество больших полушарий, стволовой отдел мозга

3) мозжечок

4) возможно поражение любой области

5) подкорковые ядра

Правильный ответ: 2

1. ОСТРУЮ ИШЕМИЮ МИОКАРДА ВЫЗЫВАЮТ

ПК-5

1) состояние покоя

2) легкие физические нагрузки

3) почечная недостаточность

4) психофизиологические факторы

5) печеночная недостаточность

Правильный ответ: 4

1. СУЩНОСТЬ «СЛАДЖ» - СИНДРОМА ЗАКЛЮЧАЕТСЯ В

ПК-5

1) агглютинации эритроцитов

2) изменении диаметра сосуда

3) тромбировании крупных сосудов

4) изменениях реологических свойств крови и отмешивании эритроцитов в центральный кровоток

5) тромбировании мелких сосудов

Правильный ответ: 4

1. МИНИМАЛЬНЫЕ СРОКИ ПРОЯВЛЕНИЯ ИЗМЕНЕНИЙ В КАРДИОМИОЦИТАХ ВЫЯВЛЯЮТСЯ ЧЕРЕЗ

ПК-5

1) 20-30 минут после развития гипоксии

2) 1-2 часа после развития гипоксии

3) 3-5 часов после развития гипоксии

4) 5-6 часов после развития гипоксии

5) 6-7 часов после развития гипоксии

Правильный ответ: 1

1. ПЕРВЫМИ МОРФОЛОГИЧЕСКИМИ ПРИЗНАКАМИ ОСТРОЙ ИШЕМИИ МИОКАРДА ЯВЛЯЮТСЯ

ПК-5

1) контрактуры кардиомиоцитов

2) дистрофия кардиомиоцитов

3) некрозы кардиомиоцитов

4) кардиомиолиз

5) изменения диаметра сосудов

Правильный ответ: 1

**5. Самоконтроль по ситуационным задачам.**

**Задача № 1.** УК-1  ПК-1  ПК-2  ПК-3  ПК-5  ПК-7  ПК-8  ПК-9  ПК-10

ОБСТОЯТЕЛЬСТВА ДЕЛА: в направлении на судебно-медицинское исследование трупа не указаны. Представлена выписка из поликлиники на имя Л Диагноз: ХПН терминальная стадия, нефросклероз, рак правой почки? Гипертоническая болезнь 2-3 степени. Киста печени. Эрозивный гастрит. НАРУЖНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ. Труп мужчины, доставлен в трусах черного цвета, завернут в покрывало, среднего телосложения, резко сниженног8о питания, длиной тела 165 см. ПОВРЕЖДЕНИЯ. Каких-либо повреждений, кроме следов медицинских манипуляций, при наружном исследовании не обнаружено. При проведении воздушной пробы – воздух из плевральных полостей и полостей сердца не получен.

ВНУТРЕННЕЕ ИССЛЕДОВАНИЕ Масса органов взрослых.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Масса | **№ 8** | норма |
| Мозг | **1300** | До 1400 |
| Легкое правое | **500** | 450 |
| левое | **390** | 375 |
| Сердце | **300** | 200-400 |
| Печень | **1600** | 1200-2000 |
| Селезенка | **90** | 80-180 |
| Почки | **260** | 275-310 |
| Простата | **95** | 40 |

Полость черепа: кожно-мышечный лоскут головы гладкий, влажный, блестящий, без кровоизлияний и повреждений, височные мышцы синюшные, сочные, полнокровны. Кости свода и основания черепа целы. Твердая мозговая оболочка серо-перламутрового цвета, цела, блестящая, гладкая, влажная, просвет ее синусов выполнен жидкой темной кровью в большом количестве. Мягкие мозговые оболочки тонкие, прозрачные со студневидным отеком и полнокровными сосудами, по ходу которых определяются рассеянные точечные кровоизлияния в небольшом количестве в толще мозговых оболочек. Сосуды Вилизиева круга с тонкими стенками, пустым просветом. Борозды мозга с обычным рисунком, на миндаликах мозжечка кольцевидная с диффузными субарахноидальными кровоизлияниями полоса вдавления от краев большого затылочного отверстия с губовидным выпячиванием вещества мозга внутри кольца. Резервные пространства мозга отсутствуют. Головной мозг дрябло-эластичный, на разрезах с четкой границей серого и белого вещества и мраморным рисунком подкорковых ядер. Поверхности разрезов тускловаты, липнут к лезвию ножа. Желудочки мозга симметричны, увеличенного объема, эпендима их бледно-серая, блестящая, влажная, в полостях желудочков повышенное количество прозрачной соломенного цвета жидкости. Сосудистые сплетения обычного вида, полнокровны ОРГАНЫ ГОЛОВЫ И ШЕИ. Язык синюшный, влажный, обложен серовато-желтым, не снимающимся налетом. Слизистые оболочки носоглотки синюшные, влажные, блестящие. В мягких тканях шеи повреждений и кровоизлияний не обнаружено. Вход и просвет гортани свободен, слизистая оболочка ее бледно-серая. Подъязычная кость и хрящи гортани целы, в мягких тканях ее повреждений не обнаружено. Просвет трахеи и главных бронхов свободен, хрящи трахеи целы. Щитовидная железа обычных размеров, с равновеликими долями, плотно-эластичная, темно-коричневая, на разрезе полнокровна, дольчатого строения. Просвет пищевода свободен, слизистая его бледно-серая, продольно складчатая. ГРУДНАЯ ПОЛОСТЬ. В плевральных полостях следы прозрачной жидкости. Легкие выполняют 2\3 полостей, с блестящей, гладкой и влажной плеврой. Под висцеральной плеврой, особенно, в прикорневых отделах легких и по базальным поверхностям, множественные точечные кровоизлияния. Легкие синюшные в передних и темно-синюшные в задних отделах, тестоватой консистенции, на разрезах темно-красные с обычным рисунком, полнокровны. Слизистые оболочки воздухопроводящих путей светло-розовые, набухшие. Бифуркационные лимфоузлы располагаются в виде пакетов диаметром от 1 до 2 см, эластичные, не спаянные между собой и с окружающими тканями, темно-синюшные, на разрезах сочные, с обычным рисунком. В полости перикарда следы прозрачной жидкости, листки его гладкие, влажные, блестящие. Под эпикардом единичные точечные рассеянные темно-красные кровоизлияния. Сердце дрябло-эластичное, 11х9х8 см. В полостях сердца немного жидкой темной крови с мелкими единичными темно-вишневыми свертками. Миокард розовато-синюшный, эластичный, неравномерного кровенаполнения. Толщина стенки правого желудочка 0,3 см, левого 1,2 см. Клапаны и пристеночный эндокард тонкий, полупрозрачный, клапаны сформированы правильно. Аорта эластична, со следами жидкой крови в просвете и рассеянными липидными пятнами в интиме. Коронарные артерии с тонкими стенками, пустым просветом. БРЮШНАЯ ПОЛОСТЬ Каких-либо метастазов и опухолевых узлов в печени, легких, селезенки, лимфоузлах не обнаружено. Органы расположены анатомически правильно. В полости следы прозрачной жидкости соломенного цвета. Листки брюшины гладкие, влажные, блестящие. Желудок пустой, содержимое кишечника отделам соответствует, слизистые оболочки их бледно-серые. Мезентериальные лимфоузлы располагаются раздельно, диаметр их не более 1 см, эластичны. Печень 20х18х16х13 см, плотно-эластичная, желто-коричневая с поверхности и на разрезах, полнокровная, со смазанным рисунком долек. В желчном пузыре 15 мл жидкой темно-зеленой желчи, слизистая оболочка его темно-зеленая, бархатистая. Просвет внепеченочных желчевыводящих путей свободно проходим. Поджелудочная железа обычных размеров, плотно-эластичная, бледно-серая, на разрезах - дольчатого строения. Селезенка 7х5х4 см, синюшная, полнокровна, эластична, без соскоба. Надпочечники листовидной формы, обычных размеров, на разрезах граница слоев четкая. Обе почки с мелкобугристой поверхностью равновелики, 8х6х5 см. Глазом опухолевых узлов не выявлено. Очень бледная кора. Отеков и других признаков почечной недостаточности не выявлено. Слизистые оболочки лоханок и чашечек бледно-синюшные, гладкие, блестящие, просвет их свободен. Мочеточники проходимы на всем протяжении, с бледно-серой слизистой. Плотная, значительно увеличенная в размерах, до 7 см диаметром, простата с разрастанием в толще ее бледно-серой ткани типа «рыбьего мяса». В мочевом пузыре 20 грамм прозрачной мочи, слизистая оболочка его складчатая, бледно-серая, уретра свободно проходима. **АКТ** Судебно-гистологического исследования № 238. В почках – картина паренхиматозного тотального пиелонефрита. В простате – крупноацинарная аденокарцимнома.

Задание:

1. Какие дополнительные исследования необходимо провести?
2. Зашифровать заболевание в свидетельстве о смерти?
3. Составить судебно-медицинский диагноз?
4. Определить наличие телесных провреждений?
5. Установить причину смерти?

Ответы:

1. Из трупа для судебно-гистологического исследования взяты кусочки внутренних органов на патоморфологические изменения. Для судебно-химического исследования кровь и моча на определение алкоголя.
2. Свидетельство о смерти В) крупноацинарная аденокарцинома простаты.
3. СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКИЙ ДИАГНОЗ. Крупноацинарная аденокарцинома простаты. *Осложнения:* двусторонний паренхиматозный тотальный пиелонефрит, кахексия, отек и набухание головного мозга с дислокацией; отек легких; венозное полнокровие внутренних органов.
4. При судебно-медицинском исследовании трупа телесные повреждения не обнаружены.
5. Смерть наступила в результате заболевания – злокачественной опухоли простаты, осложнившейся двусторонним пиелонефритом. Заключение подтверждается картиной, найденной на вскрытии, и данными медицинской документации.При судебно-химическом исследовании в крови этиловый спирт не обнаружен.

**Задача № 2** УК-1  ПК-1  ПК-2  ПК-3  ПК-5  ПК-7  ПК-8  ПК-9  ПК-10

ИССЛЕДОВАНИЕ ТРУПА ПРОВОДИТСЯ ДЛЯ УСТАНОВЛЕНИЯ ПРИЧИНЫ СМЕРТИ

ОБСТОЯТЕЛЬСТВА ДЕЛА: в направлении на судебно-медицинское исследование трупа не указаны. Представлена медицинская карта стационарного больного № на имя С., 1956 г.р., которая 19.01.07г. в 12-20 бригадой скорой помощи была доставлена в токсикологическое отделение. Со слов врача скорой помощи злоупотребляла алкоголем не менее 5 дней, после этого 4 дня назад «пожелтела». При поступлении общее состояние тяжелое, оглушение 2. Больная понимает, что находится в больнице, во времени путается, отвечает на вопросы односложно, «застревает» на одном слове, выполняет несложные инструкции. Критика отсутствует. Кожные покровы желтушные, сухие. Склеры инъецированы. Зрачки средней величины, равны. Фотореакция сохранена. Симптом Кернига 170°. В позе Ромберга не устойчива. Мышечный тонус удовлетворительный. Дыхание спонтанное, адекватное, ЧДД 19-20 в минуту, проводится по всем полям, хрипов не слышно. АД 110/70 мм.рт.ст. Пульс 100 в минуту, тахикардия. Живот не вздут, на пальпацию не реагирует. Печень выступает из под реберной дуги на 15-20 см, плотная. При поступлении в отделение больной произведена катетеризация подключичной вены справа. несмотря на проводимое лечение, в 17-20 23.01.07г. зафиксирована остановка кровообращения, реанимационные мероприятия в течение 10 минут без эффекта. В 17-30 23.01.2007г. констатирована смерть больной. ПОСМЕРТНЫЙ ДИАГНОЗ. Токсический (алкогольный) гепатит, тяжелое течение. *Осложнения.* Энцефалопатия смешанного генеза тяжелой степени, нефропатия, панкреатопатия. Двусторонняя пневмония. ДВС-синдром в стадии гипокоагуляции. Постгеморрагическая анемия. Отек легких. *Конкурирующий.* Цирроз печени в стадии декомпенсации? Панкреонекроз?

Алкоголь – в крови и моче не обнаружен.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Данные анализов | | | | | |
| Параметры  дата | 19.01 | 20.01 | 21.01 | 22.01 | 23.01 |
| эритроциты |  | 3,58 | 3,4 | 3,31 | 2,25 |
| Цветной п. |  | 1,5 | 1,05 | 1,04 | 1,04 |
| гемоглобин | 125 | 126 | 120 | 115 | 78 |
| тромбоциты |  | 175 | 212 | 220 | 208 |
| ретикулоциты |  | 32,6 | 3 | 30,4 | 21,1 |
| лейкоциты | 16,3 | 25,2 | 27,2 | 24,0 | 29,6 |
| эозинофилы |  |  | 1 |  |  |
| промиелоциты | 1 |  |  |  |  |
| миелоциты | 1 | 2 | 2 | 1 | 4 |
| Юные |  |  | 1 |  | 1 |
| палочкоядерные | 5 | 6 | 8 | 2 | 9 |
| сегментоядерные | 72 | 62 | 76 | 90 | 68 |
| лимфоциты | 12 | 14 | 7 | 3 | 9 |
| моноциты | 9 | 16 | 5 | 4 | 9 |
| Дегенеративные изменения нейтрофилов |  | +++ | ++ | ++ | +++ |
| Анизоцитоз |  | + | + |  | + |
| Пойкилоцитоз |  |  | + |  |  |
| Полихромазия |  | + |  |  | + |
| РОЭ | 59 | 60 | 53 | 44 | 57 |
| Амилаза | 364 | 113 | 93 | 309 | 1623 |
| мочевина | 14,2 | 17,2 | 17,9 | 15,5 | 14,1 |
| Билирубин общ. | 282,8 | 370,8 | 298,8 | 438,4 | 184,1 |
| Прямой | 145,0 | 203,0 | 144,8 | 241,6 | 93,9 |
| непрямой | 137,8 | 167,8 | 154,0 | 196,8 | 90,2 |
| Белок крови | 79,8 | 83,4 | 80,4 | 80,2 | 53,1 |
| Калий | 3,0 | 2,6 | 2,7 | 2,2 | 3,8 |
| Натрий | 152 | 141 | 138 | 140 | 160 |
| АЛТ | 8700 | 86,4 | 67,1 | 181,1 | 263,0 |
| Сахар | 6,8 | 5,9 | 5,8 | 6,6 | 6,1 |
| ПТВ | 27 |  |  | ›30 | ›30 |
| ПТИ | 33 |  |  |  |  |
| Фибриноген | 5,9 |  |  | 5,1 |  |
| Креатинин |  | 154,5 |  | 565,0 |  |
| Уд. вес мочи |  |  | 1005 |  | м/м |
| Белок мочи |  |  | 140 |  | 350 |
| Лейкоциты мочи |  |  | 1-3 |  | Бол. Кол. |
| Эритроциты мочи |  |  | 25-30 |  | 1-2 |
| Желчные пигменты |  |  | Резко положит |  | Резко положит |

НАРУЖНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ. Труп женщины, доставлен без одежды, среднего телосложения, удовлетворительного питания, длиной тела 175 см. Кожа желто-серая, холодная на ощупь во всех отделах, в отлогих местах тела сливные, фиолетовые, не исчезающие и не меняющие цвет при надавливании трупные пятна. Трупное окоченение достаточно выражено во всех обычно исследуемых группах мышц. Склеры глаз желтые мутные, тусклые, суховаты, кровоизлияний в соединительные оболочки глаз не отмечается, зрачки равновелики по 0,4 см диаметром. Голова правильной формы, кости черепа и лицевого скелета на ощупь целы. Грудная клетка цилиндрическая, эластичная, упругая, ребра на ощупь целы. Живот на одном уровне с грудной клеткой. Естественные отверстия тела и полости рта и носоглотки свободны, чистые. Слизистая оболочка губ желто-синюшная, подсохшая. Анальное отверстие сомкнуто, кожа вокруг него слегка обпачкана каловыми массами. Половые органы развиты правильно. Кости конечностей целы. ПОВРЕЖДЕНИЯ. Каких-либо повреждений, кроме следов медицинских манипуляций, при наружном исследовании не обнаружено. При проведении воздушной пробы – воздух из плевральных полостей и полостей сердца не получен.

ВНУТРЕННЕЕ ИССЛЕДОВАНИЕ Масса органов взрослых.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Масса | **№ 30** | норма |
| Мозг | **1500** | До 1400 |
| Легкое правое | **600** | 450 |
| левое | **450** | 375 |
| Сердце | **300** | 200-400 |
| Печень | **2000** | 1200-2000 |
| Селезенка | **310** | 80-180 |
| Почки | **325** | 275-310 |

Полость черепа: кожно-мышечный лоскут головы гладкий, влажный, блестящий, без кровоизлияний и повреждений, височные мышцы синюшные, сочные, полнокровны. Кости свода и основания черепа целы. Твердая мозговая оболочка желтого цвета, цела, блестящая, гладкая, влажная, просвет ее синусов выполнен жидкой темной кровью в большом количестве. Мягкие мозговые оболочки тонкие, прозрачные со студневидным отеком и полнокровными сосудами, по ходу которых определяются рассеянные точечные кровоизлияния в небольшом количестве в толще мозговых оболочек. Сосуды Вилизиева круга с тонкими стенками, пустым просветом. Борозды мозга с обычным рисунком, на миндаликах мозжечка определяется полоса вдавления от краев большого затылочного отверстия. Головной мозг эластичный, на разрезах с четкой границей серого и белого вещества и мраморным рисунком подкорковых ядер. Поверхности разрезов тускловаты, липнут к лезвию ножа. Желудочки мозга симметричны, обычного объема, эпендима их бледно-серая, блестящая, влажная, в полостях желудочков следы прозрачной желтого цвета жидкости. Сосудистые сплетения обычного вида, полнокровны. ОРГАНЫ ГОЛОВЫ И ШЕИ. Язык желто-синюшный, влажный, обложен серовато-желтым, не снимающимся налетом. Слизистые оболочки носоглотки желто-синюшные, влажные, блестящие. В мягких тканях шеи повреждений и кровоизлияний не обнаружено. Вход и просвет гортани свободен, слизистая оболочка ее желто-серая. Подъязычная кость и хрящи гортани целы, в мягких тканях ее повреждений не обнаружено. Просвет трахеи и главных бронхов свободен, хрящи трахеи целы. Щитовидная железа обычных размеров, с равновеликими долями, плотно-эластичная, темно-коричневая, на разрезе полнокровна, дольчатого строения. Просвет пищевода свободен, слизистая его желто-серая, продольно складчатая. ГРУДНАЯ ПОЛОСТЬ. В плевральных полостях следы желтой жидкости. Легкие выполняют 2\3 полостей, с блестящей, прокрашенной в желтый цвет гладкой и влажной плеврой. Под висцеральной плеврой, особенно, в прикорневых отделах легких и по базальным поверхностям, множественные точечные кровоизлияния. Легкие желто-синюшные в передних и темно-синюшные в задних отделах, тестоватой консистенции, на разрезах темно-красные с обычным рисунком, полнокровны. Слизистые оболочки воздухопроводящих путей желтые, набухшие. Бифуркационные лимфоузлы располагаются в виде пакетов диаметром от 1 до 2 см, эластичные, не спаянные между собой и с окружающими тканями, темно-синюшные, на разрезах сочные, с обычным рисунком. В полости перикарда следы желтой жидкости, листки его гладкие, влажные, блестящие. Под эпикардом единичные точечные рассеянные темно-красные кровоизлияния. Сердце дряблое, 10х9х8 см. В полостях сердца немного жидкой темной крови с мелкими единичными темно-вишневыми свертками. Миокард розовато-синюшный, эластичный, неравномерного кровенаполнения. Толщина стенки правого желудочка 0,3 см, левого 1,2 см. Клапанный и пристеночный эндокард тонкий, прокрашен в желтый цвет, полупрозрачный, клапаны сформированы правильно. Аорта эластична, со следами жидкой крови в просвете и рассеянными липидными пятнами в интиме. Коронарные артерии с тонкими стенками, пустым просветом. БРЮШНАЯ ПОЛОСТЬ. Органы расположены анатомически правильно. В полости следы прозрачной жидкости желтого цвета. Листки брюшины прокрашены в желтый цвет, гладкие, влажные, блестящие. Желудок пустой, содержимое кишечника отделам соответствует, слизистые оболочки их желто-серые. В толстом кишечнике бесцветные каловые массы. Мезентериальные лимфоузлы располагаются раздельно, диаметр их не более 1 см, эластичны. Печень 23х22х18х13 см, плотно-эластичная, желто-зеленая с поверхности и на разрезах, полнокровная, с зеленым крапом и мелкобугристой поверхностью. В желчном пузыре 50 мл жидкой темно-зеленой желчи, слизистая оболочка его темно-зеленая, бархатистая. Просвет внепеченочных желчевыводящих путей свободно проходим. Поджелудочная железа обычных размеров, плотно-эластичная, бледно-желтая, на разрезах - дольчатого строения. Селезенка 14х15х14 см, синюшная, полнокровна, эластична, без соскоба. Надпочечники листовидной формы, обычных размеров, на разрезах граница слоев четкая. Почки равновелики, 11х7х5 см, дрябло-эластичные. Капсула сползает при надрезе, обнажая ровную поверхность. По краю разреза паренхима наползает на капсулу. На разрезах корковый слой – желто-синюшный, с темно-красным крапом и подчеркнутым рисунком, мозговой слой также с подчеркнутым рисунком, граница слоев отчетливо выражена. Слизистые оболочки лоханок и чашечек желтые, гладкие, блестящие, просвет их свободен. Мочеточники проходимы на всем протяжении, с желто-серой слизистой. Мочевой пузырь пуст, слизистая оболочка его складчатая, желто-серая, уретра свободно проходима. ДАННЫЕ ДОПОЛНИТЕЛЬНЫХ МЕТОДОВ ИССЛЕДОВАНИЯ. Представлен акт судебно-гистологического исследования № 964 от 26.02.07г. Заключение: Хронический гепатит, стадия обострения; фокальные некрозы гепатоцитов с пропитыванием желчью, выраженный холестаз в печени. Микронодулярный цирроз печени. Начальная стадия развития острой почечной недостаточности с пропитыванием нефроэпителия желчью, блокадой извитых канальцев и собирательных трубок почки желчными цилиндрами. Отек головного мозга. Очаговый альвеолярный отек, эмфизема в легком. Стромальный отек, малокровие миокарда.

Задание:

1. Какие дополнительные исследования необходимо провести?
2. Зашифровать заболевание в свидетельстве о смерти?
3. Составить судебно-медицинский диагноз?
4. Определить наличие телесных провреждений?
5. Установить причину смерти?

Ответы:

1. Из трупа для судебно-гистологического исследования взяты кусочки внутренних органов на патоморфологические изменения.
2. Свидетельство о смерти. А) хронический гепатит в фазе обострения.
3. СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКИЙ ДИАГНОЗ. Хронический гепатит, стадия обострения; фокальные некрозы гепатоцитов с пропитыванием желчью, выраженный холестаз в печени, микронодулярный цирроз печени, билирубиновый нефроз с некрозом эпителия почечных канальцев. *Осложнения:* паренхиматозная желтуха, отек и набухание головного мозга с дислокацией; отек легких с геморрагическим компонентом; полнокровие внутренних органов.
4. При судебно-медицинском исследовании трупа телесные повреждения не обнаружены.
5. Смерть наступила в результате заболевания, хронического гепатита с микронодуллярным циррозом печени и развитием паренхиматозной желтухи, токсического гепатита и нефроза. Заключение подтверждается картиной, найденной на вскрытии, и данными медицинской документации. При поступлении пострадавшей в стационар в крови не обнаружен этиловый спирт.

**Задача № 3** УК-1  ПК-1  ПК-2  ПК-3  ПК-5  ПК-7  ПК-8  ПК-9  ПК-10

ИССЛЕДОВАНИЕ ТРУПА ПРОВОДИТСЯ ДЛЯ УСТАНОВЛЕНИЯ ПРИЧИНЫ СМЕРТИ

ОБСТОЯТЕЛЬСТВА ДЕЛА: в направлении на судебно-медицинское исследование трупа не указаны.

Представлен акт о смерти. Больной Я, 36 лет (19.02.1970 г.р.), проживающий по адресу: г. К, был доставлен бригадой "скорой помощи" в ГКБ № в 17-45 02.02.07г. в крайне тяжелом состоянии, на каталке. Сознание оглушение, заторможен, контакту не доступен. Кожные покровы бледные, желтушные, склеры иктеричные. Жировая клетчатка развита слабо. Костно-суставная система без видимой патологии. В легких дыхание ослаблено, проводится по всем полям, хрипов нет. ЧДД 19 в минуту Пульс 81 в минуту АД 80/60 мм.рт.ст. Симптом 12 ребра отрицательный с обеих сторон. Язык обложен грязным налетом. При пальпации живот мягкий во всех отделах, на пальпацию не реагирует. При проведении диагностических мероприятий в 18-00 произошла остановка сердечной деятельности. Проводимые реанимационные мероприятия в течение 30 минут эффекта не дали. В 18-30 02.02.07г. констатирована смерть больного.

НАРУЖНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ. Труп мужчины, доставлен без одежды, среднего телосложения, в кахексии, длиной тела 175 см. Кожа бледно-серая, холодная на ощупь во всех отделах, в отлогих местах тела сливные, фиолетовые, не исчезающие и не меняющие цвет при надавливании трупные пятна. Трупное окоченение достаточно выражено во всех обычно исследуемых группах мышц. Склеры глаз мутные, тусклые, суховаты, кровоизлияний в соединительные оболочки глаз не отмечается, зрачки равновелики по 0,4 см диаметром. Голова правильной формы, кости черепа и лицевого скелета на ощупь целы. Грудная клетка цилиндрическая, эластичная, упругая, ребра на ощупь целы. Живот на одном уровне с грудной клеткой. Естественные отверстия тела и полости рта и носоглотки свободны, чистые. Слизистая оболочка губ синюшная, подсохшая. Анальное отверстие сомкнуто, кожа вокруг него слегка обпачкана каловыми массами. Половые органы развиты правильно. Кости конечностей целы.

ПОВРЕЖДЕНИЯ. Каких-либо повреждений, кроме следов медицинских манипуляций, при наружном исследовании не обнаружено.

При проведении воздушной пробы – воздух из плевральных полостей и полостей сердца не получен.

ВНУТРЕННЕЕ ИССЛЕДОВАНИЕ

Масса органов взрослых.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Масса | **№ 44** | норма |
| Мозг | **1300** | До 1400 |
| Легкое правое | **590** | 450 |
| левое | **560** | 375 |
| Сердце | **380** | 200-400 |
| Печень | **2100** | 1200-2000 |
| Селезенка | **250** | 80-180 |
| Почки | **290** | 275-310 |

ПОЛОСТЬ ЧЕРЕПА: кожно-мышечный лоскут головы гладкий, влажный, блестящий, без кровоизлияний и повреждений, височные мышцы синюшные, сочные, полнокровны. Кости свода и основания черепа целы. Твердая мозговая оболочка серо-перламутрового цвета, цела, блестящая, гладкая, влажная, просвет ее синусов выполнен жидкой темной кровью в большом количестве. Мягкие мозговые оболочки тонкие, прозрачные со студневидным отеком и полнокровными сосудами, по ходу которых определяются рассеянные точечные кровоизлияния в небольшом количестве в толще мозговых оболочек. Сосуды Вилизиева круга с тонкими стенками, пустым просветом. Борозды мозга с обычным рисунком, на миндаликах мозжечка определяется полоса вдавления от краев большого затылочного отверстия. Головной мозг эластичный, на разрезах с четкой границей серого и белого вещества и мраморным рисунком подкорковых ядер. Поверхности разрезов тускловаты, липнут к лезвию ножа. Желудочки мозга симметричны, обычного объема, эпендима их бледно-серая, блестящая, влажная, в полостях желудочков следы прозрачной соломенного цвета жидкости. Сосудистые сплетения обычного вида, полнокровны

ОРГАНЫ ГОЛОВЫ И ШЕИ. Язык синюшный, влажный, обложен серовато-желтым, не снимающимся налетом. Слизистые оболочки носоглотки синюшные, влажные, блестящие. В мягких тканях шеи повреждений и кровоизлияний не обнаружено. Вход и просвет гортани свободен, слизистая оболочка ее бледно-серая. Подъязычная кость и хрящи гортани целы, в мягких тканях ее повреждений не обнаружено. Просвет трахеи и главных бронхов свободен, хрящи трахеи целы. Щитовидная железа обычных размеров, с равновеликими долями, плотно-эластичная, темно-коричневая, на разрезе полнокровна, дольчатого строения. Просвет пищевода свободен, слизистая его бледно-серая, продольно складчатая.

ГРУДНАЯ ПОЛОСТЬ. В плевральных полостях следы прозрачной жидкости. Легкие выполняют 2\3 полостей, с блестящей, гладкой и влажной плеврой. Под висцеральной плеврой, особенно, в прикорневых отделах легких и по базальным поверхностям, множественные точечные кровоизлияния. Легкие синюшные в передних и темно-синюшные в задних отделах, тестоватой консистенции, на разрезах темно-красные с обычным рисунком, полнокровны. Слизистые оболочки воздухопроводящих путей светло-розовые, набухшие. Бифуркационные лимфоузлы располагаются в виде пакетов диаметром от 1 до 2 см, эластичные, не спаянные между собой и с окружающими тканями, темно-синюшные, на разрезах сочные, с обычным рисунком. В полости перикарда следы прозрачной жидкости, листки его гладкие, влажные, блестящие. Под эпикардом единичные точечные рассеянные темно-красные кровоизлияния. Сердце дрябло-эластичное, 11,5х9х8 см, с избыточным отложением жира под эпикардом. В полостях сердца немного жидкой темной крови со смешанными свертками. Миокард розовато-синюшный, эластичный, неравномерного кровенаполнения. Толщина стенки правого желудочка 0,3 см, левого 1,2 см. Клапаны и пристеночный эндокард тонкий, полупрозрачный, клапаны сформированы правильно. Аорта эластична, со следами жидкой крови в просвете и рассеянными липидными пятнами в интиме. Коронарные артерии с тонкими стенками, пустым просветом.

БРЮШНАЯ ПОЛОСТЬ. Органы расположены анатомически правильно. В полости следы прозрачной жидкости соломенного цвета. Листки брюшины гладкие, влажные, блестящие. Желудок пустой, содержимое кишечника отделам соответствует, слизистые оболочки их бледно-серые. Мезентериальные лимфоузлы располагаются раздельно, диаметр их не более 1 см, эластичны. Печень 24х20х16х13 см, плотно-эластичная, желто-коричневая с поверхности и на разрезах, полнокровная, со смазанным рисунком долек. В желчном пузыре 15 мл жидкой темно-зеленой желчи, слизистая оболочка его темно-зеленая, бархатистая. Просвет внепеченочных желчевыводящих путей свободно проходим. При ревизии у нижнего полюса селезенки, распространяясь на хвост поджелудочной железы гнойный абсцесс со сформировавшейся капсулой диаметром 10 см. Выраженное гнойное воспаление всей поджелудочной железы. Селезенка 16х15х14 см, синюшная, полнокровна, дряблая с обильным соскобом. Надпочечники листовидной формы, обычных размеров, на разрезах граница слоев четкая. Почки равновелики, 11,5х6х5 см, дрябло-эластичные. Капсула сползает при надрезе, обнажая ровную поверхность. По краю разреза паренхима наползает на капсулу. На разрезах корковый слой - синюшный, с темно-красным крапом и подчеркнутым рисунком, мозговой слой также с подчеркнутым рисунком, граница слоев отчетливо выражена. Слизистые оболочки лоханок и чашечек бледно-синюшные, гладкие, блестящие, просвет их свободен. Мочеточники проходимы на всем протяжении, с бледно-серой слизистой. Мочевой пузырь пуст, слизистая оболочка его складчатая, бледно-серая, уретра свободно проходима.

**ДАННЫЕ ДОПОЛНИТЕЛЬНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ.**

Представлен акт судебно-химического исследования № 1099 от 01.03.07г. Эксперт-химик Баженова. При судебно-химическом исследовании вещественных доказательств, изъятых при вскрытии трупа, этиловый спирт не обнаружен.

Судебно-гистологическое исследование № 959 ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Картина цирроза поджелудочной железы с гнойно-гранулирующим воспалением. Селезенка с миелоидной метаплазией и очагами гнойного спленита.

Задание:

1. Какие дополнительные исследования необходимо провести?
2. Зашифровать заболевание в свидетельстве о смерти?
3. Составить судебно-медицинский диагноз?
4. Определить наличие телесных провреждений?
5. Установить причину смерти?

Ответы:

* 1. Из трупа взяты: для судебно-гистологического исследования кусочки внутренних органов на патоморфологические изменения; для судебно-химического исследования кровь и моча на наличие алкоголя.
  2. Свидетельство о смерти. В) Хронический панкреатит с исходом в цирроз поджелудочной железы. К 86.8.
  3. *СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКИЙ ДИАГНОЗ.* Хронический панкреатит с исходом в цирроз поджелудочной железы, гнойно-гранулирующий панкреатит, гнойно-некротический спленит, хронический забрюшинный абсцесс. О*сложнения:* отек и набухание головного мозга; отек легких; венозное полнокровие внутренних органов.
  4. При судебно-медицинском исследовании трупа телесные повреждения не обнаружены.
  5. Смерть наступила в результате заболевания, верифицированного как хронический панкреатит с исходом в цирроз поджелудочной железы, гнойно-гранулирующий панкреатит, гнойно-некротический спленит, хронический забрюшинный абсцесс. Заболевание осложнилось острой сердечно-сосудистой недостаточностью. Заключение подтверждается картиной, найденной на вскрытии, и данными медицинской документации. При судебно-химическом исследовании в крови и моче этиловый спирт не обнаружен.

Задача № 4 УК-1  ПК-1  ПК-2  ПК-3  ПК-5  ПК-7  ПК-8  ПК-9  ПК-10

ИССЛЕДОВАНИЕ ТРУПА ПРОВОДИТСЯ ДЛЯ УСТАНОВЛЕНИЯ ПРИЧИНЫ СМЕРТИ

ОБСТОЯТЕЛЬСТВА ДЕЛА: в направлении на судебно-медицинское исследование трупа не указаны.

Представлена медицинская карта стационарного больного № 9090 из ГКБ № 6 на имя Похиловой З.А., 1921 г.р., которая 28.01.07г. в 18-55 бригадой скорой помощи была доставлена в токсикологическое отделение из дома с жалобами на боли во рту, слабость, боли по ходу пищевода и в эпигастрии. Дома с суицидальной целью, время неизвестно, выпила около 10-15 грамм марганцовокислого калия, кристаллического. На догоспитальном этапе промыт желудок через зонд. При поступлении состояние тяжелое, оглушение 1,2, возбуждена, кричит о том, что не хочет жить, отказывается лечиться. Тургор кожи снижен, мелкоточечные подкожные кровоизлияния на руках. Химический ожог слизистых оболочек. Склеры инъецированы. Зрачки средней величины, равны, фотореакция снижена. Симптом Кернига 160°. Мышечный тонус снижен. Дыхание спонтанное, адекватное, ЧДД 18в минуту, жесткое, влажные проводные хрипы из верхних отделов. АД 130/90 мм.рт.ст. Пульс 89 в минуту. Язык гиперемирован, химический ожог. Живот болезненный в эпигастрии. При поступлении в отделение больной произведена катетеризация подключичной вены справа, катетеризирован мочевой пузырь, проведен желудочный зонд (повторно промыт желудок). Несмотря на проводимое лечение, состояние больной прогрессивно ухудшалось: нарастала энцефалопатия сосудистого генеза, присоединилась внутрибольничная дусторонняя пневмония, острая сердечно-сосудистая недостаточность, вторичный панкреатит. Состояние больной стабилизировать не удавалось. При явлениях полиорганной недостаточности в стадии декомпенсации 16.02.07г. в 19-00 наступила смерть, несмотря на проводимые реанимационные мероприятия.

ПОСМЕРТНЫЙ ДИАГНОЗ. Острое пероральное отравление кристаллическим марганцовокислым калием тяжелой степени. Суицид. *Осложнения.* Химический ожог желудочно-кишечного тракта. Двусторонняя внутрибольничная пневмония. Энцефалопатия смешанного генеза. Острая сердечно-сосудистая недостаточность. Отек легких. Отек головного мозга. пролежни крестца и грудной клетки.

Алкоголь – в крови и моче не обнаружен.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Данные анализов | | | | |
| Параметры  дата | 10.02 | 11.02 | 12.02 | 13.02 |
| эритроциты | 4,67 | 4,8 | 4,85 | 4,1 |
| Цветной п. | 1,0 | 1,0 | 1,02 | 0,98 |
| гемоглобин | 156 | 159 | 162 | 134 |
| тромбоциты | 131 | 128 | 144 | 161 |
| ретикулоциты | 41,6 | 42 | 44,2 | 57,0 |
| лейкоциты | 28,3 | 25,0 | 49,6 | 21,9 |
| палочкоядерные | 13 | 11 | 4 | 7 |
| сегментоядерные | 81 | 83 | 92 | 86 |
| Индекс ядерного сдвига |  |  |  |  |
| лимфоциты | 5 | 5 | 3 | 6 |
| моноциты | 1 | 1 | 1 | 1 |
| Дегенеративные изменения нейтрофилов | ++ | ++ | + | +++ |
| РОЭ |  | 6 |  |  |
| Амилаза |  | 289 | 237 | 297 |
| мочевина |  | 17,8 | 22,6 | 30,1 |
| Билирубин общ. |  | 14,9 | 14,9 | 14,9 |
| Прямой |  | 4,9 | 4,9 | 4,9 |
| непрямой |  | 10,0 | 10,0 | 10,0 |
| Белок крови |  | 40,0 | 44,4 | 42,2 |
| Калий |  | 4,0 | 4,3 | 4,6 |
| Натрий |  | 142 | 132 | 150 |

НАРУЖНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ. Труп женщины, доставлен без одежды, среднего телосложения, удовлетворительного питания, длиной тела 155 см. Кожа бледно-серая, холодная на ощупь во всех отделах, в отлогих местах тела сливные, фиолетовые, не исчезающие и не меняющие цвет при надавливании трупные пятна. Трупное окоченение достаточно выражено во всех обычно исследуемых группах мышц. Склеры глаз мутные, тусклые, суховаты, кровоизлияний в соединительные оболочки глаз не отмечается, зрачки равновелики по 0,4 см диаметром. Голова правильной формы, кости черепа и лицевого скелета на ощупь целы. Грудная клетка цилиндрическая, эластичная, упругая, ребра на ощупь целы. Живот на одном уровне с грудной клеткой. Естественные отверстия тела и полости рта и носоглотки свободны, чистые. Слизистая оболочка губ синюшная, подсохшая. Анальное отверстие сомкнуто, кожа вокруг него слегка обпачкана каловыми массами. Половые органы развиты правильно. Кости конечностей целы.

ПОВРЕЖДЕНИЯ. Каких-либо повреждений, кроме пролежней и следов медицинских манипуляций, при наружном исследовании не обнаружено.

При проведении воздушной пробы – воздух из плевральных полостей и полостей сердца не получен.

ВНУТРЕННЕЕ ИССЛЕДОВАНИЕ

Масса органов взрослых.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Масса | **№ 52** | норма |
| Мозг | **1200** | До 1400 |
| Легкое правое | **560** | 450 |
| левое | **450** | 375 |
| Сердце | **300** | 200-400 |
| Печень | **1250** | 1200-2000 |
| Селезенка | **80** | 80-180 |
| Почки | **290** | 275-310 |

ПОЛОСТЬ ЧЕРЕПА: кожно-мышечный лоскут головы гладкий, влажный, блестящий, без кровоизлияний и повреждений, височные мышцы синюшные, сочные, полнокровны. Кости свода и основания черепа целы. Твердая мозговая оболочка серо-перламутрового цвета, цела, блестящая, гладкая, влажная, просвет ее синусов выполнен жидкой темной кровью в большом количестве. Мягкие мозговые оболочки тонкие, прозрачные со студневидным отеком и полнокровными сосудами, по ходу которых определяются рассеянные точечные кровоизлияния в небольшом количестве в толще мозговых оболочек. Сосуды Вилизиева круга с выраженным атеросклерозом с облитерацией просвета до 3/4 полулунными атеросклеротическими бляшками, пустым просветом. Борозды мозга сглажены, извилины уплощены, на миндаликах мозжечка кольцевидная с диффузными субарахноидальными кровоизлияниями полоса вдавления от краев большого затылочного отверстия с губовидным выпячиванием вещества мозга внутри кольца. Резервные пространства мозга отсутствуют. Головной мозг дряблый, выполняет все резервные пространства, на разрезах с четкой границей серого и белого вещества и мраморным рисунком подкорковых ядер. Поверхности разрезов тускловаты, липнут к лезвию ножа. Желудочки мозга симметричны, резко увеличенного объема, эпендима их бледно-серая, блестящая, влажная, в полостях желудочков большое прозрачной соломенного цвета жидкости под давлением. Сосудистые сплетения обычного вида, полнокровны.

При ревизии позвоночного столба повреждений не обнаружено. Выражен кифосколиоз. Эпи- и субдуральные пространства свободны, твердая мозговая оболочка напряжена, бледно-серая, блестящая, мягкие мозговые оболочки тонкие, прозрачные, спинной мозг дряблый, на разрезах обычного рисунка.

ОРГАНЫ ГОЛОВЫ И ШЕИ. Язык синюшный, влажный, обложен серовато-желтым, не снимающимся налетом. Слизистые оболочки носоглотки синюшные, влажные, блестящие. В мягких тканях шеи повреждений и кровоизлияний не обнаружено. Вход и просвет гортани свободен, слизистая оболочка ее бледно-серая. Подъязычная кость и хрящи гортани целы, в мягких тканях ее повреждений не обнаружено. Просвет трахеи и главных бронхов свободен, хрящи трахеи целы. Щитовидная железа обычных размеров, с равновеликими долями, плотно-эластичная, темно-коричневая, на разрезе полнокровна, дольчатого строения. Просвет пищевода свободен, слизистая его бледно-серая, с рубцовыми изменениями, сглаженной складчатостью.

ГРУДНАЯ ПОЛОСТЬ. В плевральных полостях следы прозрачной жидкости. Легкие выполняют 2\3 полостей, с блестящей, гладкой и влажной плеврой. Под висцеральной плеврой, особенно, в прикорневых отделах легких и по базальным поверхностям, множественные точечные кровоизлияния. Легкие синюшные в передних и темно-синюшные в задних отделах, тестоватой консистенции, на разрезах темно-красные с обычным рисунком, полнокровны. Над поверхностями разрезов выступают бронхи в виде «гусиных перьев». Слизистые оболочки воздухопроводящих путей светло-розовые, набухшие. Бифуркационные лимфоузлы располагаются в виде пакетов диаметром от 1 до 2 см, эластичные, не спаянные между собой и с окружающими тканями, темно-синюшные, на разрезах сочные, с обычным рисунком. В полости перикарда следы прозрачной жидкости, листки его гладкие, влажные, блестящие. Сердце дрябло-эластичное, 13х12х11 см. В полостях сердца немного жидкой темной крови с мелкими единичными темно-вишневыми свертками. Миокард розовато-синюшный, эластичный, с сетчатым разрастанием соединительной ткани, неравномерного кровенаполнения. Толщина стенки правого желудочка 0,3 см, левого 1,6 см. Клапанный и пристеночный эндокард утолщен, мутный, клапаны сформированы правильно. Аорта эластична, со следами жидкой крови в просвете и рассеянными липидными пятнами и множественными атеросклеротическими бляшками в разных стадиях развития в интиме. Коронарные артерии с неравномерно утолщенными стенками за счет полулунных и кольцевидных атеросклеротических бляшек с кальцинозом, с облитерацией просвета на 2/3. наиболее выражен атеросклероз с облитерацией просвета полулунными бляшками до 3/4 в бифуркациях сонных артерий.

БРЮШНАЯ ПОЛОСТЬ. Органы расположены анатомически правильно. В полости следы прозрачной жидкости соломенного цвета. Листки брюшины гладкие, влажные, блестящие. Желудок пустой, содержимое кишечника отделам соответствует, слизистые оболочки их бледно-серые. Мезентериальные лимфоузлы располагаются раздельно, диаметр их не более 1 см, эластичны. Печень 22х18х14х13 см, плотно-эластичная, коричневая с поверхности и на разрезах, полнокровная, с темно-красным крапом. В желчном пузыре 50 мл жидкой темно-зеленой желчи, слизистая оболочка его темно-зеленая, бархатистая. Просвет внепеченочных желчевыводящих путей свободно проходим. Поджелудочная железа обычных размеров, плотно-эластичная, бледно-серая, на разрезах - дольчатого строения. Селезенка 6х5х4 см, синюшная, полнокровна, эластична, без соскоба. Надпочечники листовидной формы, обычных размеров, на разрезах граница слоев четкая. Почки равновелики, 10х6х5 см, дрябло-эластичные. Капсула сползает при надрезе, обнажая мелкобугристую поверхность. По краю разреза паренхима наползает на капсулу. На разрезах корковый слой - синюшный, с темно-красным крапом и подчеркнутым рисунком, мозговой слой также с подчеркнутым рисунком, граница слоев отчетливо выражена. Слизистые оболочки лоханок и чашечек бледно-синюшные, гладкие, блестящие, просвет их свободен. Мочеточники проходимы на всем протяжении, с бледно-серой слизистой. Мочевой пузырь пуст, слизистая оболочка его складчатая, бледно-серая, уретра свободно проходима. **А К Т** Судебно-гистологического исследования № 1101

ЗАКЛЮЧЕНИЕ Головной мозг – отсутствие гистоархитектоники коры из-за массивного выпадения нейронов, множество глиальных шаров в стволовых отделах головного мозга, выраженный периваскулярный и перицеллюлярный отек.

Печень – мускатное венозное полнокровие.

Почки стаз крови в сосудах, очаговый нефросклероз.

Миокард – перивазальный кардиосклероз.

Легкие периваскулярный и перибронхиальный пневмосклероз, гнойный эндобронхит.

Задание:

1. Какие дополнительные исследования необходимо провести?

1. Зашифровать заболевание в свидетельстве о смерти?
2. Составить судебно-медицинский диагноз?
3. Определить наличие телесных провреждений?
4. Установить причину смерти?

Ответы:

* 1. Из трупа взяты: для судебно-гистологического исследования кусочки внутренних органов на патоморфологические изменения; для судебно-химического исследования кровь и моча на наличие алкоголя.
  2. Свидетельство о смерти В) Цереброваскулярная болезнь.
  3. СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКИЙ ДИАГНОЗ. Цереброваскулярная болезнь – стенозирующий склероз мозговых артерий, атрофия нейронов коры головного мозга, внутренняя гидроцефалия с частичной атрофией больших полушарий. Осложнения: повышение внутри желудочкового давления с отеком головного мозга с дислокацией; гнойный эндобронхит, отек легких; венозное полнокровие внутренних органов. Сопутствующие: хроническая ишемическая болезнь сердца – перивазальный кардиосклероз. ХОБЛ – перивазальный и перибронхиальный пневмосклероз.
  4. При судебно-медицинском исследовании трупа телесные повреждения не обнаружены.
  5. Смерть наступила 16.02.07г. в 19-00в результате заболевания, верифицированного как цереброваскулярная болезнь – стенозирующий склероз мозговых артерий, атрофия нейронов коры головного мозга, внутренняя гидроцефалия с частичной атрофией больших полушарий. Заключение подтверждается картиной, найденной на вскрытии, и данными медицинской документации. При поступлении пострадавшей в стационар в крови и моче этиловый спирт не обнаружен.

Задача № 5 УК-1  ПК-1  ПК-2  ПК-3  ПК-5  ПК-7  ПК-8  ПК-9  ПК-10

ОБСТОЯТЕЛЬСТВА ДЕЛА. В постановлении о назначении судебно-медицинской экспертизы указано, что «27.01,2007 г. неустановленное следствием лицо причинило тяжкий вред здоровью П при неустановленных следствием обстоятельствах. Потерпевший был обнаружен в подъезда д. 24 по ул. в г. К , после чего был доставлен в ГКБ № , где не приходя в сознание скончался 17.02. 07 г.»

**ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКАЯ ЧАСТЬ.**

Представлена медицинская карта стационарного больного № из ГКБ № на имя П 1948 г.р., который **27.01.07г**. в 7-15 бригадой скорой помощи был доставлен в НХО-2 с расстройством сознания. Найден на ул. К, 24, 1 подъезд, 2 этаж 27.01.07г. в 05-30. запах алкоголя изо рта. Кожные покровы розовые, обычной влажности. Дыхание проводится по всем полям ЧДД 12/мин, пульс 68/мин. АД 200/100 мм.рт.ст. Живот не вздут, участвует в акте дыхания. Самопроизвольно мочился. Сознание кома 1. Зрачки равны, фотореакция сохранена, взор фиксирован прямо, легкое расходящееся косоглазие(?). Лицо симметрично. Рефлексы с рук вялые, с ног отсутствуют. Тонус в руках повышен. Симптом Кернига 160°. В правой теменно-височной области отек мягких тканей. Напряженное синюшно-багровое кровоизлияние в верхнем веке справа. Из правого наружного слухового хода геморрагическое отделяемое с положительным «симптомом двойного пятна». В ротовой полости следы крови. При ЭХО-ЭС смещение м-эхо слева направо на 4 мм. При рентгенографическом исследовании ; 1795 от 27.01.07г.: определяется линейный перелом правой теменной кости с переходом на височную в средней черепной ямке; на рентгенограмме шейного отдела позвоночника, костей таза повреждений не выявлено. Больной госпитализирован в отделение реанимации. *Операции*: 1) 27.01.07г. Резекционная трепанация в теменно-височной области справа. Удаление острой эпи субдуральной гематомы справа. Трефинация в теменно-височной области слева. Удаление плащевидной субдуральной гематомы. Пункция мозгового вещества. В теменно-височной области справа произведен линейный разрез длиной до 15 см. Кость скелетирована, выявлен многоскольчатый перелом теменной и височной кости, уходящий на основание. Наложено фрезевое отверстие. Выявлена острая эпидуральная гематома в виде сгустков черного цвета. Произведена резекционная трепанация черепа размерами 8,0x6,0 см. эпидуральная гематома объемом до 80 мл удалена. Гемостаз. При удалении гематомы с основания отходил мозговой детрит, твердая мозговая оболочка напряжена, синюшна. Последняя надсечена, обнаружена острая субдуральная гематома в виде сгустков и жидкой крови с ликвором. Субдуральная гематома объемом до 30 мл удалена. Мозговое вещество бледного цвета, пульсация вялая, несколько пролабирует в дефект твердой мозговой оболочки. Наводящие швы на твердую мозговую оболочку. По направление к основанию установлен дренаж по Редону. Эпидурально установлены четыре резиновых выпускника. Послойно швы на рану до дренажей. В теменно-височной области слева произведен линейный разрез длинной до 6 см. Кость скелетирована. Наложено фрезевое отверстие. Твердая мозговая оболочка напряжена, синюшного цвета, пульсацию мозгового вещества не передает. Фрезевое отверстие расширено до размеров трефинационного. Твердая мозговая оболочка рассечена крестообразно. Обнаружена плащевидная субдуральная гематома, последняя объемом до 30 мл удалена. Мозговое вещество вишневого цвета, пульсация вялая, несколько пролабирует в дефект твердой мозговой оболочки. При пункции переднего рога бокового желудочка получено небольшое количество резко геморрагического ликвора. При пункции мозгового вещества в трех направлениях внутримозговой гематомы не обнаружено. Субдурально по направлению к основанию установлен дренаж по Редону. Отдельные швы на твердую мозговую оболочку до дренажа. Послойно швы на рану до дренажа. 2) 05.02.07 Нижняя трахеостомия. Несмотря на проводимое лечение, состояние больного оставалось крайне тяжелым, прогрессивно ухудшалось, нарастали явления СПОН. 17.02.07г. в 16-45 на фоне нарастающих явлений полиорганной недостаточности наступила остановка сердечной деятельности. Реанимационные мероприятия не проводились. Констатирована смерть больного **17.02.07г**. в 16-45.

ПОСМЕРТНЫЙ ДИАГНОЗ. Сочетанная травма. Открытая проникающая черепно-мозговая травма. Ушиб головного мозга тяжелой степени со сдавлением острой эпи субдуральной гематомой справа и слева. Отек и набухание головного мозга. Линейный перелом теменно-височной кости справа с переходом на основание черепа через среднюю черепную ямку. Закрытая травма грудной клетки множественные переломы ребер слева. Двусторонняя пневмония. Дислокационный синдром.

*Операции*: 1) 27.01.07г. Резекционная трепанация в теменно-височной области справа. Удаление острой эпи субдуральной гематомы справа. Трефинация в теменно-височной области слева. Удаление плащевидной субдуральной гематомы. Пункция мозгового вещества. 2) 05.02.07 Нижняя трахеостомия.

Алкоголь – данных нет.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Данные анализов | | | | |
| Параметры  дата | 14.02 | 15.02 | 16.02 | 17.02 |
| Эритроциты | 3,92 | 3,5 | 3,24 | 3,5 |
| Цветной п. | 0,96 | 0,97 | 0,97 | 0,98 |
| Гемоглобин | 126 | 113 | 105 | 113 |
| Тромбоциты | 331 | 288 | 253 | 267 |
| гематокрит |  | 32,1 | 33,5 | 35 |
| тромбоциты | 331 |  |  |  |
| ретикулоциты | 37,3 |  |  |  |
| лейкоциты | 18,6 | 17,3 | 15,9 | 20,4 |
| базофилы |  | 1 |  |  |
| эозинофилы |  | 4 |  |  |
| палочкоядерные |  | 5 |  |  |
| сегментоядерные |  | 83 |  |  |
| лимфоциты |  | 2 |  |  |
| моноциты |  | 5 |  |  |
| Дегенеративные изменения нейтрофилов |  | + |  |  |
| Анизоцитоз |  | + |  |  |
| Пойкилоцитоз |  | + |  |  |
| Полихромазия |  | + |  |  |
| РОЭ | 63 | 47 |  | 53 |
| мочевина | 20,5 |  |  |  |
| Билирубин общ. | 9,9 |  | 12,4 | 4,9 |
| Прямой | 2,5 |  | 2,5 | - |
| непрямой | 7,4 |  | 9,5 | 4,9 |
| Белок крови | 54,7 | 59,9 | 58,3 | 52,8 |
| калий | 4,6 | 4,5 | 4,8 | 5,6 |
| натрий | 140 | 160 | 150 | 157 |
| Уд. вес мочи | 1011 | 1010 | 1013 |  |
| Белок мочи | 240 | 240 | 290 |  |
| Лейкоциты мочи | 1-3 | 6-2-4 | 3-1 |  |
| Эритроциты мочи | 12-18 | 4-8 | 2-1 |  |
|  | 27.01 | 28.01 | 31.01 | 09.02 |
| Протромбированное время | 16 | 15,5 | 17,5 | 17,0 |
| Протромбированный индекс | 100 | 107 | 90 | 90 |

**НАРУЖНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ.** Труп мужчины, доставлен без одежды, среднего телосложения, удовлетворительного питания, длиной тела 180 см. Кожа бледно-серая, холодная на ощупь во всех отделах, в отлогих местах тела сливные, фиолетовые, не исчезающие и не меняющие цвет при надавливании трупные пятна. Трупное окоченение достаточно выражено во всех обычно исследуемых группах мышц. Склеры глаз мутные, тусклые, суховаты, кровоизлияний в соединительные оболочки глаз не отмечается, зрачки равновелики по 0,4 см диаметром. Голова правильной формы, кости черепа и лицевого скелета на ощупь целы. Грудная клетка цилиндрическая, эластичная, упругая, ребра на ощупь целы. Живот на одном уровне с грудной клеткой. Естественные отверстия тела и полости рта и носоглотки свободны, чистые. Слизистая оболочка губ синюшная, подсохшая. Анальное отверстие сомкнуто, кожа вокруг него чистая. Половые органы развиты правильно. Кости конечностей целы.

**ПОВРЕЖДЕНИЯ.** На верхнем веке справа багрово-синюшный кровоподтек 4х2 см, на левом верхнем веке 3х2 см. Других повреждений, кроме следов медицинских манипуляций, при наружном исследовании не обнаружено.

При проведении воздушной пробы – воздух из плевральных полостей и полостей сердца не получен.

**ВНУТРЕННЕЕ ИССЛЕДОВАНИЕ**

Масса органов взрослых.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Масса | **№ 53** | норма |
| Мозг | **1650** | До 1400 |
| Легкое правое | **690** | 450 |
| левое | **590** | 375 |
| Сердце | **350** | 200-400 |
| Печень | **1600** | 1200-2000 |
| Селезенка | **250** | 80-180 |
| Почки | **390** | 275-310 |

ПОЛОСТЬ ЧЕРЕПА: справа и слева в типичных местах послеоперационные разрезы в теменно-височных областях, соответственно им трепанационные отверстия - справа неправильно овальной формы 7х5 см, слева - округлое, диаметром 2 см. В коже головы в центре теменной области, не связанное с операцией кровоизлияние диаметром 4 см. Множественные, разнонаправленные трещины в крышах обеих орбит, распространяющиеся на дырчатую пластинку решетчатой кости, с ущемлением в трещинах твердой мозговой оболочки. Справа от нижнего края вышеописанного дефекта множественные радиальные линии перелома, доходящие до центра средней черепной ямки и до центра пирамиды височной кости.

Субдурально по всем отделам мозга спаянная с твердой мозговой оболочкой пластинчатая ржаво-красная гематома, эластичная, объемом не более 20 мл. Справа височная доля расползается под пальцами с веществом пропитанным кровью, с множественными разрывами мягких мозговых оболочек по наружной поверхности. Аналогичные участки по полюсным поверхностям лобной доли, глубиной до 1,5 см, справа на участке 3 см, слева 4 см диаметром. Слева аналогичное повреждение полюса височной доли диаметром 2 см.Множественные отграничено-диффузные кровоизлияния по бороздам обеих конвекситальных поверхностей полушарий мозга, диаметром 0т 1.5 до 2.0 см. Борозды мозга сглажены, извилины уплощены, на миндаликах мозжечка кольцевидная с диффузными субарахноидальными кровоизлияниями полоса вдавления от краев большого затылочного отверстия с губовидным выпячиванием вещества мозга внутри кольца. Резервные пространства мозга отсутствуют. Головной мозг дряблый, выполняет все резервные пространства, на разрезах с четкой границей серого и белого вещества и мраморным рисунком подкорковых ядер. Поверхности разрезов тускловаты, липнут к лезвию ножа. Желудочки мозга симметричны, обычного объема, эпендима их бледно-серая, блестящая, влажная, в полостях желудочков следы прозрачной соломенного цвета жидкости. Сосудистые сплетения обычного вида, полнокровны. При ревизии позвоночного столба повреждений не обнаружено. Эпи- и субдуральные пространства свободны, твердая мозговая оболочка напряжена, бледно-серая, блестящая, мягкие мозговые оболочки тонкие, прозрачные, спинной мозг дряблый, на разрезах обычного рисунка. **ОРГАНЫ ГОЛОВЫ И ШЕИ.** Язык синюшный, влажный, обложен серовато-желтым, не снимающимся налетом. Слизистые оболочки носоглотки синюшные, влажные, блестящие. В мягких тканях шеи повреждений и кровоизлияний не обнаружено. Вход и просвет гортани свободен, слизистая оболочка ее бледно-серая. Подъязычная кость и хрящи гортани целы, в мягких тканях ее повреждений не обнаружено. Просвет трахеи и главных бронхов свободен, хрящи трахеи целы, трахеостома. Щитовидная железа обычных размеров, с равновеликими долями, плотно-эластичная, темно-коричневая, на разрезе полнокровна, дольчатого строения. Просвет пищевода свободен, слизистая его бледно-серая – продольно-складчатая. **ГРУДНАЯ ПОЛОСТЬ.** В плевральных полостях следы прозрачной жидкости. Легкие выполняют 2\3 полостей, с блестящей, гладкой и влажной плеврой. Под висцеральной плеврой, особенно, в прикорневых отделах легких и по базальным поверхностям, множественные точечные кровоизлияния. Легкие синюшные в передних и темно-синюшные в задних отделах. При ощупывании легкие тестоватой консистенции. На разрезах легкие темно-красные с обычным рисунком. С поверхности разреза из сосудов стекает темная жидкая кровь в повышенном количестве, с разреза легочной ткани – пенистая желто-красная, прозрачная жидкость в повышенном количестве. Над поверхностью разрезов в 8-9 сегментах правого легкого и 5-7 сегментах левого - из сосудов выступают крошащиеся темно-вишневые тромбы в виде столбиков. Просвет воздухо-проводящих путей свободен. Над поверхностями разрезов выступают бронхи в виде «гусиных перьев». Слизистые оболочки воздухо-проводящих путей светло-розовые, набухшие. Бифуркационные лимфоузлы располагаются в виде пакетов диаметром от 1 до 2 см, эластичные, не спаянные между собой и с окружающими тканями, темно-синюшные, на разрезах сочные, с обычным рисунком. В полости перикарда следы прозрачной жидкости, листки его гладкие, влажные, блестящие. Сердце дрябло-эластичное, 13,5х11х10 см, с избыточным отложением жира под эпикардом. В полостях сердца немного жидкой темной крови. На эндокарде задней стенки левого желудочка и прилегающей части межжелудочковой перегородки на участке диаметром 5 см рыхлые тромботические наложения, толщиной от 0.2 до 0.3 см. Миокард розовато-синюшный, дряблый, неравномерного кровенаполнения. В задней стенке левого желудочка типичный инфаркт на участке 5 см диаметром, в виде белесовато-желтых очагов, окруженных темно-вишневым ободком (геморрагическим венчиком), распространяющихся на всю толщу миокарда. Толщина стенки правого желудочка 0,3 см, левого 1,5 см. Клапаны и пристеночный эндокард тонкий, полупрозрачный, клапаны сформированы правильно, под эндокардом левого желудочка сердца рассеянные мелкопятнистые кровоизлияния в небольшом количестве. Коронарные артерии с умеренным атеросклерозом с наличием полулунных бляшек, закрывающих просвет не более чем на 1/3, пустым просветом. Смешанный тип кровоснабжения сердца. Аорта эластична, со следами жидкой крови в просвете и рассеянными липидными пятнами в интиме. Просвет правой почечной артерии полностью перекрыт смешанным плотным тромбом. При ревизии сосудов сердца пристеночный тромб верхней полой вены. Мелкие, эластичные, темно-вишневые тромбы, свободно лежащие в ушке правого предсердия. **БРЮШНАЯ ПОЛОСТЬ.** Органы расположены анатомически правильно. В полости следы прозрачной жидкости соломенного цвета. Листки брюшины гладкие, влажные, блестящие. В просвете желудка и кишечника содержимое соответствует отделам, слизистые оболочки их бледно-серые. Мезентериальные лимфоузлы располагаются раздельно, диаметр их не более 1 см, эластичны. Печень 24х18х14х13 см, эластичная, желто-коричневая с поверхности и на разрезах, полнокровная, со смазанным рисунком долек. В желчном пузыре 15 мл жидкой темно-зеленой желчи, слизистая оболочка его темно-зеленая, бархатистая. Просвет внепеченочных желчевыводящих путей свободно проходим. Поджелудочная железа обычных размеров, плотно-эластичная, бледно-серая, на разрезах - дольчатого строения. Надпочечники листовидной формы, обычных размеров, на разрезах граница слоев отчетливо выражена. Селезенка 12х10х10 см, с напряженной капсулой, темно-красная, на разрезах с субтотальным инфарктом в виде множественных кровоизлияний и некрозов, просвет селезеночной артерии полностью закрыт плотным смешанным тромбом. Почки равновелики, 14х8х7 см, дряблые. Капсула сползает при надрезе, обнажая ровную поверхность. Правая почка с тотальным инфарктом, паренхима ее серо-желтая, безструктурна. В левой почке множественные типичные треугольной формы, основанием к капсуле очаги инфарктов, на фоне полнокровной паренхимы. Слизистые оболочки лоханок и чашечек бледно-синюшные, гладкие, блестящие, просвет их свободен. Мочеточники проходимы на всем протяжении, с бледно-серой слизистой. Мочевой пузырь пуст, слизистая оболочка его складчатая, бледно-серая, уретра свободно проходима.

**А К Т** Судебно-гистологического исследования № 1102 ЗАКЛЮЧЕНИЕ. Миокард – в 10 стекла и 30 срезах картина однотипна – формирующийся постинфарктный трансмуральный рубец из молодой соединительной ткани с активной пролиферацией фибробластов, большим количеством молодых сосудов и очагами гемосидероза. В части полей зрения кардиоциты среди рубцовой ткани с острыми некрозами, без ядер, вокруг части некротических очагов лейкоцитарный инфильтрат, в субэндокардиальной зоне такие же очаги некрозов кардиоцитов с межуточными кровоизлияниями. На эндокарде левого желудочка, в области инфаркта наложения фибрина.

Почки – множественные инфаркты с некрозом почечной паренхимы. Просвет почечной артерии полностью перекрыт смешанным тромбом.

Селезенка – субтотальный инфаркт с множественными некрозами паренхимы.

Головной мозг – множественные организующиеся очаги ушиба в виде глиальных рубцов с очаговым гемосидерозом. В области рубцовых изменений и по их периферии перивазальные кровоизлияния из свежих эритроцитов и свежие очаги некроза мозговой ткани. В отделах мозга вне ушиба выраженный периваскулярный и перицеллюлярный отек, стаз крови в сосудах.

В легких – стаз крови в сосудах, венозный тромбоз, перивазальные кровоизлияния.

Задание:

* 1. Какие дополнительные исследования необходимо провести?

1. Зашифровать заболевание в свидетельстве о смерти?
2. Составить судебно-медицинский диагноз?
3. Определить наличие телесных повреждений?
4. Установить причину смерти?

Ответы:

* 1. Из трупа взяты: для судебно-гистологического исследования кусочки внутренних органов на патоморфологические изменения; для судебно-химического исследования кровь и моча на наличие алкоголя.
  2. Свидетельство о смерти. В) инфаркт миокарда I 21.2. 2. открытая черепно-мозговая травма S 02.0.
  3. СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКИЙ ДИАГНОЗ. Основное заболевание: рецидивирующий инфаркт миокарда задней стенки левого желудочка сердца - формирующийся постинфарктный трансмуральный рубец из молодой соединительной ткани с активной пролиферацией фибробластов, большим количеством молодых сосудов и очагами гемосидероза, среди рубцовой ткани кардиоциты с острыми некрозами, без ядер, вокруг части некротических очагов лейкоцитарный инфильтрат, в субэндокардиальной зоне очаги некрозов кардиоцитов с межуточными кровоизлияниями; наложения фибрина на эндокарде левого желудочка в области инфаркта. Фоновое: открытая черепно-мозговая травма - багрово-синюшные кровоподтеки на верхнем веке справа, на верхнем веке; кровоизлияние в коже головы в центре теменной области; множественные, разнонаправленные трещины в крышах обеих орбит, распространяющиеся на дырчатую пластинку решетчатой кости, с ущемлением в трещинах твердой мозговой оболочки, многооскольчатый перелом правых теменной и височной костей; субдуральная плащевидная гематома объемом 20 мл, ушибы в стадии организации обеих височных долей и полюсных поверхностей обеих лобных долей головного мозга; множественные отграничено-диффузные кровоизлияния по бороздам обеих конвекситальных поверхностей полушарий мозга. Осложнения: тромбоэмболический синдром – тромбоэмболия правой почечных и селезеночной артерий, тотальные инфаркты правой почки и селезенки, множественные инфаркты левой почки, очаговые инфаркты головного мозга; морандические тромбы правого предсердия, тромбоэмболия мелких ветвей легочной артерии; отек и набухание головного мозга с дислокацией; отек легких; венозное полнокровие внутренних органов.
  4. Смерть П, 1948 г.р. наступила 17.02.07г. в 16-45. в результате заболевания – острого трансмурального рецидивирующего инфаркта миокарда, осложнившегося сердечной недостаточностью и тромбоэмболическим синдромом с инфарктами почек, селезенки и тромбоэмболией мелких ветвей легочной артерии. Вывод подтверждается картиной, найденной на вскрытии и данными дополнительных методов исследования.
  5. При судебно-медицинской экспертизе трупа обнаружены телесные повреждения в виде: открытая черепно-мозговая травма - багрово-синюшные кровоподтеки на верхнем веке справа, на верхнем веке; кровоизлияние в коже головы в центре теменной области; множественные, разнонаправленные трещины в крышах обеих орбит, распространяющиеся на дырчатую пластинку решетчатой кости, с ущемлением в трещинах твердой мозговой оболочки, многооскольчатый перелом правых теменной и височной костей; субдуральная плащевидная гематома объемом 20 мл, ушибы в стадии организации обеих височных долей и полюсных поверхностей обеих лобных долей головного мозга; множественные отграничено-диффузные кровоизлияния по бороздам обеих конвекситальных поверхностей полушарий мозга. Повреждения являются опасными для жизни в момент причинения, обусловили тяжкий вред здоровью, но в прямой причинной связи со смертью не состоят. Совокупность и локализация телесных повреждений позволяют говорить, что черепно-мозговая травма является импрессионной. Можно предположить, что имело место не менее 4-х ударных воздействий твердого тупого предмета (предметов) без четких идентифицирующих признаков с достаточной силой. На область правого глаза спереди назад и справа налево, область левого глаза – спереди назад и слева направо (багрово-синюшные кровоподтеки на верхнем веке справа, на верхнем веке; множественные, разнонаправленные трещины в крышах обеих орбит, распространяющиеся на дырчатую пластинку решетчатой кости, с ущемлением в трещинах твердой мозговой оболочки, ушибы в стадии организации полюсных поверхностей обеих лобных долей головного мозга); на теменную область с действием травмирующей силы сверху вниз (кровоизлияние в коже головы в центре теменной области, множественные отграничено-диффузные кровоизлияния по бороздам обеих конвекситальных поверхностей полушарий мозга), на правую теменно-височную область справа налево (многооскольчатый перелом правых теменной и височной костей; ушибы в стадии организации обеих височных долей головного мозга). Указать последовательность ударных воздействий не представляется возможным. Морфологическая давность повреждений – не менее 2-х недель на момент смерти, следовательно повреждения могли возникнуть в сроки и условиях, указанных в постановлении.

**6. Перечень практических умений**

- установить причину смерти;

- провести судебно-медицинское исследование трупа при различных видах насильственной смерти;

- определить степень тяжести телесных повреждений;

- установить причинно-следственную связь между повреждением и неблагоприятным исходом;

- организовать судебно-медицинскую экспертизу вещественных доказательств (изъять, упаковать и направить объекты судебно-медицинской экспертизы на лабораторные исследования);

**7. Рекомендации по выполнению НИР**

Примерная тематика по НИР по теме - не предусмотрена

**8. Рекомендованная литература по теме занятия** (обязательная, дополнительная, электронные ресурсы, включая законодательные и нормативно-правовые документы)

**Занятие № 47**

**1. Индекс** ОД.О.01.1.8.61 **Тема: «Дифференциальная диагностика заболеваний сердечно сосудистой системы и токсических поражений сердечной мышцы».** 1 часть

**2. Форма организации занятия:** подготовка к практическому занятию.

**3. Перечень вопросов для самоподготовки по теме практического занятия**

1. ВОПРОС УК-1  ПК-1  ПК-2  ПК-3  ПК-5  ПК-7  ПК-8  ПК-9  ПК-10

От каких причин смерть наступает скоропостижно?

ОТВЕТ: Причиной скоропостижной смерти могут быть разные болезни в зависимости от возраста. Так, в возрасте до 1 года смерть (особенно недоношенных детей) наступает от инфекционных и вирусных заболеваний, аллергии к внешним факторам, в более поздние сроки дети чаще скоропостижно умирают от пороков развития, пневмонии, инфекций, ревматизма.

Уже начиная с молодого возраста, но особенно в зрелом и пожилом, самой частой причиной, вызывающей скоропостижную смерть, являются разные формы ишемической болезни сердца. В основе этой распространенной болезни острые и хронические патологические состояния, обусловленные органическими поражениями коронарных артерий сердца (тромбоз, атеросклероз), либо функциональное состояние — спазм этих артерий, затрудняющий питание мышцы сердца и приводящий к инфаркту миокарда или его очаговойдис-трофии, стенокардии, нарушения, сердечного ритма, острой коронарной недостаточности.

Скоропостижно смерть может наступить при болезнях органов дыхания (пневмония, бронхиальная астма и др.), эпилепсии, злокачественных опухолях, инфекционных болезнях (туберкулез, токсические формы гриппа, дизентерия и др.), при особо опасных инфекциях (холера, сибирская язва, чума).

Диагностика скоропостижной смерти включает помимо выявления патологоанатомических изменений при вскрытии (исследовании) трупа, обязательно гистологическое исследование органов и судебно-химическое исследование крови и мочи на алкоголь, а также проведение биохимического анализа тканей, а иногда и бактериологического исследования.

Вывод о причине смерти должен включать установленные факты, способствующие наступлению скоропостижной смерти.

2. ВОПРОС УК-1  ПК-1  ПК-2  ПК-3  ПК-5  ПК-7  ПК-8  ПК-9  ПК-10

Какие неблагоприятные факторы способствуют наступлению скоропостижной смерти?

ОТВЕТ: Скоропостижная смерть при ряде заболеваний наступает только в неблагоприятной обстановке. Такими факторами риска, внезапно приводящими к смерти, являются: неблагоприятные метеорологические условия, (резкая смена атмосферного давления, температуры воздуха); физическое перенапряжение, (даже незначительное) у больных ИБС; психоэмоциональное воздействие, особенно если оно было неожиданным. Но наиболее частым фактором риска является алкогольное опьянение и прием спиртного (имеется в виду этанол), даже в малых дозах. Это, как и курение, может приводить к спазму артерий сердца. При содержании алкоголя в малой токсической концентрации следует проводить дифференциальную диагностику смерти со скоропостижной смертью от того или иного заболевания, когда алкоголь является способствующим фактором и отравлением этано-лом, как самостоятельной причиной насильственной смерти.

Только данные исследования трупа, лабораторных методов с учетом всех обстоятельств могут обеспечить достоверное установление причины смерти.

**4. Самоконтроль по тестовым заданиям данной темы**

1. МИОМАЛЯЦИЯ ПОСЛЕ ИНФАРКТА МИОКАРДА ПОЯВЛЯЕТСЯ

ПК-5

1) в первые сутки

2) через 3-5 дней

3) через 7-10 дней

4) через 2-3 недели

5) через 3-4 недели

Правильный ответ: 3

1. ЖЕЛТОВАТАЯ ОКРАСКА МИОКАРДА В ЗОНЕ ИНФАРКТА (МАКРОСКОПИЧЕСКИ) ПОЯВЛЯЕТСЯ ЧЕРЕЗ

ПК-5

1) 1 сутки после развития инфаркта

2) 2-3 суток после развития инфаркта

3) 7-10 суток после развития инфаркта

4) 10-13 суток после развития инфаркта

5) более 2 недель

Правильный ответ: 2

1. ОТДЕЛЫ СЕРДЦА, ПОДЛЕЖАЩИЕ ОБЯЗАТЕЛЬНОМУ ГИСТОЛОГИЧЕСКОМУ ИССЛЕДОВАНИЮ

ПК-5

1) верхушка сердца

2) аорта

3) зона инфаркта

4) зоны инфаркта на границе с неповрежденной мышцей

5) митральный клапан

Правильный ответ: 4

1. СУДИТЬ О СРОКАХ РАЗВИТИЯ ИНФАРКТА ПО РЕЗУЛЬТАТАМ ГИСТОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ МИОКАРДА

ПК-5

1) возможно

2) невозможно

3) затруднительно

4) в зависимости от конкретного случая

5) в зависимости от пола

Правильный ответ: 1

1. ИСТОЧНИКОМ ТРОМБОЭМБОЛИИ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ ЯВЛЯЮТСЯ ТРОМБИРОВАННЫЕ

ПК-5

1) вены конечностей

2) вены брыжейки

3) воротная вена

4) вены малого круга

5) яремные вены

Правильный ответ: 1

1. ОСНОВНЫМ МОРФОЛОГИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ЯВЛЯЕТСЯ

ПК-5

1) гипертрофия правого предсердия

2) гипертрофия правого желудочка

3) гипертрофия левого предсердия

4) гипертрофия левого желудочка

5) аневризма аорты

Правильный ответ: 4

1. ПРИЧИНОЙ АНЕВРИЗМЫ АОРТЫ МОГУТ БЫТЬ

ПК-5

1) сердечная недостаточность

2) ишемическая болезнь

3) врожденные пороки развития сосудистой стенки

4) гипертоническая болезнь

5) почечная недостаточность

Правильный ответ: 3

1. ПРИЧИНОЙ СКОРОПОСТИЖНОЙ СМЕРТИ ПРИ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА ЧАЩЕ ВСЕГО БЫВАЮТ

ПК-5

1) кровотечение из распадающихся опухолей

2) интоксикация, кахексия

3) перитонит при перфорации стенки желудочно-кишечного тракта, пораженной опухолью

4) кишечная непроходимость

5) кахексия

Правильный ответ: 1

1. ПОДЖЕЛУДОЧНАЯ ЖЕЛЕЗА ПРИ ГЕМОРРАГИЧЕСКОМ ПАНКРЕАТИТЕ (ПАНКРЕОНЕКРОЗЕ)

ПК-5

1) неоднородная на ощупь

2) дряблая на ощупь

3) с множественными кровоизлияниями, «стеариновыми пятнами» на брюшине в области железы и на сальнике

4) диффузно пропитана кровью

5) без кровоизлияний

Правильный ответ: 3

1. ИНФЕКЦИОННЫЕ ПОРАЖЕНИЯ ДЫХАТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ МОГУТ БЫТЬ УСТАНОВЛЕНЫ ПРИ

ПК-5

1) химическом исследовании

2) биологическом исследовании

3) бактериологическом исследовании

4) криминалистическом исследовании

5) макроскопическом исследовании

Правильный ответ: 3

**5. Самоконтроль по ситуационным задачам**

**Задача № 1** УК-1  ПК-1  ПК-2  ПК-3  ПК-5  ПК-7  ПК-8  ПК-9  ПК-10

ИССЛЕДОВАНИЕ ТРУПА ПРОВОДИТСЯ ДЛЯ УСТАНОВЛЕНИЯ ПРИЧИНЫ СМЕРТИ

ОБСТОЯТЕЛЬСТВА ДЕЛА: в направлении на судебно-медицинское исследование трупа не указаны.

Представлена история болезни № из ГКБ № на имя Т., 1968 г.р., которая 17.02.07г. в 2-00 бригадой скорой помощи была доставлена в гинекологическое отделение в крайне тяжелом состоянии. Со слов врача скорой помощи взята из дома, где обнаружена сожителем в луже крови. Там же врачом скорой помощи выяснено, что больная в течение 1 месяца принимала алкоголь (технический спирт). Больная на вопросы отвечает спутано. Удалось выяснить, что последняя менструация была в середине января 2007 года в течение 7 дней, очень обильно. Когда вновь появились кровянистые выделения из половых путей не помнит. Из перенесенных заболеваний: венерические заболевания, болезнь Боткина, хронический алкоголизм, токсический гепатит, пневмония. Количество беременностей 2, абортов 1, родов 1. У больной педикулез. Общее состояние крайне тяжелое. Оглушение 1-2. Кожные покровы желтушные, отмечается иктеричность склер. Дыхание жесткое, проводится по всем полям. ЧСС 126/мин. АД 60/40 мм.рт.ст. Пульс 126/мин, нитевидный. Живот не вздут, мягкий, умеренно болезненный в нижних отделах. Печень резко увеличена, край печени определяется около пупка. После соответствующей обработки наружных половых органов женщины и рук врача шейка матки выведена в зеркалах и взята на пулевые щипцы. Длина полости матки 7 см. Стенки матки гладкие. Наружный зев закрыт, расширен до 10,5 см, соскоб не получен. Произведено выскабливание цервикального канала, полости матки. Получен соскоб скудный. Матка сократилась, кровотечение в виде обрывков эндометрия. 19.02.07г. в 6-00 больная пошла в туалет, где наступила смерть.

ПОСМЕРТНЫЙ ДИАГНОЗ. Токсический гепатит. *Фоновое заболевание.* Хронический алкоголизм. *Осложнение.* Печеночная недостаточность. Вторичная коагулопатия. Маточное кровотечение. Геморрагический шок 2-3 степени. Анемия тяжелой степени.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Данные анализов | | | | |
| Параметры  дата | 17.02 | 17.02 |  |  |
| **Эритроциты** | **2,0** | **2,9** |  |  |
| Цветной п. | 0,75 | 0,99 |  |  |
| **Гемоглобин** | **51** | **97** |  |  |
| Тромбоциты | 133 | 45 |  |  |
| **гематокрит** | **21** | **27** |  |  |
| лейкоциты | 8,2 | 8,3 |  |  |
| палочкоядерные | 1 | 7 |  |  |
| сегментоядерные | 64 | 75 |  |  |
| лимфоциты | 34 | 17 |  |  |
| моноциты | 1 | 1 |  |  |
| Дегенеративные изменения нейтрофилов | ++ | ++ |  |  |
| Анизоцитоз | ++ | + |  |  |
| Пойкилоцитоз | + | + |  |  |
| РОЭ | 69 | 41 |  |  |
| Амилаза | 107 |  |  |  |
| мочевина | 2,7 | 4,8 |  |  |
| **Билирубин общ.** | **191,6** | **143,8** |  |  |
| Прямой | 91,4 | 61,8 |  |  |
| непрямой | 100,2 | 82,0 |  |  |
| Белок крови | 54,3 | 61,9 |  |  |
| калий | 1,9 | 3,2 |  |  |
| натрий | 124 | 130 |  |  |
| АЛТ | 173,9 | 115 |  |  |
| АСТ | 209,2 | 120 |  |  |
| сахар | 5,2 | 8,1 |  |  |
| ПТВ |  | 28,5 |  |  |
| ПТИ |  | 30,6 |  |  |
| Натрий | 124 | 130 |  |  |
| Уд. вес мочи | 1015 | 1005 |  |  |
| Белок мочи | 125 | 163 |  |  |
| Лейкоциты мочи | 1-3 | 10-8 |  |  |
| Эритроциты мочи |  | Больш. кол. |  |  |
| Желчные пигменты | ++ | Резко + |  |  |

НАРУЖНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ. Труп женщины, доставлен без одежды, среднего телосложения, правильного питания, длиной тела 160 см. Кожа желтая, холодная на ощупь во всех отделах, в отлогих местах тела сливные, фиолетовые, не исчезающие и не меняющие цвет при надавливании трупные пятна. Трупное окоченение достаточно выражено во всех обычно исследуемых группах мышц. Склеры глаз мутные, тусклые, суховаты, кровоизлияний в соединительные оболочки глаз не отмечается, зрачки равновелики по 0,4 см диаметром. Голова правильной формы, кости черепа и лицевого скелета на ощупь целы. Грудная клетка цилиндрическая, эластичная, упругая, ребра на ощупь целы. Живот на одном уровне с грудной клеткой. Естественные отверстия тела и полости рта и носоглотки свободны, чистые. Слизистая оболочка губ синюшная, подсохшая. Анальное отверстие сомкнуто. Половые органы развиты правильно. Кости конечностей целы.

ПОВРЕЖДЕНИЯ. Каких-либо повреждений, кроме следов медицинских манипуляций, при наружном исследовании не обнаружено.

При проведении воздушной пробы – воздух из плевральных полостей и полостей сердца не получен.

ВНУТРЕННЕЕ ИССЛЕДОВАНИЕ

Масса органов взрослых.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Масса | **№ 56** | норма |
| Мозг | **1200** | До 1400 |
| Легкое правое | **650** | 450 |
| левое | **540** | 375 |
| Сердце | **310** | 200-400 |
| Печень | **2100** | 1200-2000 |
| Селезенка | **160** | 80-180 |
| Почки | **290** | 275-310 |

ПОЛОСТЬ ЧЕРЕПА: кожно-мышечный лоскут головы гладкий, влажный, блестящий, без кровоизлияний и повреждений, височные мышцы синюшные, сочные, малокровны. Кости свода и основания черепа целы. Твердая мозговая оболочка ярко-желтого цвета, цела, блестящая, гладкая, влажная, просвет ее синусов с жидкой темной кровью в небольшом количестве. Мягкие мозговые оболочки тонкие, прозрачные со студневидным отеком и малокровными сосудами, по ходу которых определяются рассеянные точечные кровоизлияния в небольшом количестве в толще мозговых оболочек. Сосуды Вилизиева круга с тонкими стенками, пустым просветом. Борозды мозга с обычным рисунком, на миндаликах мозжечка определяется полоса вдавления от краев большого затылочного отверстия. Головной мозг дрябло-эластичный, на разрезах с четкой границей серого и белого вещества и мраморным рисунком подкорковых ядер. Поверхности разрезов тускловаты, липнут к лезвию ножа. Желудочки мозга симметричны, обычного объема, эпендима их бледно-серая, блестящая, влажная, в полостях желудочков следы прозрачной соломенного цвета жидкости. Сосудистые сплетения обычного вида, малокровны

ОРГАНЫ ГОЛОВЫ И ШЕИ. Язык синюшный, влажный, обложен серовато-желтым, не снимающимся налетом. Слизистые оболочки носоглотки синюшные, влажные, блестящие. В мягких тканях шеи повреждений и кровоизлияний не обнаружено. Вход и просвет гортани свободен, слизистая оболочка ее бледно-серая. Подъязычная кость и хрящи гортани целы, в мягких тканях ее повреждений не обнаружено. Просвет трахеи и главных бронхов свободен, хрящи трахеи целы. Щитовидная железа обычных размеров, с равновеликими долями, плотно-эластичная, темно-коричневая, на разрезе малокровна, дольчатого строения. Просвет пищевода свободен, слизистая его бледно-серая, продольно складчатая.

ГРУДНАЯ ПОЛОСТЬ. В плевральных полостях следы прозрачной жидкости. Легкие выполняют 2\3 полостей, с блестящей, гладкой и влажной плеврой. Под висцеральной плеврой, особенно, в прикорневых отделах легких и по базальным поверхностям, множественные точечные кровоизлияния. Легкие бледно-синюшные во всех отделах, тестоватой консистенции, на разрезах пестрые с множественными темно-красными очагами кровоизлияний в паренхиме. бледно-розовые с обычным рисунком, малокровны вне кровоизлияний. Слизистые оболочки воздухо-проводящих путей светло-розовые, набухшие. Бифуркационные лимфоузлы располагаются в виде пакетов диаметром от 1 до 2 см, эластичные, не спаянные между собой и с окружающими тканями, темно-синюшные, на разрезах сочные, с обычным рисунком. В полости перикарда следы прозрачной жидкости, листки его гладкие, влажные, блестящие. Сердце дрябло-эластичное, 10,5х9х8 см, с избыточным отложением жира под эпикардом. В полостях сердца немного жидкой темной крови. Миокард розовато-синюшный, эластичный, неравномерного кровенаполнения. Толщина стенки правого желудочка 0,3 см, левого 1,2 см. Под эндокардом левого желудочка пятнистые кровоизлияния Клапаны и пристеночный эндокард тонкий, полупрозрачный, клапаны сформированы правильно. Аорта эластична, со следами жидкой крови в просвете и рассеянными липидными пятнами в интиме. Коронарные артерии с тонкими стенками, пустым просветом

БРЮШНАЯ ПОЛОСТЬ. Органы расположены анатомически правильно. В полости следы прозрачной жидкости соломенного цвета. Листки брюшины гладкие, влажные, блестящие. Желудок пустой, содержимое кишечника отделам соответствует, слизистые оболочки их бледно-серые. Мезентериальные лимфоузлы располагаются раздельно, диаметр их не более 1 см, эластичны. Печень 28х20х18х16 см, плотно-эластичная, желтая с поверхности и на разрезах, малокровная, со смазанным рисунком долек. В желчном пузыре 50 мл жидкой темно-зеленой желчи, слизистая оболочка его темно-зеленая, бархатистая. Просвет внепеченочных желчевыводящих путей свободно проходим. Поджелудочная железа обычных размеров, плотно-эластичная, бледно-серая, на разрезах - дольчатого строения. Селезенка 8х7х5 см, синюшная, малокровна, эластична, без соскоба. Надпочечники листовидной формы, обычных размеров, на разрезах граница слоев четкая. Почки равновелики, 10х6х5 см, дрябло-эластичные. Капсула сползает при надрезе, обнажая ровную поверхность. По краю разреза паренхима наползает на капсулу. На разрезах корковый слой - синюшный, с темно-красным крапом и подчеркнутым рисунком, мозговой слой также с подчеркнутым рисунком, граница слоев отчетливо выражена. Слизистые оболочки лоханок и чашечек бледно-синюшные, гладкие, блестящие, просвет их свободен. Мочеточники проходимы на всем протяжении, с бледно-серой слизистой. Мочевой пузырь пуст, слизистая оболочка его складчатая, бледно-серая, уретра свободно проходима. Яичники с множественными кистами с прозрачным содержимым. Матка обычных размеров, в полости немного смешанных свертков крови, в слизистой – инфильтрация кровью. **А К Т** Судебно-гистологического исследования № 1236. ЗАКЛЮЧЕНИЕ Печень – хронический персистирующий гепатит с внутридольковыми холестазами и жировым гепатозом 3 ст. Матка – эндометрий отсутствует, в полости – наложения свертков крови. Яичники с фолликулярными кистами. В маточной трубе хронический аднексит вне обострения. Миокард – малокровие сосудов, умеренный перивазальный склероз. Легкие – картина отека с геморрагическим компонентом. Почки – неравномерное кровенаполнение сосудов. Головной мозг – периваскулярный и перицеллюлярный отек.

Задание:

1. Какие дополнительные исследования необходимо провести?
2. Зашифровать заболевание в свидетельстве о смерти?
3. Составить судебно-медицинский диагноз?
4. Определить наличие телесных повреждений?
5. Установить причину смерти?

Ответы:

* 1. Из трупа взяты: для судебно-гистологического исследования кусочки внутренних органов на патоморфологические изменения; для судебно-химического исследования кровь и моча на наличие алкоголя.
  2. Свидетельство о смерти. В) Хронический персистирующий гепатит
  3. СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКИЙ ДИАГНОЗ. Хронический персистирующий гепатит с внутридольковым холестазом и жировым гепатозом 3 ст. Осложнения: паренхиматозная желтуха, геморрагический синдром - маточное кровотечение, постгеморрагическая анемия, малокровие и неравномерное кровенаполнение внутренних органов, пятна Минакова под эндокардом левого желудочка сердца, точечные кровоизлияния под висцеральную плевру; отек и набухание головного мозга; отек легких с геморрагическим компонентом; венозное малокровие внутренних органов.
  4. При судебно-медицинском исследовании трупа телесные повреждения не обнаружены.
  5. Смерть наступила в результате заболевания, верифицированного как хронический персистирующий гепатит с внутридольковым холестазом и жировым гепатозом 3 степени, обусловившим нарушения свертывающей системы крови и, осложнившегося геморрагическим синдромом с соответствующими клинико-морфологическими проявлениями (см. диагноз). Заключение подтверждается картиной, найденной на вскрытии и данными медицинской документации. Данных в истории болезни о наличия алкоголя в крови пострадавшей не обнаружено.

**Задача № 2** УК-1  ПК-1  ПК-2  ПК-3  ПК-5  ПК-7  ПК-8  ПК-9  ПК-10

ИССЛЕДОВАНИЕ ТРУПА ПРОВОДИТСЯ ДЛЯ УСТАНОВЛЕНИЯ ПРИЧИНЫ СМЕРТИ

**ОБСТОЯТЕЛЬСТВА ДЕЛА.** В направлении на судебно-медицинское исследование трупа не указаны.

Представлена медицинская карта стационарного больного № 31436 из ГКБ № 6 на имя Андреева В.В., 1966 г.р., который 10.11.07 в 18-30 бригадой скорой помощи был доставлен в 1 хирургическое отделение с жалобами на боли в эпигастральной области, в правом подреберье, тошноту, рвоту, сухость во рту. Заболел остро 9.11.07 после погрешности в диете и злоупотребления алкоголем, когда появились вышеперечисленные жалобы. В связи с выраженным болевым синдромом бригадой скорой помощи доставлен в приемное отделение ГКБ № 6. Из анамнеза оперирован по поводу туберкуломы левого легкого в 1992 году лобэктомия слева. в 1982 г гепатит А. 10.11.07 – вскрытие бурсита. При поступлении состояние тяжелое, в сознании, заторможен. Телосложение нормостеническое. Кожные покровы и видимые слизистые чистые, обычного цвета. Периферические лимфоузлы не пальпируются. Видимой патологии Костно-суставной системы не выявлено. Дыхание везикулярное с жестким оттенком, хрипов нет. АД 100/60 мм.рт.ст. Пульс 82 в минуту. Симптом 12 ребра отрицательный с обеих сторон. Периферических отеков нет. Язык суховат, обложен белым налетом. Живот в акте дыхания участвует равномерно, не вздут, мягкий, при пальпации болезненный в эпигастрии и правом подреберье. Симптомы раздражения брюшины отрицательные. Печень по краю реберной дуги, печеночная тупость сохранена. Притупления перкуторного звука в отлогих местах живота не выявлено. Перистальтика выслушивается. Тонус сфинктера сохранен. Болезненности, нависания стенок кишки нет. На перчатке следы кала коричневого цвета. Левое бедро, голень умеренно инфильтрированы. В области передней поверхности коленного сустава 3 раны 3х1 см с дренажами, гнойное отделяемое. Раны санированы. При ревизии зондом затеков не выявлено. Повязка с гипертоническим раствором. Проведено ультразвуковое исследование № 80 от 10.11.07г. заключение: УЗ-признаки гепатомегалии, диффузных изменений печени и поджелудочной железы, хронического холецистита (обострение). В дальнейшем состояние больного без динамики. В сознании, адекватен. Боли в животе не беспокоят. 14.11.07 в 4-00 состояние больного ухудшилось, сознание – сопор, АД 80/60 мм.рт.ст. Дыхание ослаблено. В 7-20 на фоне нарастающих явлений полиорганной недостаточности наступила остановка сердечной деятельности. Реанимационные мероприятия не эффективны. В 7-30 14.11.07г. констатирована смерть больного.

ПОСМЕРТНЫЙ ДИАГНОЗ. Токсический гепатит. *Осложнения.* Эндотоксикоз. Полиорганная недостаточность. *Конкурирующий.* Гнойный бурсит левого коленного сустава. Флегмона левого бедра. Сепсис. *Сопутствующий.* Пневмония. Туберкулез легких. Алкогольная болезнь. Хронический панкреатит.

Алкоголь – данных нет.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Данные анализов | | | | |
| Параметры  дата | 10.11 | 13.11 |  |  |
| гемоглобин | 110 | 119 |  |  |
| лейкоциты | 26,2 | 8,0 |  |  |
| Юные |  | 1 |  |  |
| палочкоядерные |  | 56 |  |  |
| сегментоядерные |  | 34 |  |  |
| лимфоциты |  | 6 |  |  |
| моноциты |  | 3 |  |  |
| Дегенеративные изменения нейтрофилов |  | + |  |  |
| Анизоцитоз |  | + |  |  |
| Полихромазия |  | + |  |  |
| Амилаза | 24 | 2,5 |  |  |
| мочевина | 6,1 | 12,9 |  |  |
| Билирубин общ. | 41,8 | 79,8 |  |  |
| Прямой | 28,8 | 77,3 |  |  |
| непрямой | 13,0 | 2,5 |  |  |
| Белок крови |  | 64,0 |  |  |
| Калий | 4,2 |  |  |  |
| Натрий | 160 |  |  |  |
| сахар | 6,0 |  |  |  |
| Уд. вес мочи |  | 1021 |  |  |
| Белок мочи |  | 50 |  |  |
| Лейкоциты мочи |  | 0-0-2 |  |  |

НАРУЖНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ. Труп мужчины, доставлен без одежды, среднего телосложения, правильного удовлетворительного питания, длиной тела 180 см. Левая нижняя конечность по всем отделам багрово-синюшная (кроме стопы) с большим количеством отслоившихся пузырей, обнажающих мокнущую черно-красную поверхность. Стопа слева с отеком подкожной клетчатки. Пастозность правой голени. На коленном суставе слева по передней поверхности 3 операционных разреза длиной по 1 см, в которые вставлены резиновые дренажи. При вскрытии полости левого коленного сустава, в полости прозрачная желтоватая слизь, выстилка сустава блестящая. Мышцы левых ягодичной области и бедра с участками студневидного отека, визуальных данных за гнойное воспаление не выявлено. Кожа бледно-серая, холодная на ощупь во всех отделах, в отлогих местах тела сливные, фиолетовые, не исчезающие и не меняющие цвет при надавливании трупные пятна. Трупное окоченение достаточно выражено во всех обычно исследуемых группах мышц. Склеры глаз мутные, тусклые, суховаты, кровоизлияний в соединительные оболочки глаз не отмечается, иктеричность склер зрачки равновелики по 0,4 см диаметром. Голова правильной формы, кости черепа и лицевого скелета на ощупь целы. Грудная клетка цилиндрическая, эластичная, упругая, ребра на ощупь целы. Живот на одном уровне с грудной клеткой. Естественные отверстия тела и полости рта и носоглотки свободны, чистые. Слизистая оболочка губ синюшная, подсохшая. Анальное отверстие сомкнуто, кожа вокруг него слегка обпачкана каловыми массами. Половые органы развиты правильно. Кости конечностей целы. Множественные татуировки на плечах, груди и нижних конечностях, спине. Полное отсутствие 1-4 зубов на верхней челюсти с обеих сторон.

ПОВРЕЖДЕНИЯ.

Каких-либо повреждений, кроме следов медицинских манипуляций, при исследовании не обнаружено. При проведении воздушной пробы – воздух из плевральных полостей и полостей сердца не получен. При проведении судебно-медицинского исследования трупа использовались: кожные разрезы по методу **Шора**.

ВНУТРЕННЕЕ ИССЛЕДОВАНИЕ

Извлечение органокомплекса произведено по методу **Шора,** с распилом ребер спереди. Череп вскрывался угловым распилом.

Масса органов.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Масса | **№ 336** | норма |
| Мозг | **1200** | До 1400 |
| Легкое правое | **690** | 450 |
| Левое | **560** | 375 |
| Сердце | **300** | 200-400 |
| Печень | **1600** | 1200-2000 |
| Селезенка | **250** | 80-180 |
| Почки обе | **450** | 275-310 |
| Правая/Левая | **200\250** |  |

ПОЛОСТЬ ЧЕРЕПА. Головной мозг исследовался методом Вирхова. Кожно-мышечный лоскут головы блестящий, полнокровный, без кровоизлияний и повреждений. Кости свода и основания черепа целы. Твердая мозговая оболочка напряжена, серо-желтого цвета, блестящая, в синусах ее темная жидкая кровь в большом количестве. Субдуральное пространство свободно. Мягкие мозговые оболочки тонкие, прозрачные с полнокровными сосудами, походу которых рассеянные точечные субарахноидальные кровоизлияния в глубине борозд. Сглаженность борозд и извилин отсутствует. Головной мозг дрябло-эластичный, на разрезах с четкой границей серого и белого вещества и мраморным рисунком подкорковых ядер. Поверхности разрезов тускловаты, липнут к лезвию ножа. Желудочки мозга симметричны, обычного объема, эпендима их бледно-серая, блестящая, влажная, в полостях желудочков следы прозрачной соломенного цвета жидкости. Сосудистые сплетения обычного вида, полнокровны.

ОРГАНЫ ШЕИ, ГРУДНОЙ И БРЮШНОЙ ПОЛОСТЕЙ: язык синюшный, влажный, обложен серовато-желтым, не снимающимся налетом. Слизистые оболочки носоглотки синюшные, влажные, блестящие. В мягких тканях шеи повреждений и кровоизлияний не обнаружено. В плевральных полостях следы прозрачной жидкости, легкие выполняют 2\3 полостей, с блестящей, гладкой и влажной плеврой, слева отсутствует верхняя доля, долевой бронх заканчивается мешотчатым образованием.. Органы брюшной полости расположены анатомически правильно, в полости следы прозрачной жидкости соломенного цвета. Листки брюшины гладкие, влажные, блестящие. Просвет пищевода свободен, слизистая его бледно-серая, продольно складчатая. Вход и просвет гортани свободен, слизистая оболочка ее бледно-серая. Подъязычная кость и хрящи гортани целы, в мягких тканях ее повреждений не обнаружено. Просвет трахеи и главных бронхов свободен, хрящи трахеи целы. Щитовидная железа обычных размеров, с равновеликими долями, плотно-эластичная, темно-коричневая, на разрезе полнокровна, дольчатого строения. Аорта эластична, со следами жидкой крови в просвете и рассеянными липидными пятнами и множественными атеросклеротическими бляшками в разных стадиях развития в интиме. Легкие темно-синюшные, тестоватой консистенции, на разрезах темно-красные с обычным рисунком, полнокровны. Слизистые оболочки воздухо-проводящих путей бледно-серые. Бифуркационные лимфоузлы располагаются в виде пакетов диаметром от 1 до 2 см, эластичные, не спаянные между собой и с окружающими тканями, темно-синюшные, на разрезах сочные, с обычным рисунком. В полости перикарда 100 мл мутной с хлопьями фибрина жидкости. Сердце 12х11х10 см. Эпикард тусклый, по задней стенке с наложениями фибрина розового цвета. В полостях сердца смешанные свертки крови. Миокард тусклый, на разрезах миокард левого желудочка по всем отделам красно-синюшного цвета, дряблый. Толщина стенки правого желудочка 0,3 см, левого 1,2 см. Клапанный и пристеночный эндокард утолщен, мутный, клапаны сформированы правильно. Коронарные артерии с тонкими стенками, пустым просветом. Желудок пустой, содержимое кишечника отделам соответствует, слизистые оболочки желудочно-кишечного тракта бледно-серые. Мезентериальные лимфоузлы располагаются раздельно, диаметр их не более 1 см, эластичны. Печень 25х17х10х9 см желтовато-зеленоватая с поверхности и на разрезах, плотно-эластичная с мелкобугристой поверхностью. Селезенка 12х8х5 см, дряблая, с обильным соскобом, темно-красная. Просвет внепеченочных желчевыводящих путей свободно проходим. Поджелудочная железа обычных размеров, плотно-эластичная, бледно-серая, на разрезах – дольчатого строения. Надпочечники листовидной формы, обычных размеров, на разрезах граница слоев четкая. Почки дряблые, 15х8х5, равновелики, на разрезах с неразличимыми синюшными слоями, малокровны. Капсула сползает при надрезе, обнажая ровную поверхность. Слизистые оболочки лоханок и чашечек бледно-синюшные, гладкие, блестящие, просвет их свободен. Мочеточники проходимы на всем протяжении, с бледно-серой слизистой. Мочевой пузырь пуст, слизистая оболочка его складчатая, бледно-серая, уретра свободно проходима.

**А К Т** Судебно-гистологического исследования № 7054. ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Под маркировкой «а» - мягкие ткани бедра с выраженным межуточным отеком, рассеянными очагами межуточной лейкоцитарной инфильтрации, множественными некрозами мышц и некрозом кожи.

Почки – множественные очаги перивазальной лейкоцитарной инфильтрации с микронекрозами почечной паренхимы, неравномерное кровенаполнение капилляров с набуханием мезангия клубочков, эозинофильные зернистые массы в просвете капсулы Шумлянского. Очаговый некронефроз.

Печень – картина межуточного гепатита с множественными некрозами гепатоцитов в 3 и 2 зонах ацинуса, хронический гепатит вне обострения с формирующимся микронодуллярным циррозом печени.

Миокард – межуточный отек, наложение фибрина на эпикарде со стазом крови в эпикардиальной клетчатке. Неравномерная гипертрофия кардиоцитов. Неравномерное кровенаполнение сосудов миокарда.

Легкие – стаз крови в сосудах микроциркуляции с агрегацией эритроцитов вплоть до сладж феномена. Интерстициальные кровоизлияния и межуточный отек. Очаговые дистелектазы. Перивазальный, перибронхиальный и очаговый паренхиматозный пневмосклероз.

Селезенка – картина миелоидной метаплазии.

Задание:

1. Какие дополнительные исследования необходимо провести?
2. Зашифровать заболевание в свидетельстве о смерти?
3. Составить судебно-медицинский диагноз?
4. Определить наличие телесных повреждений?
5. Установить причину смерти?

Ответы:

* 1. Из трупа взяты: для судебно-гистологического исследования кусочки внутренних органов на патоморфологические изменения; для судебно-химического исследования кровь и моча на наличие алкоголя.
  2. Свидетельство о смерти. В) сепсис, септикопиемия. А 41.8.2.
  3. СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКИЙ ДИАГНОЗ. Сепсис, септикопиемия: флегмона левого бедра, апостематозный пиелонефрит, межуточный гепатит с центродольковыми некрозами гепатоцитов, фибринозный перикардит, миелоидная метаплазия селезенки. Осложнения: очаговый некронефроз, неравномерное кровенаполнение сосудов микроциркуляции с агрегацией эритроцитов вплоть до сладж-феномена, межуточный отек легких. Сопутствующее: хронический гепатит с формирующимся микронодуллярным циррозом печени вне фазы обострения.
  4. Смерть наступила в результате заболевания – сепсиса, септико-пиемической формы, входными воротами которого явилась флегмона левого бедра с развитием гнойного воспаления в почках и печени, с фибринозным перикардитом. Заболевание обусловило полиорганную недостаточность, явившуюся непосредственной причиной смерти.
  5. При судебно-медицинском исследовании трупа телесные повреждения не обнаружены. Данных в истории болезни о наличия алкоголя в крови пострадавшего не обнаружено.

**Задача № 3** УК-1  ПК-1  ПК-2  ПК-3  ПК-5  ПК-7  ПК-8  ПК-9  ПК-10

ИССЛЕДОВАНИЕ ТРУПА ПРОВОДИТСЯ ДЛЯ УСТАНОВЛЕНИЯ ПРИЧИНЫ СМЕРТИ

**ОБСТОЯТЕЛЬСТВА ДЕЛА.** В направлении на судебно-медицинское исследование трупа не указаны.

Представлена медицинская карта стационарного больного № 31210 из ГКБ № 6 на имя Манулина Н.В., 1972 г.р., который 7.11.07г. в 11-35 бригадой скорой помощи был доставлен в ХО-3 с жалобами на боль в заднем проходе, галлюцинации, сухость во рту, бессонницу. Со слов больного употребляет алкоголь в течении месяца. Последние 2-3 дня появились галлюцинации. Момент травмы или начало заболевания не помнит. При поступлении состояние больного тяжелое. Делирий, периоды психомоторного возбуждения. Костно-мышечная система без видимой патологии. Температура тела 35,2 градуса. Язык обложен белым налетом. Дыхание проводится по всем полям, хрипов нет. АД 90\50 мм.рт.ст. Пульс 91\мин. Живот обычной формы, симметричный, не вздут, мягкий, безболезненный. Печень, селезенка не увеличены. На перианальной области, с распространением на обе ягодицы, имеется гнойно-некротическая рана 10х7 см с демаркационной линией глубиной до 0,7 см. Анус зияет, тонус сфинктера отсутствует, слизистая анального канала розового цвета с наличием гематом. Больному показана операция некрэктомия после стабилизации состояния. Больной осмотрен токсикологом, на момент осмотра данных за острое отравление нет. Имеет место с-м алкогольной зависимости, с-м отмены с алкогольным делирием. Осмотрен психиатром, состояние больного расценено как синдром отмены алкоголя с делирием. В 12-55 состояние больного крайней степени тяжести, без сознания, пульсации на сосудах шеи не определяется. Дыхание отсутствует. Начаты реанимационные мероприятия, вызван дежурный реаниматолог. Реанимационные мероприятия в течение 30 минут без эффекта. Зрачки максимально расширены, фотореакции нет. В отлогих местах гипостатические пятна. На ЭКГ, регистрируемой параллельно реанимационным мероприятия, стойкая асистолия. 7.11.07г. в 13-30 констатирована смерть.

ПОСМЕРТНЫЙ ДИАГНОЗ. Гнойно-некротическая рана промежности и анального канала (травматического генеза?). *Конкурирующий.* Отравление суррогатами алкоголя. Синдром отмены алкоголя с делирием. *Фон*. Алкогольная энцефалопатия. Цирроз печени? *Осложнения.* Острая сердечно-сосудистая, дыхательная недостаточность.

Алкоголь – данных нет.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Данные анализов | | | | |
| Параметры  дата | 7.11 |  |  |  |
| гемоглобин | 145 |  |  |  |
| лейкоциты | 5,1 |  |  |  |
| палочкоядерные | 46 |  |  |  |
| сегментоядерные | 43 |  |  |  |
| лимфоциты | 10 |  |  |  |
| моноциты | 1 |  |  |  |
| Дегенеративные изменения нейтрофилов | + |  |  |  |
| Анизоцитоз | + |  |  |  |
| Пойкилоцитоз | + |  |  |  |
| РОЭ | 41 |  |  |  |

НАРУЖНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ. Труп мужчины, доставлен без одежды, среднего телосложения, правильного удовлетворительного питания, длиной тела 165 см. Кожа бледно-серая, холодная на ощупь во всех отделах, в отлогих местах тела сливные, фиолетовые, не исчезающие и не меняющие цвет при надавливании трупные пятна. Трупное окоченение достаточно выражено во всех обычно исследуемых группах мышц. Склеры глаз мутные, тусклые, суховаты, кровоизлияний в соединительные оболочки глаз не отмечается, зрачки равновелики по 0,6 см диаметром. Голова правильной формы, кости черепа и лицевого скелета на ощупь целы. Грудная клетка цилиндрическая, эластичная, упругая, ребра на ощупь целы. Живот на одном уровне с грудной клеткой. Слизистая оболочка губ синюшная, подсохшая. Половые органы развиты правильно, без повре6ждений, яички в мошонке. Кости конечностей целы. Анальное отверстие зияет, слизистая прямой кишки вывернута наружу на 5 см, диаметр анального отверстия 7 см. Множественные радиально ориентированные щелевидные дефекты анального сфинктера глубиной до 0,5 см, с грязно-серым дном с наложениями фибрина, длиной до 2 см, с отеком, массивными кровоизлияниями по всему анальному кольцу с наложением фибрина. В коже, окружающей анальную область, на участке диаметром 12 см эпидермис отслоен в виде пузырей с обнажением дермы, поверхность мокнущая, серовато-желтая с наложением фибрина. Кожа вне этого участка не изменена.

ПОВРЕЖДЕНИЯ. Справа в верхнем квадранте ягодичной области ссадина, горизонтально ориентированная треугольной формы основанием вниз, длина основания 5 см, левое ребро 4 см, правое ребро 2 см. Слущивание эпидермиса снизу вверх, дно западает, покрыто сухой бурой коркой.

В обоих локтевых сгибах следы инъекций.

Каких-либо других повреждений. При проведении воздушной пробы – воздух из плевральных полостей и полостей сердца не получен. При проведении судебно-медицинского исследования трупа использовались: кожные разрезы по методу **Шора,**.

ВНУТРЕННЕЕ ИССЛЕДОВАНИЕ

Извлечение органокомплекса произведено по методу **Шора,** с распилом ребер спереди. Череп вскрывался угловым распилом.

Масса органов.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Масса | **№ 329** | норма |
| Мозг | **1200** | До 1400 |
| Легкое правое | **950** | 450 |
| левое | **890** | 375 |
| Сердце | **420** | 200-400 |
| Печень | **2800** | 1200-2000 |
| Селезенка | **320** | 80-180 |
| Почки обе | **340** | 275-310 |
| Правая/Левая | **170/170** |  |

ПОЛОСТЬ ЧЕРЕПА. Головной мозг исследовался методом Вирхова. Кожно-мышечный лоскут головы блестящий, полнокровный, без кровоизлияний и повреждений. Кости свода и основания черепа целы. Твердая мозговая оболочка напряжена, серо-перламутрового цвета, блестящая, в синусах ее темная жидкая кровь в большом количестве. Субдуральное пространство свободно. Мягкие мозговые оболочки тонкие, прозрачные с полнокровными сосудами, походу которых рассеянные точечные субарахноидальные кровоизлияния в глубине борозд. Борозды мозга несколько сглажены, извилины слегка уплощены. Головной мозг эластичный, на разрезах с четкой границей серого и белого вещества и мраморным рисунком подкорковых ядер. Поверхности разрезов тускловаты, липнут к лезвию ножа. Желудочки мозга симметричны, обычного объема, эпендима их бледно-серая, блестящая, влажная, в полостях желудочков следы прозрачной соломенного цвета жидкости. Сосудистые сплетения обычного вида, полнокровны.

ОРГАНЫ ШЕИ, ГРУДНОЙ И БРЮШНОЙ ПОЛОСТЕЙ:

При ревизии мягких тканей малого таза - мышцы околоанальной области тусклые, грязно-коричневые. Прямая кишка выделена вместе с органами малого таза. При ее ревизии и вскрытии - периметр прямой кишки 20 см в области сфинктера, 12 см - в 14 см от сфинктера. На протяжении этих 14 см сплошная инфильтрация слизистой кровью кольцевидного характера с продольными щелевидными дефектами слизистой оболочки до мышечного слоя, с грязно-серым дном, в количестве 3-х длиной по 5 см. Просвет прямой кишки и нижних отделов сигмовидной кишки в 25 см от сфинктера пустой, далее оформленные каловые массы. Простата обычного вида, плотная.

Язык синюшный, влажный, обложен серовато-желтым, не снимающимся налетом. Слизистые оболочки носоглотки синюшные, влажные, блестящие. В мягких тканях шеи повреждений и кровоизлияний не обнаружено. В плевральных полостях следы прозрачной жидкости, легкие выполняют 2/3 полостей, с блестящей, гладкой и влажной плеврой. Органы брюшной полости расположены анатомически правильно, в полости следы прозрачной жидкости соломенного цвета. Листки брюшины гладкие, влажные, блестящие. Просвет пищевода свободен, слизистая его бледно-серая, продольно складчатая. Вход и просвет гортани свободен, слизистая оболочка ее бледно-серая. Подъязычная кость и хрящи гортани целы, в мягких тканях ее повреждений не обнаружено. Просвет трахеи и главных бронхов свободен, хрящи трахеи целы. Щитовидная железа обычных размеров, с равновеликими долями, плотно-эластичная, темно-коричневая, на разрезе полнокровна, дольчатого строения. Аорта эластична, со следами жидкой крови в просвете и рассеянными липидными пятнами в интиме.

Под висцеральной плеврой, особенно, в прикорневых отделах легких и по базальным поверхностям, множественные точечные кровоизлияния. Легкие синюшные в передних и темно-синюшные в задних отделах, равномерно уплотнены, «тяжелые», на разрезах темно-красные с обычным рисунком, полнокровны. Слизистые оболочки воздухо-проводящих путей светло-розовые, набухшие. Бифуркационные лимфоузлы располагаются в виде пакетов диаметром от 1 до 2 см, эластичные, не спаянные между собой и с окружающими тканями, темно-синюшные, на разрезах сочные, с обычным рисунком. В полости перикарда следы прозрачной жидкости, листки его гладкие, влажные, блестящие. Сердце дрябло-эластичное, 14х13х12 см, с избыточным отложением жира под эпикардом. В полостях сердца следы жидкой крови. Миокард розовато-коричне5вый, тусклый, дряблый, неравномерного кровенаполнения. Толщина стенки правого желудочка 0,3 см, левого 1,4 см. Клапанный и пристеночный эндокард утолщен, мутный, клапаны сформированы правильно. Коронарные артерии с тонкими стенками, пустым просветом.

Желудок пустой, содержимое кишечника отделам соответствует, слизистые оболочки желудочно-кишечного тракта бледно-серые (прямая кишка описана выше). Мезентериальные лимфоузлы располагаются раздельно, диаметр их не более 1 см, эластичны. Печень 29х20х18х16 см, плотно-эластичная, желтая с поверхности и на разрезах, полнокровная, со смазанным рисунком долек. Просвет внепеченочных желчевыводящих путей свободно проходим. Поджелудочная железа обычных размеров, плотно-эластичная, бледно-серая, на разрезах – дольчатого строения. Селезенка 16х14х10 см, дряблая, на разрезах с обильным соскобом пульпы. Надпочечники листовидной формы, обычных размеров, на разрезах граница слоев четкая. Почки равновелики, 12х9х7 см, дряблые. Капсула сползает при надрезе, обнажая ровную поверхность. По краю разреза паренхима наползает на капсулу. На разрезах корковый слой – бледно-синюшный, с темно-красным крапом и смазанным рисунком, мозговой слой с подчеркнутым рисунком, граница слоев отчетливо выражена с полнокровием юкстамедуллярной зоны. Слизистые оболочки лоханок и чашечек бледно-синюшные, гладкие, блестящие, просвет их свободен. Мочеточники проходимы на всем протяжении, с бледно-серой слизистой. Мочевой пузырь с 200 мл прозрачной мочи, слизистая оболочка его складчатая, бледно-серая, уретра свободно проходима.

**ДАННЫЕ ДОПОЛНИТЕЛЬНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ.**

1. Представлен акт судебно-химического исследования № 2869 от 26.11.07г. При судебно-химическом исследовании биологического материала не обнаружены: в крови, в моче, в биоткани с места инъекций – алколоид опия – морфин; в моче – производные барбитровой кислоты, производные фенотиазина, 1,4-бензодиазепина, промедол, димедрол, кодеин, кокаин, клофелин, циклодол, карбамазепин, делагил, лепонекс, амитриптилин; в моче – карбонаты, нитраты, нитриты, хлораты; в крови и моче – метиловый, пропиловые, бутиловые, амиловые спирты, ядовитые галогенпроизводные, ацетон, бензол, толуол, ксилол. Обнаружена активность ацетилхолинэстеразы в крови 359,3 Е Хестрина\г Нв при норме 282-380 Е Хестрина\г Нв, акт судебно-биохимического исследования от 19 ноября 2007 года.

2. Представлен акт судебно-химического исследования от 19.11.07г. При судебно-химическом исследовании вещественных доказательств, изъятых при вскрытии трупа, этиловый спирт не обнаружен.

**3. АКТ** Судебно-гистологического исследования, произведено исследование кусочков внутренних органов от трупа М., 1972 г.р. ЗАКЛЮЧЕНИЕ. Под маркером «а» прямая кишка со сфинктером и окружающей ее мышцами и клетчаткой: тотальный некроз слизистой и стенки прямой кишки с множественными диффузными кровоизлияниями с гемолизом эритроцитов, часть из кровоизлияний со скоплениями глыбок гемосидерина и наличием гемосидерофагов. В окружающих кишку мышцах и жировой клетчатке гнойное воспаление с микроабсцедированием. Вены прямой кишки с эктазированным просветом, выполненным красными тромбами.

Под маркером «б» простата – воспаления в протоках простаты не выявлено.

Селезенка – картина миелоидной метаплазии, полнокровие синусов и пульпы.

Печень – крупнокапельная жировая дистрофия гепатоцитов с дискомплексацией печеночных балок, умеренная мононуклеарная инфильтрация и склероз области триад.

Миокард – межуточный отек, фрагментация кардиоцитов, в поляризованном свете часть кардиоцитов с контрактурными изменениями 2-3 степени. Стаз крови в сосудах с агрегацией эритроцитов. В части полей зрения группы гепатоцитов с набухшей мутной цитоплазмой, с потерей поперечной исчерченности, с накоплением в цитоплазме бурого пигмента и лизисом ядер.

Почки – часть клубочков малокровны с частичным некрозом капиллярных петель, часть клубочков с неравномерным кровенаполнением и набуханием мезангия. Просвет капсулы Шумлянского свободен. Очаговый некронефроз. Стаз крови в сосудах юкстамедуллярной зоны с агрегацией эритроцитов.

Легкие – межуточный отек, стаз крови в сосудах микроциркуляции с выраженным полнокровием капилляров, агрегация эритроцитов в сосудах микроциркуляции вплоть до сладж-феномена. В просвете альвеол незначительное количество гемосидерофагов.

Головной мозг – перивазальный отек в мягких мозговых оболочках, периваскулярный и перицеллюлярный отек головного мозга. Стаз крови в сосудах микроциркуляции с агрегацией эритроцитов, диапедезные кровоизлияния. Нейроны в разных стадиях некробиоза – от острого набухания, до клеток теней без реакции микроглии.

Задание:

1. Какие дополнительные исследования необходимо провести?

1. Зашифровать заболевание в свидетельстве о смерти?
2. Составить судебно-медицинский диагноз?
3. Определить наличие телесных повреждений?
4. Установить причину смерти?

Ответы:

1. Из трупа для судебно-гистологического исследования взяты кусочки внутренних органов на патоморфологические изменения. Для судебно-химического исследования кровь и моча на наличие алкоголя. В качестве вещественного доказательства кровь на марле. Для судебно-химического исследования кровоизлияния в местах инъекций в локтевых сгибах на наркотики.
2. Свидетельство о смерти А) сепсис, Б) гнойный парапроктит, В) флегмона мягких тканей параректальной области L 03.8.2.
3. СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКИЙ ДИАГНОЗ. Флегмона мягких тканей параректальной области с некрозом стенки прямой кишки. Осложнения: сепсис, септицемия, инфекционно-токсический шок – ДВС-синдром с агрегацией эритроцитов, вплоть до сладж-феномена в сосудах микроциркуляции, точечные кровоизлияния под плевру и эпикард, перивазальные – в веществе головного мозга, жидкая кровь в полостях сердца и крупных сосудов, мелкоочаговые некрозы миокарда и контрактурные изменения 1-3 степени отдельных кардиоцитов, некроз капиллярных петель части клубочков почек, очаговый некронефроз, миелоидная метаплазия селезенки. отек и набухание головного мозга; интерстициальный отек легких; неравномерное кровенаполнение внутренних органов; выпадение прямой кишки. Соп. Жировой гепатоз 2 степени, хронический персистирующий гепатит, геморрой.
4. При судебно-медицинском исследовании трупа телесные повреждения не обнаружены.
5. Смерть наступила в результате заболевания – флегмоны мягких тканей параректальной области, осложнившейся сепсисом, септицемической формой, проявлением которого стал инфекционно-токсический шок с развитием ДВС-синдрома, микронекрозами в миокарде, почках и миелоидной метаплазией селезенки. Данных в истории болезни о наличия алкоголя в крови пострадавшего не обнаружено.

**Задача № 4** УК-1  ПК-1  ПК-2  ПК-3  ПК-5  ПК-7  ПК-8  ПК-9  ПК-10

**ОБСТОЯТЕЛЬСТВА ДЕЛА.** В направлении на судебно-медицинское исследование трупа не указаны.

Представлена медицинская карта стационарного больного № на Неизвестного мужчину № 1, около 35 лет, который 4.11.07г. в 12-00 бригадой скорой помощи был доставлен в НХО-2 с нарушением сознания. Со слов врача скорой помощи взят с ул. Высотной, 2 «е» из медвытрезвителя. При поступлении состояние больного ближе к тяжелому. Кожные покровы и видимые слизистые сухие, бледные. Костно-мышечная система без видимой патологии. В легких дыхание проводится по всем полям, хрипов нет. ЧДД 18\мин. Пульс 68\мин. АД 130\90 мм.рт.ст. Живот симметричен, не вздут, на пальпацию не реагирует. Сознание нарушено по типу оглушение 3 – сопор. Зрачки узковаты, равны, Фотореакция сохранена. Парезов, параличей нет, мышечный тонус высокий. Сухожильные рефлексы равны. Ригидность мышц затылочка до 2 см. Симптом Кернига 160 градусов. Патологические стопные знаки не вызываются. Отоназоликвореи не выявлено. Кровоподтеки в параорбитальных областях. Диагноз: ЗЧМТ? Алкогольная энцефалопатия. Рентгенограмму черепа выполнить не удалось, больной не выполняет укладку. При ЭХО-ЭС масса дополнительных эхо сигналов. При осмотре дежурным нейрохирургом 5.11.07 состояние больного средней степени тяжести. Жалобы на умеренную головную боль. Критика снижена. В неврологическом статусе без отрицательной динамики. 06.11. состояние тяжелое, оглушение 3 ст. 06.11.07 проведена компьютерная томография головного мозга № 11185: травматических изменений в костях свода и основания черепа не выявлено; срединные структуры головного мозга не смещены; желудочковая система, субарахноидальные пространства расширены; КТ-признаки смешанной водянки головного мозга. Данных за гематому, контузионные очаги не выявлено. При ЭХО-ЭС от 6.11.07г. отмечается смещение м-эхо слева направо в средне-задних отделах на 1 мм; дополнительные сигналы в передних отделах и справа в средне-задних. Запись от 07.11.07г. в 6-20 вызван дежурной медсестрой. Кожные покровы бледно-розовые с желтушным оттенком. Пульс на крупных венах не определяется. Атония, арефлексия. Реанимационные мероприятия в течение 10 минут без эффекта. В 6-30 07.11.07г. констатирована биологическая смерть больного.

ПОСМЕРТНЫЙ ДИАГНОЗ. Закрытая черепно-мозговая травма. Ушиб головного мозга 3 степени. Ушибы мягких тканей лица. Алкогольная болезнь. Полиорганная недостаточность. Острая сердечно-сосудистая, дыхательная недостаточность. Отек, набухание головного мозга.

Алкоголь – в крови не обнаружен.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Данные анализов | | | | |
| Параметры  дата | 4.11 | 6.11 |  |  |
| эритроциты |  | 4,34 |  |  |
| Цветной п. |  | 1,12 |  |  |
| гемоглобин | 119 | 163 |  |  |
| тромбоциты |  | 307 |  |  |
| гематокрит |  | 42,9 |  |  |
| лейкоциты | 8,6 | 10,8 |  |  |
| эозинофилы | 1 |  |  |  |
| палочкоядерные | 9 | 4 |  |  |
| сегментоядерные | 53 | 68 |  |  |
| лимфоциты | 25 | 16 |  |  |
| моноциты | 12 | 12 |  |  |
| Дегенеративные изменения нейтрофилов | ++ | ++ |  |  |
| Анизоцитоз |  | + |  |  |
| РОЭ |  | 8 |  |  |
| Амилаза | 141 |  |  |  |
| мочевина | 5,6 |  |  |  |
| Билирубин общ. | 16,5 |  |  |  |
| Прямой | 5,9 |  |  |  |
| непрямой | 10,6 |  |  |  |
| Белок крови | 79,0 |  |  |  |
| сахар | 6,4 |  |  |  |

НАРУЖНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ. Труп мужчины, доставлен без одежды, среднего телосложения, правильного удовлетворительного питания, длиной тела 168 см. Кожа бледно-серая, холодная на ощупь во всех отделах, в отлогих местах тела сливные, фиолетовые, не исчезающие и не меняющие цвет при надавливании трупные пятна. Трупное окоченение достаточно выражено во всех обычно исследуемых группах мышц. Склеры глаз мутные, тусклые, суховаты, кровоизлияний в соединительные оболочки глаз не отмечается, зрачки равновелики по 0,4 см диаметром. Голова правильной формы, кости черепа и лицевого скелета на ощупь целы. Грудная клетка цилиндрическая, эластичная, упругая, ребра на ощупь целы. Живот на одном уровне с грудной клеткой. Естественные отверстия тела и полости рта и носоглотки свободны, чистые. Слизистая оболочка губ синюшная, подсохшая. Анальное отверстие сомкнуто, кожа вокруг него слегка обпачкана каловыми массами. Половые органы развиты правильно. Кости конечностей целы.

ПОВРЕЖДЕНИЯ. Багрово-синюшные кровоподтеки вокруг глаз: справа диаметром 5 см, слева – 3 см. Ссадина 2х1 см в левой скуловой области. Синюшные кровоподтеки по тыльной поверхности обоих кистей рук.

Каких-либо других повреждений, кроме следов медицинских манипуляций, при исследовании не обнаружено. При проведении воздушной пробы – воздух из плевральных полостей и полостей сердца не получен. При проведении судебно-медицинского исследования трупа использовались: кожные разрезы по методу **Шора**.

СЛОВЕСНЫЙ ПОРТРЕТ И АНТРОПОМЕТРИЧЕСКИЕ ДАННЫЕ:

Лицо европейского типа, круглое. Волосы на голове сбриты. Лоб высокий прямой с залысинами. Брови густые не сросшиеся. Глаза серые. Спинка носа прямая, крылья носа узкие. Губы полные. Подбородок прямоугольный. На верхней челюсти отсутствуют: левый 1 зуб и все зубы после второго слева, 2, 4 и 5 зубы справа. Окружность головы 56 см, груди – 96 см, шеи – 38 см. Длина стоп 25 см.

*Особые приметы:* на левом плече татуировка льва с короной и мечом, на грудной клетке слева татуировка вертикально расположенного меча с крыльями, на правом плече татуировка цветка и надпись COLDEN STAR, на правом предплечье надпись латинскими буквами неразборчивая из-за округлого диаметром 5 см рубца цвета кожи на надписи.

ВНУТРЕННЕЕ ИССЛЕДОВАНИЕ

Извлечение органокомплекса произведено по методу **Шора,** с распилом ребер спереди. Череп вскрывался угловым распилом.

Масса органов.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Масса | **№ 328** | Норма |
| Мозг | **1150** | До 1400 |
| Легкое правое | **790** | 450 |
| левое | **810** | 375 |
| Сердце | **300** | 200-400 |
| Печень | **1710** | 1200-2000 |
| Селезенка | **100** | 80-180 |
| Почки обе | **290** | 275-310 |
| Правая/Левая | **140/150** |  |

ПОЛОСТЬ ЧЕРЕПА. Головной мозг исследовался методом Вирхова. Кожно-мышечный лоскут головы блестящий, полнокровный, без кровоизлияний и повреждений. Кости свода и основания черепа целы. Твердая мозговая оболочка напряжена, серо-перламутрового цвета, блестящая, в синусах ее темная жидкая кровь в большом количестве. Субдуральное пространство свободно. Мягкие мозговые оболочки тонкие, прозрачные с полнокровными сосудами, походу которых рассеянные точечные субарахноидальные кровоизлияния в глубине борозд. Борозды мозга несколько сглажены, извилины слегка уплощены. Головной мозг дрябло-эластичный, на разрезах с четкой границей серого и белого вещества и мраморным рисунком подкорковых ядер. Поверхности разрезов тускловаты, липнут к лезвию ножа. Желудочки мозга симметричны, обычного объема, эпендима их бледно-серая, блестящая, влажная, в полостях желудочков следы прозрачной соломенного цвета жидкости. Сосудистые сплетения обычного вида, полнокровны.

ОРГАНЫ ШЕИ, ГРУДНОЙ И БРЮШНОЙ ПОЛОСТЕЙ: язык синюшный, влажный, обложен серовато-желтым, не снимающимся налетом. Слизистые оболочки носоглотки синюшные, влажные, блестящие. В мягких тканях шеи повреждений и кровоизлияний не обнаружено. В плевральных полостях следы прозрачной жидкости, легкие выполняют 2/3 полостей, с блестящей, гладкой и влажной плеврой. Органы брюшной полости расположены анатомически правильно, в полости следы прозрачной жидкости соломенного цвета. Листки брюшины гладкие, влажные, блестящие. Просвет пищевода свободен, слизистая его бледно-серая, продольно складчатая. Вход и просвет гортани свободен, слизистая оболочка ее бледно-серая. Подъязычная кость и хрящи гортани целы, в мягких тканях ее повреждений не обнаружено. Просвет трахеи и главных бронхов свободен, хрящи трахеи целы. Щитовидная железа обычных размеров, с равновеликими долями, плотно-эластичная, темно-коричневая, на разрезе полнокровна, дольчатого строения. Аорта эластична, смешанными свертками крови в просвете и рассеянными липидными пятнами в интиме. Легкие синюшные в передних и темно-синюшные в задних отделах, неравномерно уплотнены, на разрезах пестрые, выбухающие темно-красно-серые очаги чередуются с западающими красными. Над поверхностями разрезов выступают бронхи в виде «гусиных перьев». Слизистые оболочки воздухо-проводящих путей светло-розовые, набухшие. Бифуркационные лимфоузлы располагаются в виде пакетов диаметром от 1 до 2 см, эластичные, не спаянные между собой и с окружающими тканями, темно-синюшные, на разрезах сочные, с обычным рисунком. В полости перикарда следы прозрачной жидкости, листки его гладкие, влажные, блестящие. Сердце дрябло-эластичное, 12х10х9 см. В полостях сердца смешанные свертки крови. Миокард розовато-синюшный, эластичный, неравномерного кровенаполнения. Толщина стенки правого желудочка 0,3 см, левого 1,2 см. Клапанный и пристеночный эндокард тонкий, прозрачный, клапаны сформированы правильно. Коронарные артерии с тонкими стенками, пустым просветом. Желудок пустой, содержимое кишечника отделам соответствует, слизистые оболочки желудочно-кишечного тракта бледно-серые. Мезентериальные лимфоузлы располагаются раздельно, диаметр их не более 1 см, эластичны. Печень 25х18х15х13 см, эластичная, желто-коричневая с зеленоватым крапом, с поверхности и на разрезах, полнокровная, со смазанным рисунком долек. Просвет внепеченочных желчевыводящих путей свободно проходим.В желчном пузыре 50 мл жидкой темно-зеленой желчи. Поджелудочная железа 16х5х4х2 см, плотная с нечетко выраженной дольчатостью, с большим количеством жировых некрозов клетчатки по периферии, на разрезах с множественными жировыми некрозами с нагноением и мелкоочаговыми множественными кровоизлияниями. Селезенка 10х8х5 см, эластичная, синюшная с гипоплазией белой пульпы, на разрезах темно-красная, без соскоба. Надпочечники листовидной формы, обычных размеров, на разрезах граница слоев четкая. Почки равновелики, 10х6х5 см, дрябло-эластичные. Капсула сползает при надрезе, обнажая ровную поверхность. По краю разреза паренхима наползает на капсулу. На разрезах корковый слой - синюшный, с темно-красным крапом и подчеркнутым рисунком, мозговой слой также с подчеркнутым рисунком, граница слоев отчетливо выражена с полнокровием юкстагломерулярной зоны. Слизистые оболочки лоханок и чашечек бледно-синюшные, гладкие, блестящие, просвет их свободен. Мочеточники проходимы на всем протяжении, с бледно-серой слизистой. Мочевой пузырь пуст, слизистая оболочка его складчатая, бледно-серая, уретра свободно проходима. **А К Т** Судебно-гистологического исследования, произведено исследование кусочков внутренних органов от трупа И., 1977 г.р.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Поджелудочная железа – множественные внутридольковые и междольковые некрозы с выраженной лейкоцитарной инфильтрацией, вплоть до микроабсцессов, очаговыми междольковыми и внутридольковыми кровоизлияниями. Большое количество стеатонекрозов.

Легкие - межальвеолярные перегородки с выраженной лейкоцитарной инфильтрацией и полнокровием капилляров. Очаговые некрозы межальвеолярных перегородок с выполнением полостей альвеол клеточным детритом и сегментоядерными лейкоцитами. Очаговые паренхиматозные кровоизлияния. Гнойный панбронхит. Выраженный внутриальвеолярный отек легких. Периваскулярный и перибронхиальный пневмосклероз. Стаз крови в сосудах.

Крупнокапельная жировая дистрофия гепатоцитов, умеренный внутридольковый холестаз, неравномерное кровенаполнение синусоидов. Воспалительной реакции не выявлено.

Почки – аутолитические изменения, можно говорить только о стазе крови в венах.

Миокард – межуточный отек, стаз крови в венах, малокровие артерий. В поляризованном свете контрактурные изменения единичных кардиоцитов 1-2 степени.

Головной мозг – массивное выпадение нейронов коры с полной потерей гистоархитектоники, межуточный отек мягких мозговых оболочек, периваскулярный и перицеллюлярный отек, неравномерное кровенаполнение сосудов.

Селезенка – полнокровие синусов и пульпы.

Задание:

1. Какие дополнительные исследования необходимо провести?
2. Зашифровать заболевание в свидетельстве о смерти?
3. Составить судебно-медицинский диагноз?
4. Определить наличие телесных повреждений?
5. Установить причину смерти?

Ответы:

* 1. Из трупа взяты: для судебно-гистологического исследования кусочки внутренних органов на патоморфологические изменения; для судебно-химического исследования кровь и моча на наличие алкоголя.
  2. Свидетельство о смерти. В) смешанный панкреонекроз К 85.0.2.
  3. СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКИЙ ДИАГНОЗ. Смешанный панкреонекроз: множественные внутридольковые и междольковые некрозы с выраженной лейкоцитарной инфильтрацией, вплоть до микроабсцессов, очаговые междольковые и внутридольковые кровоизлияния, большое количество стеатонекрозов. Осложнения: отек легких с геморрагическим компонентом, отек и набухание головного мозга; контрактурные изменения отдельный кардиоцитов, венозное полнокровие внутренних органов. Сопутствующие: гнойная бронхопневмония, жировой гепатоз 1 степени с внутридольковым холестазом. Энцефалопатия – массивное выпадение нейронов коры головного мозга с потерей гистоархитектоники.
  4. При судебно-медицинском исследовании трупа обнаружены следующие телесные повреждения: кровоподтеки вокруг глаз, ссадина в левой скуловой области, кровоподтеки по тыльной поверхности обоих кистей рук. Повреждения не являются опасными для жизни человека, вреда здоровью не причинили и не имеют причинной связи со смертью.
  5. Смерть наступила в результате заболевания – смешанной формы панкреонекроза, подтвержденного морфологически (множественные внутридольковые и междольковые некрозы с выраженной лейкоцитарной инфильтрацией, вплоть до микроабсцессов, очаговые междольковые и внутридольковые кровоизлияния, большое количество стеатонекрозов), осложнившегося сердечно-сосудистой недостаточностью с нарушением гемодинамики в сосудах микроциркуляции всех органов, с развитием отека легких с геморрагическим компонентом. При поступлении пострадавшего в стационар в крови не обнаружен этиловый спирт.

**Задача № 5** УК-1  ПК-1  ПК-2  ПК-3  ПК-5  ПК-7  ПК-8  ПК-9  ПК-10

ИССЛЕДОВАНИЕ ТРУПА ПРОВОДИТСЯ ДЛЯ УСТАНОВЛЕНИЯ ПРИЧИНЫ СМЕРТИ

**ОБСТОЯТЕЛЬСТВА ДЕЛА.** В направлении на судебно-медицинское исследование трупа не указаны.

Представлен акт о смерти. Больная А., 63 лет. Доставлена бригадой скорой помощи в 10-00 04.11.2007г. в состоянии клинической смерти в реанимационное отделение ГКБ. Реанимационные мероприятия в течение 30 минут без эффекта. Смерть зарегистрирована в 10-30 04.11.2007г.

НАРУЖНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ. Труп женщины, доставлен без одежды, среднего телосложения, правильного повышенного питания, длиной тела 165 см. Кожа бледно-серая, холодная на ощупь во всех отделах, в отлогих местах тела сливные, фиолетовые, не исчезающие и не меняющие цвет при надавливании трупные пятна. Трупное окоченение достаточно выражено во всех обычно исследуемых группах мышц. Склеры глаз мутные, тусклые, суховаты, кровоизлияний в соединительные оболочки глаз не отмечается, зрачки равновелики по 0,4 см диаметром. Голова правильной формы, кости черепа и лицевого скелета на ощупь целы. Грудная клетка цилиндрическая, эластичная, упругая, ребра на ощупь целы. Живот на одном уровне с грудной клеткой. Естественные отверстия тела и полости рта и носоглотки свободны, чистые. Слизистая оболочка губ синюшная, подсохшая. Анальное отверстие сомкнуто. Половые органы развиты правильно. Кости конечностей целы.

ПОВРЕЖДЕНИЯ. Каких-либо повреждений, кроме следов медицинских манипуляций, при исследовании не обнаружено.

При проведении воздушной пробы – воздух из плевральных полостей и полостей сердца не получен. При проведении судебно-медицинского исследования трупа использовались: кожные разрезы по методу **Шора**.

ВНУТРЕННЕЕ ИССЛЕДОВАНИЕ

Извлечение органокомплекса произведено по методу **Шора,** с распилом ребер спереди. Череп вскрывался угловым распилом.

Масса органов.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Масса | **№ 325** | норма |
| Мозг | **1100** | До 1400 |
| Легкое правое | **500** | 450 |
| левое | **580** | 375 |
| Сердце | **410** | 200-400 |
| Печень | **1700** | 1200-2000 |
| Селезенка | **120** | 80-180 |
| Почки обе | **290** | 275-310 |
| Правая/Левая | **140/150** |  |

ПОЛОСТЬ ЧЕРЕПА. В коже головы слева в проекции теменного бугра округлое темно-красное кровоизлияние диаметром 6 см с четкими контурами. Головной мозг исследовался методом Вирхова. Кожно-мышечный лоскут головы блестящий, полнокровный, без кровоизлияний и повреждений. Кости свода и основания черепа целы. Твердая мозговая оболочка напряжена, серо-перламутрового цвета, блестящая, в синусах ее темная жидкая кровь в большом количестве. Субдуральное пространство свободно. Мягкие мозговые оболочки тонкие, прозрачные с полнокровными сосудами, походу которых рассеянные точечные субарахноидальные кровоизлияния в глубине борозд. Умеренный атеросклероз сосудов Вилизиева круга в виде полулунных и кольцевидных атеросклеротических бляшек без облитерации просвета. Борозды мозга несколько сглажены, извилины слегка уплощены. Головной мозг эластичный, на разрезах с четкой границей серого и белого вещества и мраморным рисунком подкорковых ядер. Поверхности разрезов тускловаты, липнут к лезвию ножа. Желудочки мозга симметричны, обычного объема, эпендима их бледно-серая, блестящая, влажная, в полостях желудочков следы прозрачной соломенного цвета жидкости. Сосудистые сплетения обычного вида, полнокровны.

ОРГАНЫ ШЕИ, ГРУДНОЙ И БРЮШНОЙ ПОЛОСТЕЙ: язык синюшный, влажный, обложен серовато-желтым, не снимающимся налетом. Слизистые оболочки носоглотки синюшные, влажные, блестящие. В мягких тканях шеи повреждений и кровоизлияний не обнаружено. В плевральных полостях следы прозрачной жидкости, легкие выполняют 2/3 полостей, с блестящей, гладкой и влажной плеврой. Органы брюшной полости расположены анатомически правильно, в полости следы прозрачной жидкости соломенного цвета. Листки брюшины гладкие, влажные, блестящие. Просвет пищевода свободен, слизистая по всем отделам с наложением фибрина. Вход и просвет гортани свободен, слизистая оболочка ее бледно-серая. Подъязычная кость и хрящи гортани целы, в мягких тканях ее повреждений не обнаружено. Просвет трахеи и главных бронхов свободен, хрящи трахеи целы. Щитовидная железа обычных размеров, с равновеликими долями, плотно-эластичная, темно-коричневая, на разрезе полнокровна, дольчатого строения. Аорта эластична, со следами жидкой крови в просвете и множественными атеросклеротическими бляшками в разных стадиях развития в интиме. Легкие выполняют 2\3 полостей, с блестящей, гладкой и влажной плеврой. Под висцеральной плеврой, особенно, в прикорневых отделах легких и по базальным поверхностям, множественные точечные кровоизлияния. Легкие синюшные в передних и темно-синюшные в задних отделах, тестоватой консистенции, на разрезах темно-красные с подчеркнутым рисунком, полнокровны. Над поверхностями разрезов выступают бронхи в виде «гусиных перьев». Слизистые оболочки гортани, трахеи и бронхов гиперемированы, отечны с налетом фибрина. Бифуркационные лимфоузлы располагаются в виде пакетов диаметром от 1 до 2 см, эластичные, не спаянные между собой и с окружающими тканями, темно-синюшные, на разрезах сочные, с обычным рисунком. В полости перикарда следы прозрачной жидкости, листки его гладкие, влажные, блестящие. Сердце дрябло-эластичное, 13х12х11 см, с избыточным отложением жира под эпикардом. В полостях сердца следы жидкой крови.адней стенке левого желудочка постинфарктный рубец диаметром 2 см. По его периметру темно-красное прокрашивание миокарда. абли Миокард розовато-синюшный, эластичный, с сетчатым разрастанием соединительной ткани, неравномерного кровенаполнения. В задней стенке левого желудочка постинфарктный рубец диаметром 2 см. По его периметру темно-красное прокрашивание миокарда. Толщина стенки правого желудочка 0,3 см, левого 1,6 см. Клапанный и пристеночный эндокард утолщен, мутный, клапаны сформированы правильно. Аорта эластична, со следами жидкой крови в просвете и рассеянными липидными пятнами и множественными атеросклеротическими бляшками в разных стадиях развития в интиме. Коронарные артерии с неравномерно утолщенными стенками за счет полулунных и кольцевидных атеросклеротических бляшек с кальцинозом, с облитерацией просвета на 2/3.

Желудок пустой, содержимое кишечника отделам соответствует, слизистые оболочки желудочно-кишечного тракта бледно-серые. Мезентериальные лимфоузлы располагаются раздельно, диаметр их не более 1 см, эластичны. Печень 25х18х16х13 см, плотно-эластичная, коричневая с поверхности и на разрезах, полнокровная, со смазанным рисунком долек. Просвет внепеченочных желчевыводящих путей свободно проходим. Поджелудочная железа обычных размеров, плотно-эластичная, бледно-серая, на разрезах – дольчатого строения. Селезенка 8х6х5 см, дряблая, синюшная с гипоплазией белой пульпы, на разрезах с умеренным соскобом пульпы. Надпочечники листовидной формы, обычных размеров, на разрезах граница слоев четкая. По внутреннему полюсу правого надпочечника опухолевидное, эластичное разрастание желтой ткани диаметром 1,5 см без капсулы. Почки равновелики, 9х6х5 см, эластичные. Капсула сползает при надрезе, обнажая мелкобугристую поверхность. По краю разреза паренхима наползает на капсулу. На разрезах корковый слой - синюшный, с темно-красным крапом и подчеркнутым рисунком, мозговой слой также с подчеркнутым рисунком, граница слоев отчетливо выражена с полнокровием юкстагломерулярной зоны. Слизистые оболочки лоханок и чашечек бледно-синюшные, гладкие, блестящие, просвет их свободен. Мочеточники проходимы на всем протяжении, с бледно-серой слизистой. Мочевой пузырь пуст, слизистая оболочка его складчатая, бледно-серая, уретра свободно проходима.

**ДАННЫЕ ДОПОЛНИТЕЛЬНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ.**

**А К Т** Судебно-гистологического исследования № 6782. ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Почки – склероз стенок всех артерий, очаговый гломерулосклероз, неравномерное кровенаполнение капилляров клубочков с отеком мезангия и пустым просветом капсулы Шумлянского. Стаз крови в венах. Канальцы всех групп с несколько эктазированным просветом, в котором мелкозернистые эозинофильные массы.

Коронарные артерии со склерозированными стенками с отложением в стенках солей кальция. По периферии артерий в клетчатке перикарда стаз крови в сосудах микроциркуляции и перивазальные кровоизлияния из свежих эритроцитов.

Миокард – неравномерная гипертрофия и фрагментация кардиоцитов, в поляризованном свете – контрактурные изменения отдельных кардиоцитов 1 – 3 степени. Межуточный отек. Малокровие артерий и артериол со стазом крови в венах.

Печень – полнокровие синусоидов, жировая дистрофия гепатоцитов. Воспалительных изменений не выявлено.

Легкие – перивазальный и перибронхиальный пневмосклероз, стаз крови в сосудах микроциркуляции, скопление гемосидерофагов в альвеолах.

Надпочечник – строение светлоклеточной кортикальной светлоклеточной аденомы.

Задание:

1. Какие дополнительные исследования необходимо провести?
2. Зашифровать заболевание в свидетельстве о смерти?
3. Составить судебно-медицинский диагноз?
4. Определить наличие телесных повреждений?
5. Установить причину смерти?

Ответы:

* 1. Из трупа взяты: для судебно-гистологического исследования кусочки внутренних органов на патоморфологические изменения; для судебно-химического исследования кровь и моча на наличие алкоголя.
  2. Свидетельство о смерти. В) Острая коронарная недостаточность I 24.8.
  3. СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКИЙ ДИАГНОЗ. Острая коронарная недостаточность – перивазальные кровоизлияния вокруг коронарных артерий, фрагментация и контрактурные изменения кардиоцитов 1 – 3 степени. Фоновое: ишемическая болезнь сердца - стенозирующий коронаросклероз сосудов сердца с облитерацией просвета на 2/3, перивазальный кардиосклероз, постинфарктный кардиосклероз задней стенки левого желудочка сердца. Генерализованный атеросклероз с преимущественным поражением аорты, сосудов сердца и головного мозга. Осложнения: жидкая кровь в полостях сердца и крупных сосудов, неравномерное кровенаполнение миокарда, венозное полнокровие внутренних органов. Соп. Атеросклеротический нефросклероз, гемосидероз легких. Хронический фибринозный эзофагит. Светлоклеточная аденома правого надпочечника.
  4. При судебно-медицинском исследовании трупа телесные повреждения не обнаружены.
  5. Смерть наступила в результате заболевания, верифицированного как острая коронарная недостаточность с перивазальными кровоизлияниями вокруг коронарных артерий, фрагментацией и контрактурными изменениями кардиоцитов 1 – 3 степени. Заболевание развивалось на фоне хронической ишемической болезни сердца с коронарокардиосклерозом и признаками хронической сердечной недостаточности – гемосидероз легких. При судебно-химическом исследовании в крови не6 обнаружен этиловый спирт, наличие 0,4 промилле этилового алкоголя в моче расценивается, как вариант нормы.

**6. Перечень практических умений по изучаемой теме**

- установить причину смерти;

- провести судебно-медицинское исследование трупа при различных видах насильственной смерти;

- определить степень тяжести телесных повреждений;

- установить причинно-следственную связь между повреждением и неблагоприятным исходом;

- организовать судебно-медицинскую экспертизу вещественных доказательств (изъять, упаковать и направить объекты судебно-медицинской экспертизы на лабораторные исследования);

**7. Рекомендации по выполнению НИР**

Примерная тематика по НИР по теме - не предусмотрена.

**8. Рекомендованная литература по теме занятия** (обязательная, дополнительная, электронные ресурсы, включая законодательные и нормативно-правовые документы)

**Занятие №48.**

**1. Индекс: ОД.О.01.1.8.62 Тема: «Дифференциальная диагностика заболеваний сердечно сосудистой системы и токсических поражений сердечной мышцы».** 2 часть.

**2. Форма организации занятия:** подготовка к практическому занятию.

**3. Перечень вопросов для самоподготовки по теме практического занятия**

1. ВОПРОС От каких причин смерть наступает скоропостижно? (УК-1,  ПК-1,  ПК-2, ПК-3,  ПК-6,  ПК-7,  ПК-8,  ПК-9, ПК-10 )

ОТВЕТ: Причиной скоропостижной смерти могут быть разные болезни в зависимости от возраста. Так, в возрасте до 1 года смерть (особенно недоношенных детей) наступает от инфекционных и вирусных заболеваний, аллергии к внешним факторам, в более поздние сроки дети чаще скоропостижно умирают от пороков развития, пневмонии, инфекций, ревматизма.

Уже начиная с молодого возраста, но особенно в зрелом и пожилом, самой частой причиной, вызывающей скоропостижную смерть, являются разные формы ишемической болезни сердца. В основе этой распространенной болезни острые и хронические патологические состояния, обусловленные органическими поражениями коронарных артерий сердца (тромбоз, атеросклероз), либо функциональное состояние — спазм этих артерий, затрудняющий питание мышцы сердца и приводящий к инфаркту миокарда или его очаговойдис-трофии, стенокардии, нарушения, сердечного ритма, острой коронарной недостаточности.

Скоропостижно смерть может наступить при болезнях органов дыхания (пневмония, бронхиальная астма и др.), эпилепсии, злокачественных опухолях, инфекционных болезнях (туберкулез, токсические формы гриппа, дизентерия и др.), при особо опасных инфекциях (холера, сибирская язва, чума).

Диагностика скоропостижной смерти включает помимо выявления патологоанатомических изменений при вскрытии (исследовании) трупа, обязательно гистологическое исследование органов и судебно-химическое исследование крови и мочи на алкоголь, а также проведение биохимического анализа тканей, а иногда и бактериологического исследования.

Вывод о причине смерти должен включать установленные факты, способствующие наступлению скоропостижной смерти.

2. ВОПРОС Какие неблагоприятные факторы способствуют наступлению скоропостижной смерти? (УК-1,  ПК-1,  ПК-2, ПК-3,  ПК-6,  ПК-7,  ПК-8,  ПК-9, ПК-10 )

ОТВЕТ: Скоропостижная смерть при ряде заболеваний наступает только в неблагоприятной обстановке. Такими факторами риска, внезапно приводящими к смерти, являются: неблагоприятные метеорологические условия, (резкая смена атмосферного давления, температуры воздуха); физическое перенапряжение, (даже незначительное) у больных ИБС; психоэмоциональное воздействие, особенно если оно было неожиданным. Но наиболее частым фактором риска является алкогольное опьянение и прием спиртного (имеется в виду этанол), даже в малых дозах. Это, как и курение, может приводить к спазму артерий сердца. При содержании алкоголя в малой токсической концентрации следует проводить дифференциальную диагностику смерти со скоропостижной смертью от того или иного заболевания, когда алкоголь является способствующим фактором и отравлением этано-лом, как самостоятельной причиной насильственной смерти.

Только данные исследования трупа, лабораторных методов с учетом всех обстоятельств могут обеспечить достоверное установление причины смерти.

**4. Самоконтроль по тестовым заданиям данной темы**

1. МИОМАЛЯЦИЯ ПОСЛЕ ИНФАРКТА МИОКАРДА ПОЯВЛЯЕТСЯ (ПК-5)

1) в первые сутки

2) через 3-5 дней

3) через 7-10 дней

4) через 2-3 недели

5) через 3-4 недели

Правильный ответ: 3

2. ЖЕЛТОВАТАЯ ОКРАСКА МИОКАРДА В ЗОНЕ ИНФАРКТА (МАКРОСКОПИЧЕСКИ) ПОЯВЛЯЕТСЯ ЧЕРЕЗ (ПК-5)

1) 1 сутки после развития инфаркта

2) 2-3 суток после развития инфаркта

3) 7-10 суток после развития инфаркта

4) 10-13 суток после развития инфаркта

5) более 2 недель

Правильный ответ: 2

3. ОТДЕЛЫ СЕРДЦА, ПОДЛЕЖАЩИЕ ОБЯЗАТЕЛЬНОМУ ГИСТОЛОГИЧЕСКОМУ ИССЛЕДОВАНИЮ (ПК-5)

1) верхушка сердца

2) аорта

3) зона инфаркта

4) зоны инфаркта на границе с неповрежденной мышцей

5) митральный клапан

Правильный ответ: 4

4. СУДИТЬ О СРОКАХ РАЗВИТИЯ ИНФАРКТА ПО РЕЗУЛЬТАТАМ ГИСТОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ МИОКАРДА (ПК-5)

1) возможно

2) невозможно

3) затруднительно

4) в зависимости от конкретного случая

5) в зависимости от пола

Правильный ответ: 1

5. ИСТОЧНИКОМ ТРОМБОЭМБОЛИИ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ ЯВЛЯЮТСЯ ТРОМБИРОВАННЫЕ (ПК-5)

1) вены конечностей

2) вены брыжейки

3) воротная вена

4) вены малого круга

5) яремные вены

Правильный ответ: 1

6. ОСНОВНЫМ МОРФОЛОГИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ЯВЛЯЕТСЯ (ПК-5)

1) гипертрофия правого предсердия

2) гипертрофия правого желудочка

3) гипертрофия левого предсердия

4) гипертрофия левого желудочка

5) аневризма аорты

Правильный ответ: 4

7. ПРИЧИНОЙ АНЕВРИЗМЫ АОРТЫ МОГУТ БЫТЬ (ПК-5)

1) сердечная недостаточность

2) ишемическая болезнь

3) врожденные пороки развития сосудистой стенки

4) гипертоническая болезнь

5) почечная недостаточность

Правильный ответ: 3

8. ПРИЧИНОЙ СКОРОПОСТИЖНОЙ СМЕРТИ ПРИ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА ЧАЩЕ ВСЕГО БЫВАЮТ (ПК-5)

1) кровотечение из распадающихся опухолей

2) интоксикация, кахексия

3) перитонит при перфорации стенки желудочно-кишечного тракта, пораженной опухолью

4) кишечная непроходимость

5) кахексия

Правильный ответ: 1

1. ПОДЖЕЛУДОЧНАЯ ЖЕЛЕЗА ПРИ ГЕМОРРАГИЧЕСКОМ ПАНКРЕАТИТЕ (ПАНКРЕОНЕКРОЗЕ) (ПК-5)

1) неоднородная на ощупь

2) дряблая на ощупь

3) с множественными кровоизлияниями, «стеариновыми пятнами» на брюшине в области железы и на сальнике

4) диффузно пропитана кровью

5) без кровоизлияний

Правильный ответ: 3

10. ИНФЕКЦИОННЫЕ ПОРАЖЕНИЯ ДЫХАТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ МОГУТ БЫТЬ УСТАНОВЛЕНЫ ПРИ (ПК-5)

1) химическом исследовании

2) биологическом исследовании

3) бактериологическом исследовании

4) криминалистическом исследовании

5) макроскопическом исследовании

Правильный ответ: 3

**5. Самоконтроль по ситуационным задачам.**

**Задача № 1.** (УК-1,  ПК-1,  ПК-2, ПК-3,  ПК-6,  ПК-7,  ПК-8,  ПК-9, ПК-10 )

ИССЛЕДОВАНИЕ ТРУПА ПРОВОДИТСЯ ДЛЯ УСТАНОВЛЕНИЯ ПРИЧИНЫ СМЕРТИ

ОБСТОЯТЕЛЬСТВА ДЕЛА: в направлении на судебно-медицинское исследование трупа не указаны.

Представлена история болезни №1 из ГКБ №1 на имя Т., 1968 г.р., которая 17.02.07г. в 2-00 бригадой скорой помощи была доставлена в гинекологическое отделение в крайне тяжелом состоянии. Со слов врача скорой помощи взята из дома, где обнаружена сожителем в луже крови. Там же врачом скорой помощи выяснено, что больная в течение 1 месяца принимала алкоголь (технический спирт). Больная на вопросы отвечает спутано. Удалось выяснить, что последняя менструация была в середине января 2007 года в течение 7 дней, очень обильно. Когда вновь появились кровянистые выделения из половых путей не помнит. Из перенесенных заболеваний: венерические заболевания, болезнь Боткина, хронический алкоголизм, токсический гепатит, пневмония. Количество беременностей 2, абортов 1, родов 1. У больной педикулез. Общее состояние крайне тяжелое. Оглушение 1-2. Кожные покровы желтушные, отмечается иктеричность склер. Дыхание жесткое, проводится по всем полям. ЧСС 126/мин. АД 60/40 мм.рт.ст. Пульс 126/мин, нитевидный. Живот не вздут, мягкий, умеренно болезненный в нижних отделах. Печень резко увеличена, край печени определяется около пупка. После соответствующей обработки наружных половых органов женщины и рук врача шейка матки выведена в зеркалах и взята на пулевые щипцы. Длина полости матки 7 см. Стенки матки гладкие. Наружный зев закрыт, расширен до 10,5 см, соскоб не получен. Произведено выскабливание цервикального канала, полости матки. Получен соскоб скудный. Матка сократилась, кровотечение в виде обрывков эндометрия. 19.02.07г. в 6-00 больная пошла в туалет, где наступила смерть.

ПОСМЕРТНЫЙ ДИАГНОЗ. Токсический гепатит. *Фоновое заболевание.* Хронический алкоголизм. *Осложнение.* Печеночная недостаточность. Вторичная коагулопатия. Маточное кровотечение. Геморрагический шок 2-3 степени. Анемия тяжелой степени.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Данные анализов | | | | |
| Параметры  дата | 17.02 | 17.02 |  |  |
| **Эритроциты** | **2,0** | **2,9** |  |  |
| Цветной п. | 0,75 | 0,99 |  |  |
| **Гемоглобин** | **51** | **97** |  |  |
| Тромбоциты | 133 | 45 |  |  |
| **гематокрит** | **21** | **27** |  |  |
| лейкоциты | 8,2 | 8,3 |  |  |
| палочкоядерные | 1 | 7 |  |  |
| сегментоядерные | 64 | 75 |  |  |
| лимфоциты | 34 | 17 |  |  |
| моноциты | 1 | 1 |  |  |
| Дегенеративные изменения нейтрофилов | ++ | ++ |  |  |
| Анизоцитоз | ++ | + |  |  |
| Пойкилоцитоз | + | + |  |  |
| РОЭ | 69 | 41 |  |  |
| Амилаза | 107 |  |  |  |
| мочевина | 2,7 | 4,8 |  |  |
| **Билирубин общ.** | **191,6** | **143,8** |  |  |
| Прямой | 91,4 | 61,8 |  |  |
| непрямой | 100,2 | 82,0 |  |  |
| Белок крови | 54,3 | 61,9 |  |  |
| калий | 1,9 | 3,2 |  |  |
| натрий | 124 | 130 |  |  |
| АЛТ | 173,9 | 115 |  |  |
| АСТ | 209,2 | 120 |  |  |
| сахар | 5,2 | 8,1 |  |  |
| ПТВ |  | 28,5 |  |  |
| ПТИ |  | 30,6 |  |  |
| Натрий | 124 | 130 |  |  |
| Уд. вес мочи | 1015 | 1005 |  |  |
| Белок мочи | 125 | 163 |  |  |
| Лейкоциты мочи | 1-3 | 10-8 |  |  |
| Эритроциты мочи |  | Больш. кол. |  |  |
| Желчные пигменты | ++ | Резко + |  |  |

НАРУЖНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ. Труп женщины, доставлен без одежды, среднего телосложения, правильного питания, длиной тела 160 см. Кожа желтая, холодная на ощупь во всех отделах, в отлогих местах тела сливные, фиолетовые, не исчезающие и не меняющие цвет при надавливании трупные пятна. Трупное окоченение достаточно выражено во всех обычно исследуемых группах мышц. Склеры глаз мутные, тусклые, суховаты, кровоизлияний в соединительные оболочки глаз не отмечается, зрачки равновелики по 0,4 см диаметром. Голова правильной формы, кости черепа и лицевого скелета на ощупь целы. Грудная клетка цилиндрическая, эластичная, упругая, ребра на ощупь целы. Живот на одном уровне с грудной клеткой. Естественные отверстия тела и полости рта и носоглотки свободны, чистые. Слизистая оболочка губ синюшная, подсохшая. Анальное отверстие сомкнуто. Половые органы развиты правильно. Кости конечностей целы.

ПОВРЕЖДЕНИЯ. Каких-либо повреждений, кроме следов медицинских манипуляций, при наружном исследовании не обнаружено.

При проведении воздушной пробы – воздух из плевральных полостей и полостей сердца не получен.

ВНУТРЕННЕЕ ИССЛЕДОВАНИЕ

Масса органов взрослых.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Масса | **№ 56** | норма |
| Мозг | **1200** | До 1400 |
| Легкое правое | **650** | 450 |
| левое | **540** | 375 |
| Сердце | **310** | 200-400 |
| Печень | **2100** | 1200-2000 |
| Селезенка | **160** | 80-180 |
| Почки | **290** | 275-310 |

ПОЛОСТЬ ЧЕРЕПА: кожно-мышечный лоскут головы гладкий, влажный, блестящий, без кровоизлияний и повреждений, височные мышцы синюшные, сочные, малокровны. Кости свода и основания черепа целы. Твердая мозговая оболочка ярко-желтого цвета, цела, блестящая, гладкая, влажная, просвет ее синусов с жидкой темной кровью в небольшом количестве. Мягкие мозговые оболочки тонкие, прозрачные со студневидным отеком и малокровными сосудами, по ходу которых определяются рассеянные точечные кровоизлияния в небольшом количестве в толще мозговых оболочек. Сосуды Вилизиева круга с тонкими стенками, пустым просветом. Борозды мозга с обычным рисунком, на миндаликах мозжечка определяется полоса вдавления от краев большого затылочного отверстия. Головной мозг дрябло-эластичный, на разрезах с четкой границей серого и белого вещества и мраморным рисунком подкорковых ядер. Поверхности разрезов тускловаты, липнут к лезвию ножа. Желудочки мозга симметричны, обычного объема, эпендима их бледно-серая, блестящая, влажная, в полостях желудочков следы прозрачной соломенного цвета жидкости. Сосудистые сплетения обычного вида, малокровны

ОРГАНЫ ГОЛОВЫ И ШЕИ. Язык синюшный, влажный, обложен серовато-желтым, не снимающимся налетом. Слизистые оболочки носоглотки синюшные, влажные, блестящие. В мягких тканях шеи повреждений и кровоизлияний не обнаружено. Вход и просвет гортани свободен, слизистая оболочка ее бледно-серая. Подъязычная кость и хрящи гортани целы, в мягких тканях ее повреждений не обнаружено. Просвет трахеи и главных бронхов свободен, хрящи трахеи целы. Щитовидная железа обычных размеров, с равновеликими долями, плотно-эластичная, темно-коричневая, на разрезе малокровна, дольчатого строения. Просвет пищевода свободен, слизистая его бледно-серая, продольно складчатая.

ГРУДНАЯ ПОЛОСТЬ. В плевральных полостях следы прозрачной жидкости. Легкие выполняют 2\3 полостей, с блестящей, гладкой и влажной плеврой. Под висцеральной плеврой, особенно, в прикорневых отделах легких и по базальным поверхностям, множественные точечные кровоизлияния. Легкие бледно-синюшные во всех отделах, тестоватой консистенции, на разрезах пестрые с множественными темно-красными очагами кровоизлияний в паренхиме. бледно-розовые с обычным рисунком, малокровны вне кровоизлияний. Слизистые оболочки воздухо-проводящих путей светло-розовые, набухшие. Бифуркационные лимфоузлы располагаются в виде пакетов диаметром от 1 до 2 см, эластичные, не спаянные между собой и с окружающими тканями, темно-синюшные, на разрезах сочные, с обычным рисунком. В полости перикарда следы прозрачной жидкости, листки его гладкие, влажные, блестящие. Сердце дрябло-эластичное, 10,5х9х8 см, с избыточным отложением жира под эпикардом. В полостях сердца немного жидкой темной крови. Миокард розовато-синюшный, эластичный, неравномерного кровенаполнения. Толщина стенки правого желудочка 0,3 см, левого 1,2 см. Под эндокардом левого желудочка пятнистые кровоизлияния Клапаны и пристеночный эндокард тонкий, полупрозрачный, клапаны сформированы правильно. Аорта эластична, со следами жидкой крови в просвете и рассеянными липидными пятнами в интиме. Коронарные артерии с тонкими стенками, пустым просветом

БРЮШНАЯ ПОЛОСТЬ. Органы расположены анатомически правильно. В полости следы прозрачной жидкости соломенного цвета. Листки брюшины гладкие, влажные, блестящие. Желудок пустой, содержимое кишечника отделам соответствует, слизистые оболочки их бледно-серые. Мезентериальные лимфоузлы располагаются раздельно, диаметр их не более 1 см, эластичны. Печень 28х20х18х16 см, плотно-эластичная, желтая с поверхности и на разрезах, малокровная, со смазанным рисунком долек. В желчном пузыре 50 мл жидкой темно-зеленой желчи, слизистая оболочка его темно-зеленая, бархатистая. Просвет внепеченочных желчевыводящих путей свободно проходим. Поджелудочная железа обычных размеров, плотно-эластичная, бледно-серая, на разрезах - дольчатого строения. Селезенка 8х7х5 см, синюшная, малокровна, эластична, без соскоба. Надпочечники листовидной формы, обычных размеров, на разрезах граница слоев четкая. Почки равновелики, 10х6х5 см, дрябло-эластичные. Капсула сползает при надрезе, обнажая ровную поверхность. По краю разреза паренхима наползает на капсулу. На разрезах корковый слой - синюшный, с темно-красным крапом и подчеркнутым рисунком, мозговой слой также с подчеркнутым рисунком, граница слоев отчетливо выражена. Слизистые оболочки лоханок и чашечек бледно-синюшные, гладкие, блестящие, просвет их свободен. Мочеточники проходимы на всем протяжении, с бледно-серой слизистой. Мочевой пузырь пуст, слизистая оболочка его складчатая, бледно-серая, уретра свободно проходима. Яичники с множественными кистами с прозрачным содержимым. Матка обычных размеров, в полости немного смешанных свертков крови, в слизистой – инфильтрация кровью.

**А К Т** Судебно-гистологического исследования № 1236. ЗАКЛЮЧЕНИЕ Печень – хронический персистирующий гепатит с внутридольковыми холестазами и жировым гепатозом 3 ст. Матка – эндометрий отсутствует, в полости – наложения свертков крови. Яичники с фолликулярными кистами. В маточной трубе хронический аднексит вне обострения. Миокард – малокровие сосудов, умеренный перивазальный склероз. Легкие – картина отека с геморрагическим компонентом. Почки – неравномерное кровенаполнение сосудов. Головной мозг – периваскулярный и перицеллюлярный отек.

Задание:

1.Какие дополнительные исследования необходимо провести?

2.Зашифровать заболевание в свидетельстве о смерти?

3.Составить судебно-медицинский диагноз?

4.Определить наличие телесных повреждений?

5.Установить причину смерти?

Ответы:

* 1. 1.Из трупа взяты: для судебно-гистологического исследования кусочки внутренних органов на патоморфологические изменения; для судебно-химического исследования кровь и моча на наличие алкоголя.
  2. 2.Свидетельство о смерти. В) Хронический персистирующий гепатит
  3. 3.СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКИЙ ДИАГНОЗ. Хронический персистирующий гепатит с внутридольковым холестазом и жировым гепатозом 3 ст. Осложнения: паренхиматозная желтуха, геморрагический синдром - маточное кровотечение, постгеморрагическая анемия, малокровие и неравномерное кровенаполнение внутренних органов, пятна Минакова под эндокардом левого желудочка сердца, точечные кровоизлияния под висцеральную плевру; отек и набухание головного мозга; отек легких с геморрагическим компонентом; венозное малокровие внутренних органов.
  4. 4.При судебно-медицинском исследовании трупа телесные повреждения не обнаружены.
  5. 5.Смерть наступила в результате заболевания, верифицированного как хронический персистирующий гепатит с внутридольковым холестазом и жировым гепатозом 3 степени, обусловившим нарушения свертывающей системы крови и, осложнившегося геморрагическим синдромом с соответствующими клинико-морфологическими проявлениями (см. диагноз). Заключение подтверждается картиной, найденной на вскрытии и данными медицинской документации. Данных в истории болезни о наличия алкоголя в крови пострадавшей не обнаружено.

**Задача № 2** (УК-1,  ПК-1,  ПК-2, ПК-3,  ПК-6,  ПК-7,  ПК-8,  ПК-9, ПК-10 )

ИССЛЕДОВАНИЕ ТРУПА ПРОВОДИТСЯ ДЛЯ УСТАНОВЛЕНИЯ ПРИЧИНЫ СМЕРТИ

**ОБСТОЯТЕЛЬСТВА ДЕЛА.** В направлении на судебно-медицинское исследование трупа не указаны.

Представлена медицинская карта стационарного больного № 31436 из ГКБ № 6 на имя Андреева В.В., 1966 г.р., который 10.11.07 в 18-30 бригадой скорой помощи был доставлен в 1 хирургическое отделение с жалобами на боли в эпигастральной области, в правом подреберье, тошноту, рвоту, сухость во рту. Заболел остро 9.11.07 после погрешности в диете и злоупотребления алкоголем, когда появились вышеперечисленные жалобы. В связи с выраженным болевым синдромом бригадой скорой помощи доставлен в приемное отделение ГКБ № 6. Из анамнеза оперирован по поводу туберкуломы левого легкого в 1992 году лобэктомия слева. в 1982 г гепатит А. 10.11.07 – вскрытие бурсита. При поступлении состояние тяжелое, в сознании, заторможен. Телосложение нормостеническое. Кожные покровы и видимые слизистые чистые, обычного цвета. Периферические лимфоузлы не пальпируются. Видимой патологии Костно-суставной системы не выявлено. Дыхание везикулярное с жестким оттенком, хрипов нет. АД 100/60 мм.рт.ст. Пульс 82 в минуту. Симптом 12 ребра отрицательный с обеих сторон. Периферических отеков нет. Язык суховат, обложен белым налетом. Живот в акте дыхания участвует равномерно, не вздут, мягкий, при пальпации болезненный в эпигастрии и правом подреберье. Симптомы раздражения брюшины отрицательные. Печень по краю реберной дуги, печеночная тупость сохранена. Притупления перкуторного звука в отлогих местах живота не выявлено. Перистальтика выслушивается. Тонус сфинктера сохранен. Болезненности, нависания стенок кишки нет. На перчатке следы кала коричневого цвета. Левое бедро, голень умеренно инфильтрированы. В области передней поверхности коленного сустава 3 раны 3х1 см с дренажами, гнойное отделяемое. Раны санированы. При ревизии зондом затеков не выявлено. Повязка с гипертоническим раствором. Проведено ультразвуковое исследование № 80 от 10.11.07г. заключение: УЗ-признаки гепатомегалии, диффузных изменений печени и поджелудочной железы, хронического холецистита (обострение). В дальнейшем состояние больного без динамики. В сознании, адекватен. Боли в животе не беспокоят. 14.11.07 в 4-00 состояние больного ухудшилось, сознание – сопор, АД 80/60 мм.рт.ст. Дыхание ослаблено. В 7-20 на фоне нарастающих явлений полиорганной недостаточности наступила остановка сердечной деятельности. Реанимационные мероприятия не эффективны. В 7-30 14.11.07г. констатирована смерть больного.

ПОСМЕРТНЫЙ ДИАГНОЗ. Токсический гепатит. *Осложнения.* Эндотоксикоз. Полиорганная недостаточность. *Конкурирующий.* Гнойный бурсит левого коленного сустава. Флегмона левого бедра. Сепсис. *Сопутствующий.* Пневмония. Туберкулез легких. Алкогольная болезнь. Хронический панкреатит.

Алкоголь – данных нет.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Данные анализов | | | | |
| Параметры  дата | 10.11 | 13.11 |  |  |
| гемоглобин | 110 | 119 |  |  |
| лейкоциты | 26,2 | 8,0 |  |  |
| Юные |  | 1 |  |  |
| палочкоядерные |  | 56 |  |  |
| сегментоядерные |  | 34 |  |  |
| лимфоциты |  | 6 |  |  |
| моноциты |  | 3 |  |  |
| Дегенеративные изменения нейтрофилов |  | + |  |  |
| Анизоцитоз |  | + |  |  |
| Полихромазия |  | + |  |  |
| Амилаза | 24 | 2,5 |  |  |
| мочевина | 6,1 | 12,9 |  |  |
| Билирубин общ. | 41,8 | 79,8 |  |  |
| Прямой | 28,8 | 77,3 |  |  |
| непрямой | 13,0 | 2,5 |  |  |
| Белок крови |  | 64,0 |  |  |
| Калий | 4,2 |  |  |  |
| Натрий | 160 |  |  |  |
| сахар | 6,0 |  |  |  |
| Уд. вес мочи |  | 1021 |  |  |
| Белок мочи |  | 50 |  |  |
| Лейкоциты мочи |  | 0-0-2 |  |  |

НАРУЖНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ. Труп мужчины, доставлен без одежды, среднего телосложения, правильного удовлетворительного питания, длиной тела 180 см. Левая нижняя конечность по всем отделам багрово-синюшная (кроме стопы) с большим количеством отслоившихся пузырей, обнажающих мокнущую черно-красную поверхность. Стопа слева с отеком подкожной клетчатки. Пастозность правой голени. На коленном суставе слева по передней поверхности 3 операционных разреза длиной по 1 см, в которые вставлены резиновые дренажи. При вскрытии полости левого коленного сустава, в полости прозрачная желтоватая слизь, выстилка сустава блестящая. Мышцы левых ягодичной области и бедра с участками студневидного отека, визуальных данных за гнойное воспаление не выявлено. Кожа бледно-серая, холодная на ощупь во всех отделах, в отлогих местах тела сливные, фиолетовые, не исчезающие и не меняющие цвет при надавливании трупные пятна. Трупное окоченение достаточно выражено во всех обычно исследуемых группах мышц. Склеры глаз мутные, тусклые, суховаты, кровоизлияний в соединительные оболочки глаз не отмечается, иктеричность склер зрачки равновелики по 0,4 см диаметром. Голова правильной формы, кости черепа и лицевого скелета на ощупь целы. Грудная клетка цилиндрическая, эластичная, упругая, ребра на ощупь целы. Живот на одном уровне с грудной клеткой. Естественные отверстия тела и полости рта и носоглотки свободны, чистые. Слизистая оболочка губ синюшная, подсохшая. Анальное отверстие сомкнуто, кожа вокруг него слегка обпачкана каловыми массами. Половые органы развиты правильно. Кости конечностей целы. Множественные татуировки на плечах, груди и нижних конечностях, спине. Полное отсутствие 1-4 зубов на верхней челюсти с обеих сторон.

ПОВРЕЖДЕНИЯ.

Каких-либо повреждений, кроме следов медицинских манипуляций, при исследовании не обнаружено. При проведении воздушной пробы – воздух из плевральных полостей и полостей сердца не получен. При проведении судебно-медицинского исследования трупа использовались: кожные разрезы по методу **Шора**.

ВНУТРЕННЕЕ ИССЛЕДОВАНИЕ

Извлечение органокомплекса произведено по методу **Шора,** с распилом ребер спереди. Череп вскрывался угловым распилом.

Масса органов.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Масса | **№ 336** | норма |
| Мозг | **1200** | До 1400 |
| Легкое правое | **690** | 450 |
| Левое | **560** | 375 |
| Сердце | **300** | 200-400 |
| Печень | **1600** | 1200-2000 |
| Селезенка | **250** | 80-180 |
| Почки обе | **450** | 275-310 |
| Правая/Левая | **200\250** |  |

ПОЛОСТЬ ЧЕРЕПА. Головной мозг исследовался методом Вирхова. Кожно-мышечный лоскут головы блестящий, полнокровный, без кровоизлияний и повреждений. Кости свода и основания черепа целы. Твердая мозговая оболочка напряжена, серо-желтого цвета, блестящая, в синусах ее темная жидкая кровь в большом количестве. Субдуральное пространство свободно. Мягкие мозговые оболочки тонкие, прозрачные с полнокровными сосудами, походу которых рассеянные точечные субарахноидальные кровоизлияния в глубине борозд. Сглаженность борозд и извилин отсутствует. Головной мозг дрябло-эластичный, на разрезах с четкой границей серого и белого вещества и мраморным рисунком подкорковых ядер. Поверхности разрезов тускловаты, липнут к лезвию ножа. Желудочки мозга симметричны, обычного объема, эпендима их бледно-серая, блестящая, влажная, в полостях желудочков следы прозрачной соломенного цвета жидкости. Сосудистые сплетения обычного вида, полнокровны.

ОРГАНЫ ШЕИ, ГРУДНОЙ И БРЮШНОЙ ПОЛОСТЕЙ: язык синюшный, влажный, обложен серовато-желтым, не снимающимся налетом. Слизистые оболочки носоглотки синюшные, влажные, блестящие. В мягких тканях шеи повреждений и кровоизлияний не обнаружено. В плевральных полостях следы прозрачной жидкости, легкие выполняют 2\3 полостей, с блестящей, гладкой и влажной плеврой, слева отсутствует верхняя доля, долевой бронх заканчивается мешотчатым образованием.. Органы брюшной полости расположены анатомически правильно, в полости следы прозрачной жидкости соломенного цвета. Листки брюшины гладкие, влажные, блестящие. Просвет пищевода свободен, слизистая его бледно-серая, продольно складчатая. Вход и просвет гортани свободен, слизистая оболочка ее бледно-серая. Подъязычная кость и хрящи гортани целы, в мягких тканях ее повреждений не обнаружено. Просвет трахеи и главных бронхов свободен, хрящи трахеи целы. Щитовидная железа обычных размеров, с равновеликими долями, плотно-эластичная, темно-коричневая, на разрезе полнокровна, дольчатого строения. Аорта эластична, со следами жидкой крови в просвете и рассеянными липидными пятнами и множественными атеросклеротическими бляшками в разных стадиях развития в интиме. Легкие темно-синюшные, тестоватой консистенции, на разрезах темно-красные с обычным рисунком, полнокровны. Слизистые оболочки воздухо-проводящих путей бледно-серые. Бифуркационные лимфоузлы располагаются в виде пакетов диаметром от 1 до 2 см, эластичные, не спаянные между собой и с окружающими тканями, темно-синюшные, на разрезах сочные, с обычным рисунком. В полости перикарда 100 мл мутной с хлопьями фибрина жидкости. Сердце 12х11х10 см. Эпикард тусклый, по задней стенке с наложениями фибрина розового цвета. В полостях сердца смешанные свертки крови. Миокард тусклый, на разрезах миокард левого желудочка по всем отделам красно-синюшного цвета, дряблый. Толщина стенки правого желудочка 0,3 см, левого 1,2 см. Клапанный и пристеночный эндокард утолщен, мутный, клапаны сформированы правильно. Коронарные артерии с тонкими стенками, пустым просветом. Желудок пустой, содержимое кишечника отделам соответствует, слизистые оболочки желудочно-кишечного тракта бледно-серые. Мезентериальные лимфоузлы располагаются раздельно, диаметр их не более 1 см, эластичны. Печень 25х17х10х9 см желтовато-зеленоватая с поверхности и на разрезах, плотно-эластичная с мелкобугристой поверхностью. Селезенка 12х8х5 см, дряблая, с обильным соскобом, темно-красная. Просвет внепеченочных желчевыводящих путей свободно проходим. Поджелудочная железа обычных размеров, плотно-эластичная, бледно-серая, на разрезах – дольчатого строения. Надпочечники листовидной формы, обычных размеров, на разрезах граница слоев четкая. Почки дряблые, 15х8х5, равновелики, на разрезах с неразличимыми синюшными слоями, малокровны. Капсула сползает при надрезе, обнажая ровную поверхность. Слизистые оболочки лоханок и чашечек бледно-синюшные, гладкие, блестящие, просвет их свободен. Мочеточники проходимы на всем протяжении, с бледно-серой слизистой. Мочевой пузырь пуст, слизистая оболочка его складчатая, бледно-серая, уретра свободно проходима.

**А К Т** Судебно-гистологического исследования № 7054. ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Под маркировкой «а» - мягкие ткани бедра с выраженным межуточным отеком, рассеянными очагами межуточной лейкоцитарной инфильтрации, множественными некрозами мышц и некрозом кожи.

Почки – множественные очаги перивазальной лейкоцитарной инфильтрации с микронекрозами почечной паренхимы, неравномерное кровенаполнение капилляров с набуханием мезангия клубочков, эозинофильные зернистые массы в просвете капсулы Шумлянского. Очаговый некронефроз.

Печень – картина межуточного гепатита с множественными некрозами гепатоцитов в 3 и 2 зонах ацинуса, хронический гепатит вне обострения с формирующимся микронодуллярным циррозом печени.

Миокард – межуточный отек, наложение фибрина на эпикарде со стазом крови в эпикардиальной клетчатке. Неравномерная гипертрофия кардиоцитов. Неравномерное кровенаполнение сосудов миокарда.

Легкие – стаз крови в сосудах микроциркуляции с агрегацией эритроцитов вплоть до сладж феномена. Интерстициальные кровоизлияния и межуточный отек. Очаговые дистелектазы. Перивазальный, перибронхиальный и очаговый паренхиматозный пневмосклероз.

Селезенка – картина миелоидной метаплазии.

**Задание**:

1.Какие дополнительные исследования необходимо провести?

2.Зашифровать заболевание в свидетельстве о смерти?

3.Составить судебно-медицинский диагноз?

4.Определить наличие телесных повреждений?

5.Установить причину смерти?

Ответы:

1.Из трупа взяты: для судебно-гистологического исследования кусочки внутренних органов на патоморфологические изменения; для судебно-химического исследования кровь и моча на наличие алкоголя.

2.Свидетельство о смерти. В) сепсис, септикопиемия. А 41.8.2.

3.СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКИЙ ДИАГНОЗ. Сепсис, септикопиемия: флегмона левого бедра, апостематозный пиелонефрит, межуточный гепатит с центродольковыми некрозами гепатоцитов, фибринозный перикардит, миелоидная метаплазия селезенки. Осложнения: очаговый некронефроз, неравномерное кровенаполнение сосудов микроциркуляции с агрегацией эритроцитов вплоть до сладж-феномена, межуточный отек легких. Сопутствующее: хронический гепатит с формирующимся микронодуллярным циррозом печени вне фазы обострения.

4.Смерть наступила в результате заболевания – сепсиса, септико-пиемической формы, входными воротами которого явилась флегмона левого бедра с развитием гнойного воспаления в почках и печени, с фибринозным перикардитом. Заболевание обусловило полиорганную недостаточность, явившуюся непосредственной причиной смерти.

5.При судебно-медицинском исследовании трупа телесные повреждения не обнаружены. Данных в истории болезни о наличия алкоголя в крови пострадавшего не обнаружено.

**Задача № 3** (УК-1,  ПК-1,  ПК-2, ПК-3,  ПК-6,  ПК-7,  ПК-8,  ПК-9, ПК-10 )

ИССЛЕДОВАНИЕ ТРУПА ПРОВОДИТСЯ ДЛЯ УСТАНОВЛЕНИЯ ПРИЧИНЫ СМЕРТИ

**ОБСТОЯТЕЛЬСТВА ДЕЛА.** В направлении на судебно-медицинское исследование трупа не указаны.

Представлена медицинская карта стационарного больного из ГКБ на имя Иванова И.И., 1972 г.р., который 7.11.07г. в 11-35 бригадой скорой помощи был доставлен в ХО-3 с жалобами на боль в заднем проходе, галлюцинации, сухость во рту, бессонницу. Со слов больного употребляет алкоголь в течении месяца. Последние 2-3 дня появились галлюцинации. Момент травмы или начало заболевания не помнит. При поступлении состояние больного тяжелое. Делирий, периоды психомоторного возбуждения. Костно-мышечная система без видимой патологии. Температура тела 35,2 градуса. Язык обложен белым налетом. Дыхание проводится по всем полям, хрипов нет. АД 90\50 мм.рт.ст. Пульс 91\мин. Живот обычной формы, симметричный, не вздут, мягкий, безболезненный. Печень, селезенка не увеличены. На перианальной области, с распространением на обе ягодицы, имеется гнойно-некротическая рана 10х7 см с демаркационной линией глубиной до 0,7 см. Анус зияет, тонус сфинктера отсутствует, слизистая анального канала розового цвета с наличием гематом. Больному показана операция некрэктомия после стабилизации состояния. Больной осмотрен токсикологом, на момент осмотра данных за острое отравление нет. Имеет место с-м алкогольной зависимости, с-м отмены с алкогольным делирием. Осмотрен психиатром, состояние больного расценено как синдром отмены алкоголя с делирием. В 12-55 состояние больного крайней степени тяжести, без сознания, пульсации на сосудах шеи не определяется. Дыхание отсутствует. Начаты реанимационные мероприятия, вызван дежурный реаниматолог. Реанимационные мероприятия в течение 30 минут без эффекта. Зрачки максимально расширены, фотореакции нет. В отлогих местах гипостатические пятна. На ЭКГ, регистрируемой параллельно реанимационным мероприятия, стойкая асистолия. 7.11.07г. в 13-30 констатирована смерть.

ПОСМЕРТНЫЙ ДИАГНОЗ. Гнойно-некротическая рана промежности и анального канала (травматического генеза?). *Конкурирующий.* Отравление суррогатами алкоголя. Синдром отмены алкоголя с делирием. *Фон*. Алкогольная энцефалопатия. Цирроз печени? *Осложнения.* Острая сердечно-сосудистая, дыхательная недостаточность.

Алкоголь – данных нет.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Данные анализов | | | | |
| Параметры  дата | 7.11 |  |  |  |
| гемоглобин | 145 |  |  |  |
| лейкоциты | 5,1 |  |  |  |
| палочкоядерные | 46 |  |  |  |
| сегментоядерные | 43 |  |  |  |
| лимфоциты | 10 |  |  |  |
| моноциты | 1 |  |  |  |
| Дегенеративные изменения нейтрофилов | + |  |  |  |
| Анизоцитоз | + |  |  |  |
| Пойкилоцитоз | + |  |  |  |
| РОЭ | 41 |  |  |  |

НАРУЖНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ. Труп мужчины, доставлен без одежды, среднего телосложения, правильного удовлетворительного питания, длиной тела 165 см. Кожа бледно-серая, холодная на ощупь во всех отделах, в отлогих местах тела сливные, фиолетовые, не исчезающие и не меняющие цвет при надавливании трупные пятна. Трупное окоченение достаточно выражено во всех обычно исследуемых группах мышц. Склеры глаз мутные, тусклые, суховаты, кровоизлияний в соединительные оболочки глаз не отмечается, зрачки равновелики по 0,6 см диаметром. Голова правильной формы, кости черепа и лицевого скелета на ощупь целы. Грудная клетка цилиндрическая, эластичная, упругая, ребра на ощупь целы. Живот на одном уровне с грудной клеткой. Слизистая оболочка губ синюшная, подсохшая. Половые органы развиты правильно, без повре6ждений, яички в мошонке. Кости конечностей целы. Анальное отверстие зияет, слизистая прямой кишки вывернута наружу на 5 см, диаметр анального отверстия 7 см. Множественные радиально ориентированные щелевидные дефекты анального сфинктера глубиной до 0,5 см, с грязно-серым дном с наложениями фибрина, длиной до 2 см, с отеком, массивными кровоизлияниями по всему анальному кольцу с наложением фибрина. В коже, окружающей анальную область, на участке диаметром 12 см эпидермис отслоен в виде пузырей с обнажением дермы, поверхность мокнущая, серовато-желтая с наложением фибрина. Кожа вне этого участка не изменена.

ПОВРЕЖДЕНИЯ. Справа в верхнем квадранте ягодичной области ссадина, горизонтально ориентированная треугольной формы основанием вниз, длина основания 5 см, левое ребро 4 см, правое ребро 2 см. Слущивание эпидермиса снизу вверх, дно западает, покрыто сухой бурой коркой.

В обоих локтевых сгибах следы инъекций.

Каких-либо других повреждений. При проведении воздушной пробы – воздух из плевральных полостей и полостей сердца не получен. При проведении судебно-медицинского исследования трупа использовались: кожные разрезы по методу **Шора,**.

ВНУТРЕННЕЕ ИССЛЕДОВАНИЕ

Извлечение органокомплекса произведено по методу **Шора,** с распилом ребер спереди. Череп вскрывался угловым распилом.

Масса органов.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Масса | **№ 329** | норма |
| Мозг | **1200** | До 1400 |
| Легкое правое | **950** | 450 |
| левое | **890** | 375 |
| Сердце | **420** | 200-400 |
| Печень | **2800** | 1200-2000 |
| Селезенка | **320** | 80-180 |
| Почки обе | **340** | 275-310 |
| Правая/Левая | **170/170** |  |

ПОЛОСТЬ ЧЕРЕПА. Головной мозг исследовался методом Вирхова. Кожно-мышечный лоскут головы блестящий, полнокровный, без кровоизлияний и повреждений. Кости свода и основания черепа целы. Твердая мозговая оболочка напряжена, серо-перламутрового цвета, блестящая, в синусах ее темная жидкая кровь в большом количестве. Субдуральное пространство свободно. Мягкие мозговые оболочки тонкие, прозрачные с полнокровными сосудами, походу которых рассеянные точечные субарахноидальные кровоизлияния в глубине борозд. Борозды мозга несколько сглажены, извилины слегка уплощены. Головной мозг эластичный, на разрезах с четкой границей серого и белого вещества и мраморным рисунком подкорковых ядер. Поверхности разрезов тускловаты, липнут к лезвию ножа. Желудочки мозга симметричны, обычного объема, эпендима их бледно-серая, блестящая, влажная, в полостях желудочков следы прозрачной соломенного цвета жидкости. Сосудистые сплетения обычного вида, полнокровны.

ОРГАНЫ ШЕИ, ГРУДНОЙ И БРЮШНОЙ ПОЛОСТЕЙ:

При ревизии мягких тканей малого таза - мышцы околоанальной области тусклые, грязно-коричневые. Прямая кишка выделена вместе с органами малого таза. При ее ревизии и вскрытии - периметр прямой кишки 20 см в области сфинктера, 12 см - в 14 см от сфинктера. На протяжении этих 14 см сплошная инфильтрация слизистой кровью кольцевидного характера с продольными щелевидными дефектами слизистой оболочки до мышечного слоя, с грязно-серым дном, в количестве 3-х длиной по 5 см. Просвет прямой кишки и нижних отделов сигмовидной кишки в 25 см от сфинктера пустой, далее оформленные каловые массы. Простата обычного вида, плотная.

Язык синюшный, влажный, обложен серовато-желтым, не снимающимся налетом. Слизистые оболочки носоглотки синюшные, влажные, блестящие. В мягких тканях шеи повреждений и кровоизлияний не обнаружено. В плевральных полостях следы прозрачной жидкости, легкие выполняют 2/3 полостей, с блестящей, гладкой и влажной плеврой. Органы брюшной полости расположены анатомически правильно, в полости следы прозрачной жидкости соломенного цвета. Листки брюшины гладкие, влажные, блестящие. Просвет пищевода свободен, слизистая его бледно-серая, продольно складчатая. Вход и просвет гортани свободен, слизистая оболочка ее бледно-серая. Подъязычная кость и хрящи гортани целы, в мягких тканях ее повреждений не обнаружено. Просвет трахеи и главных бронхов свободен, хрящи трахеи целы. Щитовидная железа обычных размеров, с равновеликими долями, плотно-эластичная, темно-коричневая, на разрезе полнокровна, дольчатого строения. Аорта эластична, со следами жидкой крови в просвете и рассеянными липидными пятнами в интиме.

Под висцеральной плеврой, особенно, в прикорневых отделах легких и по базальным поверхностям, множественные точечные кровоизлияния. Легкие синюшные в передних и темно-синюшные в задних отделах, равномерно уплотнены, «тяжелые», на разрезах темно-красные с обычным рисунком, полнокровны. Слизистые оболочки воздухо-проводящих путей светло-розовые, набухшие. Бифуркационные лимфоузлы располагаются в виде пакетов диаметром от 1 до 2 см, эластичные, не спаянные между собой и с окружающими тканями, темно-синюшные, на разрезах сочные, с обычным рисунком. В полости перикарда следы прозрачной жидкости, листки его гладкие, влажные, блестящие. Сердце дрябло-эластичное, 14х13х12 см, с избыточным отложением жира под эпикардом. В полостях сердца следы жидкой крови. Миокард розовато-коричне5вый, тусклый, дряблый, неравномерного кровенаполнения. Толщина стенки правого желудочка 0,3 см, левого 1,4 см. Клапанный и пристеночный эндокард утолщен, мутный, клапаны сформированы правильно. Коронарные артерии с тонкими стенками, пустым просветом.

Желудок пустой, содержимое кишечника отделам соответствует, слизистые оболочки желудочно-кишечного тракта бледно-серые (прямая кишка описана выше). Мезентериальные лимфоузлы располагаются раздельно, диаметр их не более 1 см, эластичны. Печень 29х20х18х16 см, плотно-эластичная, желтая с поверхности и на разрезах, полнокровная, со смазанным рисунком долек. Просвет внепеченочных желчевыводящих путей свободно проходим. Поджелудочная железа обычных размеров, плотно-эластичная, бледно-серая, на разрезах – дольчатого строения. Селезенка 16х14х10 см, дряблая, на разрезах с обильным соскобом пульпы. Надпочечники листовидной формы, обычных размеров, на разрезах граница слоев четкая. Почки равновелики, 12х9х7 см, дряблые. Капсула сползает при надрезе, обнажая ровную поверхность. По краю разреза паренхима наползает на капсулу. На разрезах корковый слой – бледно-синюшный, с темно-красным крапом и смазанным рисунком, мозговой слой с подчеркнутым рисунком, граница слоев отчетливо выражена с полнокровием юкстамедуллярной зоны. Слизистые оболочки лоханок и чашечек бледно-синюшные, гладкие, блестящие, просвет их свободен. Мочеточники проходимы на всем протяжении, с бледно-серой слизистой. Мочевой пузырь с 200 мл прозрачной мочи, слизистая оболочка его складчатая, бледно-серая, уретра свободно проходима.

**ДАННЫЕ ДОПОЛНИТЕЛЬНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ.**

Представлен акт судебно-химического исследования от 26.11.07г. При судебно-химическом исследовании биологического материала не обнаружены: в крови, в моче, в биоткани с места инъекций – алколоид опия – морфин; в моче – производные барбитровой кислоты, производные фенотиазина, 1,4-бензодиазепина, промедол, димедрол, кодеин, кокаин, клофелин, циклодол, карбамазепин, делагил, лепонекс, амитриптилин; в моче – карбонаты, нитраты, нитриты, хлораты; в крови и моче – метиловый, пропиловые, бутиловые, амиловые спирты, ядовитые галогенпроизводные, ацетон, бензол, толуол, ксилол. Обнаружена активность ацетилхолинэстеразы в крови 359,3 Е Хестрина\г Нв при норме 282-380 Е Хестрина\г Нв, акт судебно-биохимического исследования № 2461 от 19 ноября 2007 года.

Представлен акт судебно-химического исследования от 19.11.07г. При судебно-химическом исследовании вещественных доказательств, изъятых при вскрытии трупа, этиловый спирт не обнаружен.

**А К Т** Судебно-гистологического исследования, произведено исследование кусочков внутренних органов от трупа Иванова И.И., 1972 г.р. ЗАКЛЮЧЕНИЕ. Под маркером «а» прямая кишка со сфинктером и окружающей ее мышцами и клетчаткой: тотальный некроз слизистой и стенки прямой кишки с множественными диффузными кровоизлияниями с гемолизом эритроцитов, часть из кровоизлияний со скоплениями глыбок гемосидерина и наличием гемосидерофагов. В окружающих кишку мышцах и жировой клетчатке гнойное воспаление с микроабсцедированием. Вены прямой кишки с эктазированным просветом, выполненным красными тромбами.

Под маркером «б» простата – воспаления в протоках простаты не выявлено.

Селезенка – картина миелоидной метаплазии, полнокровие синусов и пульпы.

Печень – крупнокапельная жировая дистрофия гепатоцитов с дискомплексацией печеночных балок, умеренная мононуклеарная инфильтрация и склероз области триад.

Миокард – межуточный отек, фрагментация кардиоцитов, в поляризованном свете часть кардиоцитов с контрактурными изменениями 2-3 степени. Стаз крови в сосудах с агрегацией эритроцитов. В части полей зрения группы гепатоцитов с набухшей мутной цитоплазмой, с потерей поперечной исчерченности, с накоплением в цитоплазме бурого пигмента и лизисом ядер.

Почки – часть клубочков малокровны с частичным некрозом капиллярных петель, часть клубочков с неравномерным кровенаполнением и набуханием мезангия. Просвет капсулы Шумлянского свободен. Очаговый некронефроз. Стаз крови в сосудах юкстамедуллярной зоны с агрегацией эритроцитов.

Легкие – межуточный отек, стаз крови в сосудах микроциркуляции с выраженным полнокровием капилляров, агрегация эритроцитов в сосудах микроциркуляции вплоть до сладж-феномена. В просвете альвеол незначительное количество гемосидерофагов.

Головной мозг – перивазальный отек в мягких мозговых оболочках, периваскулярный и перицеллюлярный отек головного мозга. Стаз крови в сосудах микроциркуляции с агрегацией эритроцитов, диапедезные кровоизлияния. Нейроны в разных стадиях некробиоза – от острого набухания, до клеток теней без реакции микроглии.

Задание:

1. Какие дополнительные исследования необходимо провести?

2.Зашифровать заболевание в свидетельстве о смерти?

3.Составить судебно-медицинский диагноз?

4.Определить наличие телесных повреждений?

5.Установить причину смерти?

Ответы:

1.Из трупа для судебно-гистологического исследования взяты кусочки внутренних органов на патоморфологические изменения. Для судебно-химического исследования кровь и моча на наличие алкоголя. В качестве вещественного доказательства кровь на марле. Для судебно-химического исследования кровоизлияния в местах инъекций в локтевых сгибах на наркотики. 2.Свидетельство о смерти А) сепсис, Б) гнойный парапроктит, В) флегмона мягких тканей параректальной области L 03.8.2.

3.СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКИЙ ДИАГНОЗ. Флегмона мягких тканей параректальной области с некрозом стенки прямой кишки. Осложнения: сепсис, септицемия, инфекционно-токсический шок – ДВС-синдром с агрегацией эритроцитов, вплоть до сладж-феномена в сосудах микроциркуляции, точечные кровоизлияния под плевру и эпикард, перивазальные – в веществе головного мозга, жидкая кровь в полостях сердца и крупных сосудов, мелкоочаговые некрозы миокарда и контрактурные изменения 1-3 степени отдельных кардиоцитов, некроз капиллярных петель части клубочков почек, очаговый некронефроз, миелоидная метаплазия селезенки. отек и набухание головного мозга; интерстициальный отек легких; неравномерное кровенаполнение внутренних органов; выпадение прямой кишки. Соп. Жировой гепатоз 2 степени, хронический персистирующий гепатит, геморрой.

4.При судебно-медицинском исследовании трупа телесные повреждения не обнаружены.

5.Смерть наступила в результате заболевания – флегмоны мягких тканей параректальной области, осложнившейся сепсисом, септицемической формой, проявлением которого стал инфекционно-токсический шок с развитием ДВС-синдрома, микронекрозами в миокарде, почках и миелоидной метаплазией селезенки. Данных в истории болезни о наличия алкоголя в крови пострадавшего не обнаружено.

Задача № 4

**ОБСТОЯТЕЛЬСТВА ДЕЛА.** В направлении на судебно-медицинское исследование трупа не указаны.

Представлена медицинская карта стационарного больного № на Неизвестного мужчину № 1, около 35 лет, который 4.11.07г. в 12-00 бригадой скорой помощи был доставлен в НХО-2 с нарушением сознания. Со слов врача скорой помощи взят с ул. Высотной, 2 «е» из медвытрезвителя. При поступлении состояние больного ближе к тяжелому. Кожные покровы и видимые слизистые сухие, бледные. Костно-мышечная система без видимой патологии. В легких дыхание проводится по всем полям, хрипов нет. ЧДД 18\мин. Пульс 68\мин. АД 130\90 мм.рт.ст. Живот симметричен, не вздут, на пальпацию не реагирует. Сознание нарушено по типу оглушение 3 – сопор. Зрачки узковаты, равны, Фотореакция сохранена. Парезов, параличей нет, мышечный тонус высокий. Сухожильные рефлексы равны. Ригидность мышц затылочка до 2 см. Симптом Кернига 160 градусов. Патологические стопные знаки не вызываются. Отоназоликвореи не выявлено. Кровоподтеки в параорбитальных областях. Диагноз: ЗЧМТ? Алкогольная энцефалопатия. Рентгенограмму черепа выполнить не удалось, больной не выполняет укладку. При ЭХО-ЭС масса дополнительных эхо сигналов. При осмотре дежурным нейрохирургом 5.11.07 состояние больного средней степени тяжести. Жалобы на умеренную головную боль. Критика снижена. В неврологическом статусе без отрицательной динамики. 06.11. состояние тяжелое, оглушение 3 ст. 06.11.07 проведена компьютерная томография головного мозга № 11185: травматических изменений в костях свода и основания черепа не выявлено; срединные структуры головного мозга не смещены; желудочковая система, субарахноидальные пространства расширены; КТ-признаки смешанной водянки головного мозга. Данных за гематому, контузионные очаги не выявлено. При ЭХО-ЭС от 6.11.07г. отмечается смещение м-эхо слева направо в средне-задних отделах на 1 мм; дополнительные сигналы в передних отделах и справа в средне-задних. Запись от 07.11.07г. в 6-20 вызван дежурной медсестрой. Кожные покровы бледно-розовые с желтушным оттенком. Пульс на крупных венах не определяется. Атония, арефлексия. Реанимационные мероприятия в течение 10 минут без эффекта. В 6-30 07.11.07г. констатирована биологическая смерть больного.

ПОСМЕРТНЫЙ ДИАГНОЗ. Закрытая черепно-мозговая травма. Ушиб головного мозга 3 степени. Ушибы мягких тканей лица. Алкогольная болезнь. Полиорганная недостаточность. Острая сердечно-сосудистая, дыхательная недостаточность. Отек, набухание головного мозга.

Алкоголь – в крови не обнаружен.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Данные анализов | | | | |
| Параметры  дата | 4.11 | 6.11 |  |  |
| эритроциты |  | 4,34 |  |  |
| Цветной п. |  | 1,12 |  |  |
| гемоглобин | 119 | 163 |  |  |
| тромбоциты |  | 307 |  |  |
| гематокрит |  | 42,9 |  |  |
| лейкоциты | 8,6 | 10,8 |  |  |
| эозинофилы | 1 |  |  |  |
| палочкоядерные | 9 | 4 |  |  |
| сегментоядерные | 53 | 68 |  |  |
| лимфоциты | 25 | 16 |  |  |
| моноциты | 12 | 12 |  |  |
| Дегенеративные изменения нейтрофилов | ++ | ++ |  |  |
| Анизоцитоз |  | + |  |  |
| РОЭ |  | 8 |  |  |
| Амилаза | 141 |  |  |  |
| мочевина | 5,6 |  |  |  |
| Билирубин общ. | 16,5 |  |  |  |
| Прямой | 5,9 |  |  |  |
| непрямой | 10,6 |  |  |  |
| Белок крови | 79,0 |  |  |  |
| сахар | 6,4 |  |  |  |

НАРУЖНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ. Труп мужчины, доставлен без одежды, среднего телосложения, правильного удовлетворительного питания, длиной тела 168 см. Кожа бледно-серая, холодная на ощупь во всех отделах, в отлогих местах тела сливные, фиолетовые, не исчезающие и не меняющие цвет при надавливании трупные пятна. Трупное окоченение достаточно выражено во всех обычно исследуемых группах мышц. Склеры глаз мутные, тусклые, суховаты, кровоизлияний в соединительные оболочки глаз не отмечается, зрачки равновелики по 0,4 см диаметром. Голова правильной формы, кости черепа и лицевого скелета на ощупь целы. Грудная клетка цилиндрическая, эластичная, упругая, ребра на ощупь целы. Живот на одном уровне с грудной клеткой. Естественные отверстия тела и полости рта и носоглотки свободны, чистые. Слизистая оболочка губ синюшная, подсохшая. Анальное отверстие сомкнуто, кожа вокруг него слегка обпачкана каловыми массами. Половые органы развиты правильно. Кости конечностей целы.

ПОВРЕЖДЕНИЯ. Багрово-синюшные кровоподтеки вокруг глаз: справа диаметром 5 см, слева – 3 см. Ссадина 2х1 см в левой скуловой области. Синюшные кровоподтеки по тыльной поверхности обоих кистей рук.

Каких-либо других повреждений, кроме следов медицинских манипуляций, при исследовании не обнаружено. При проведении воздушной пробы – воздух из плевральных полостей и полостей сердца не получен. При проведении судебно-медицинского исследования трупа использовались: кожные разрезы по методу **Шора**.

СЛОВЕСНЫЙ ПОРТРЕТ И АНТРОПОМЕТРИЧЕСКИЕ ДАННЫЕ:

Лицо европейского типа, круглое. Волосы на голове сбриты. Лоб высокий прямой с залысинами. Брови густые не сросшиеся. Глаза серые. Спинка носа прямая, крылья носа узкие. Губы полные. Подбородок прямоугольный. На верхней челюсти отсутствуют: левый 1 зуб и все зубы после второго слева, 2, 4 и 5 зубы справа. Окружность головы 56 см, груди – 96 см, шеи – 38 см. Длина стоп 25 см.

*Особые приметы:* на левом плече татуировка льва с короной и мечом, на грудной клетке слева татуировка вертикально расположенного меча с крыльями, на правом плече татуировка цветка и надпись COLDEN STAR, на правом предплечье надпись латинскими буквами неразборчивая из-за округлого диаметром 5 см рубца цвета кожи на надписи.

ВНУТРЕННЕЕ ИССЛЕДОВАНИЕ

Извлечение органокомплекса произведено по методу **Шора,** с распилом ребер спереди. Череп вскрывался угловым распилом.

Масса органов.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Масса | **№ 328** | Норма |
| Мозг | **1150** | До 1400 |
| Легкое правое | **790** | 450 |
| левое | **810** | 375 |
| Сердце | **300** | 200-400 |
| Печень | **1710** | 1200-2000 |
| Селезенка | **100** | 80-180 |
| Почки обе | **290** | 275-310 |
| Правая/Левая | **140/150** |  |

ПОЛОСТЬ ЧЕРЕПА. Головной мозг исследовался методом Вирхова. Кожно-мышечный лоскут головы блестящий, полнокровный, без кровоизлияний и повреждений. Кости свода и основания черепа целы. Твердая мозговая оболочка напряжена, серо-перламутрового цвета, блестящая, в синусах ее темная жидкая кровь в большом количестве. Субдуральное пространство свободно. Мягкие мозговые оболочки тонкие, прозрачные с полнокровными сосудами, походу которых рассеянные точечные субарахноидальные кровоизлияния в глубине борозд. Борозды мозга несколько сглажены, извилины слегка уплощены. Головной мозг дрябло-эластичный, на разрезах с четкой границей серого и белого вещества и мраморным рисунком подкорковых ядер. Поверхности разрезов тускловаты, липнут к лезвию ножа. Желудочки мозга симметричны, обычного объема, эпендима их бледно-серая, блестящая, влажная, в полостях желудочков следы прозрачной соломенного цвета жидкости. Сосудистые сплетения обычного вида, полнокровны.

ОРГАНЫ ШЕИ, ГРУДНОЙ И БРЮШНОЙ ПОЛОСТЕЙ: язык синюшный, влажный, обложен серовато-желтым, не снимающимся налетом. Слизистые оболочки носоглотки синюшные, влажные, блестящие. В мягких тканях шеи повреждений и кровоизлияний не обнаружено. В плевральных полостях следы прозрачной жидкости, легкие выполняют 2/3 полостей, с блестящей, гладкой и влажной плеврой. Органы брюшной полости расположены анатомически правильно, в полости следы прозрачной жидкости соломенного цвета. Листки брюшины гладкие, влажные, блестящие. Просвет пищевода свободен, слизистая его бледно-серая, продольно складчатая. Вход и просвет гортани свободен, слизистая оболочка ее бледно-серая. Подъязычная кость и хрящи гортани целы, в мягких тканях ее повреждений не обнаружено. Просвет трахеи и главных бронхов свободен, хрящи трахеи целы. Щитовидная железа обычных размеров, с равновеликими долями, плотно-эластичная, темно-коричневая, на разрезе полнокровна, дольчатого строения. Аорта эластична, смешанными свертками крови в просвете и рассеянными липидными пятнами в интиме. Легкие синюшные в передних и темно-синюшные в задних отделах, неравномерно уплотнены, на разрезах пестрые, выбухающие темно-красно-серые очаги чередуются с западающими красными. Над поверхностями разрезов выступают бронхи в виде «гусиных перьев». Слизистые оболочки воздухо-проводящих путей светло-розовые, набухшие. Бифуркационные лимфоузлы располагаются в виде пакетов диаметром от 1 до 2 см, эластичные, не спаянные между собой и с окружающими тканями, темно-синюшные, на разрезах сочные, с обычным рисунком. В полости перикарда следы прозрачной жидкости, листки его гладкие, влажные, блестящие. Сердце дрябло-эластичное, 12х10х9 см. В полостях сердца смешанные свертки крови. Миокард розовато-синюшный, эластичный, неравномерного кровенаполнения. Толщина стенки правого желудочка 0,3 см, левого 1,2 см. Клапанный и пристеночный эндокард тонкий, прозрачный, клапаны сформированы правильно. Коронарные артерии с тонкими стенками, пустым просветом. Желудок пустой, содержимое кишечника отделам соответствует, слизистые оболочки желудочно-кишечного тракта бледно-серые. Мезентериальные лимфоузлы располагаются раздельно, диаметр их не более 1 см, эластичны. Печень 25х18х15х13 см, эластичная, желто-коричневая с зеленоватым крапом, с поверхности и на разрезах, полнокровная, со смазанным рисунком долек. Просвет внепеченочных желчевыводящих путей свободно проходим.В желчном пузыре 50 мл жидкой темно-зеленой желчи. Поджелудочная железа 16х5х4х2 см, плотная с нечетко выраженной дольчатостью, с большим количеством жировых некрозов клетчатки по периферии, на разрезах с множественными жировыми некрозами с нагноением и мелкоочаговыми множественными кровоизлияниями. Селезенка 10х8х5 см, эластичная, синюшная с гипоплазией белой пульпы, на разрезах темно-красная, без соскоба. Надпочечники листовидной формы, обычных размеров, на разрезах граница слоев четкая. Почки равновелики, 10х6х5 см, дрябло-эластичные. Капсула сползает при надрезе, обнажая ровную поверхность. По краю разреза паренхима наползает на капсулу. На разрезах корковый слой - синюшный, с темно-красным крапом и подчеркнутым рисунком, мозговой слой также с подчеркнутым рисунком, граница слоев отчетливо выражена с полнокровием юкстагломерулярной зоны. Слизистые оболочки лоханок и чашечек бледно-синюшные, гладкие, блестящие, просвет их свободен. Мочеточники проходимы на всем протяжении, с бледно-серой слизистой. Мочевой пузырь пуст, слизистая оболочка его складчатая, бледно-серая, уретра свободно проходима.

**АКТ** Судебно-гистологического исследования № 6923. Судебно-медицинским экспертом П., стаж работы свыше 20 лет, категория высшая, произведено исследование кусочков внутренних органов от трупа И., 1977 г.р.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Поджелудочная железа – множественные внутридольковые и междольковые некрозы с выраженной лейкоцитарной инфильтрацией, вплоть до микроабсцессов, очаговыми междольковыми и внутридольковыми кровоизлияниями. Большое количество стеатонекрозов.

Легкие - межальвеолярные перегородки с выраженной лейкоцитарной инфильтрацией и полнокровием капилляров. Очаговые некрозы межальвеолярных перегородок с выполнением полостей альвеол клеточным детритом и сегментоядерными лейкоцитами. Очаговые паренхиматозные кровоизлияния. Гнойный панбронхит. Выраженный внутриальвеолярный отек легких. Периваскулярный и перибронхиальный пневмосклероз. Стаз крови в сосудах.

Крупнокапельная жировая дистрофия гепатоцитов, умеренный внутридольковый холестаз, неравномерное кровенаполнение синусоидов. Воспалительной реакции не выявлено.

Почки – аутолитические изменения, можно говорить только о стазе крови в венах.

Миокард – межуточный отек, стаз крови в венах, малокровие артерий. В поляризованном свете контрактурные изменения единичных кардиоцитов 1-2 степени.

Головной мозг – массивное выпадение нейронов коры с полной потерей гистоархитектоники, межуточный отек мягких мозговых оболочек, периваскулярный и перицеллюлярный отек, неравномерное кровенаполнение сосудов.

Селезенка – полнокровие синусов и пульпы.

Задание:

1.Какие дополнительные исследования необходимо провести?

2.Зашифровать заболевание в свидетельстве о смерти?

3.Составить судебно-медицинский диагноз?

4.Определить наличие телесных повреждений?

5.Установить причину смерти?

Ответы:

1.Из трупа взяты: для судебно-гистологического исследования кусочки внутренних органов на патоморфологические изменения; для судебно-химического исследования кровь и моча на наличие алкоголя.

2.Свидетельство о смерти. В) смешанный панкреонекроз К 85.0.2.

3.СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКИЙ ДИАГНОЗ. Смешанный панкреонекроз: множественные внутридольковые и междольковые некрозы с выраженной лейкоцитарной инфильтрацией, вплоть до микроабсцессов, очаговые междольковые и внутридольковые кровоизлияния, большое количество стеатонекрозов. Осложнения: отек легких с геморрагическим компонентом, отек и набухание головного мозга; контрактурные изменения отдельный кардиоцитов, венозное полнокровие внутренних органов. Сопутствующие: гнойная бронхопневмония, жировой гепатоз 1 степени с внутридольковым холестазом. Энцефалопатия – массивное выпадение нейронов коры головного мозга с потерей гистоархитектоники.

4.При судебно-медицинском исследовании трупа обнаружены следующие телесные повреждения: кровоподтеки вокруг глаз, ссадина в левой скуловой области, кровоподтеки по тыльной поверхности обоих кистей рук. Повреждения не являются опасными для жизни человека, вреда здоровью не причинили и не имеют причинной связи со смертью.

5.Смерть наступила в результате заболевания – смешанной формы панкреонекроза, подтвержденного морфологически (множественные внутридольковые и междольковые некрозы с выраженной лейкоцитарной инфильтрацией, вплоть до микроабсцессов, очаговые междольковые и внутридольковые кровоизлияния, большое количество стеатонекрозов), осложнившегося сердечно-сосудистой недостаточностью с нарушением гемодинамики в сосудах микроциркуляции всех органов, с развитием отека легких с геморрагическим компонентом. При поступлении пострадавшего в стационар в крови не обнаружен этиловый спирт.

**Задача № 5** (УК-1,  ПК-1,  ПК-2, ПК-3,  ПК-6,  ПК-7,  ПК-8,  ПК-9, ПК-10 )

ИССЛЕДОВАНИЕ ТРУПА ПРОВОДИТСЯ ДЛЯ УСТАНОВЛЕНИЯ ПРИЧИНЫ СМЕРТИ

**ОБСТОЯТЕЛЬСТВА ДЕЛА.** В направлении на судебно-медицинское исследование трупа не указаны.

Представлен акт о смерти. Больная А., 63 лет. Доставлена бригадой скорой помощи в 10-00 04.11.2007г. в состоянии клинической смерти в реанимационное отделение ГКБ № 6. Реанимационные мероприятия в течение 30 минут без эффекта. Смерть зарегистрирована в 10-30 04.11.2007г.

НАРУЖНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ. Труп женщины, доставлен без одежды, среднего телосложения, правильного повышенного питания, длиной тела 165 см. Кожа бледно-серая, холодная на ощупь во всех отделах, в отлогих местах тела сливные, фиолетовые, не исчезающие и не меняющие цвет при надавливании трупные пятна. Трупное окоченение достаточно выражено во всех обычно исследуемых группах мышц. Склеры глаз мутные, тусклые, суховаты, кровоизлияний в соединительные оболочки глаз не отмечается, зрачки равновелики по 0,4 см диаметром. Голова правильной формы, кости черепа и лицевого скелета на ощупь целы. Грудная клетка цилиндрическая, эластичная, упругая, ребра на ощупь целы. Живот на одном уровне с грудной клеткой. Естественные отверстия тела и полости рта и носоглотки свободны, чистые. Слизистая оболочка губ синюшная, подсохшая. Анальное отверстие сомкнуто. Половые органы развиты правильно. Кости конечностей целы.

ПОВРЕЖДЕНИЯ. Каких-либо повреждений, кроме следов медицинских манипуляций, при исследовании не обнаружено.

При проведении воздушной пробы – воздух из плевральных полостей и полостей сердца не получен. При проведении судебно-медицинского исследования трупа использовались: кожные разрезы по методу **Шора**.

ВНУТРЕННЕЕ ИССЛЕДОВАНИЕ

Извлечение органокомплекса произведено по методу **Шора,** с распилом ребер спереди. Череп вскрывался угловым распилом.

Масса органов.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Масса | **№ 325** | норма |
| Мозг | **1100** | До 1400 |
| Легкое правое | **500** | 450 |
| левое | **580** | 375 |
| Сердце | **410** | 200-400 |
| Печень | **1700** | 1200-2000 |
| Селезенка | **120** | 80-180 |
| Почки обе | **290** | 275-310 |
| Правая/Левая | **140/150** |  |

ПОЛОСТЬ ЧЕРЕПА. В коже головы слева в проекции теменного бугра округлое темно-красное кровоизлияние диаметром 6 см с четкими контурами. Головной мозг исследовался методом Вирхова. Кожно-мышечный лоскут головы блестящий, полнокровный, без кровоизлияний и повреждений. Кости свода и основания черепа целы. Твердая мозговая оболочка напряжена, серо-перламутрового цвета, блестящая, в синусах ее темная жидкая кровь в большом количестве. Субдуральное пространство свободно. Мягкие мозговые оболочки тонкие, прозрачные с полнокровными сосудами, походу которых рассеянные точечные субарахноидальные кровоизлияния в глубине борозд. Умеренный атеросклероз сосудов Вилизиева круга в виде полулунных и кольцевидных атеросклеротических бляшек без облитерации просвета. Борозды мозга несколько сглажены, извилины слегка уплощены. Головной мозг эластичный, на разрезах с четкой границей серого и белого вещества и мраморным рисунком подкорковых ядер. Поверхности разрезов тускловаты, липнут к лезвию ножа. Желудочки мозга симметричны, обычного объема, эпендима их бледно-серая, блестящая, влажная, в полостях желудочков следы прозрачной соломенного цвета жидкости. Сосудистые сплетения обычного вида, полнокровны.

ОРГАНЫ ШЕИ, ГРУДНОЙ И БРЮШНОЙ ПОЛОСТЕЙ: язык синюшный, влажный, обложен серовато-желтым, не снимающимся налетом. Слизистые оболочки носоглотки синюшные, влажные, блестящие. В мягких тканях шеи повреждений и кровоизлияний не обнаружено. В плевральных полостях следы прозрачной жидкости, легкие выполняют 2/3 полостей, с блестящей, гладкой и влажной плеврой. Органы брюшной полости расположены анатомически правильно, в полости следы прозрачной жидкости соломенного цвета. Листки брюшины гладкие, влажные, блестящие. Просвет пищевода свободен, слизистая по всем отделам с наложением фибрина. Вход и просвет гортани свободен, слизистая оболочка ее бледно-серая. Подъязычная кость и хрящи гортани целы, в мягких тканях ее повреждений не обнаружено. Просвет трахеи и главных бронхов свободен, хрящи трахеи целы. Щитовидная железа обычных размеров, с равновеликими долями, плотно-эластичная, темно-коричневая, на разрезе полнокровна, дольчатого строения. Аорта эластична, со следами жидкой крови в просвете и множественными атеросклеротическими бляшками в разных стадиях развития в интиме. Легкие выполняют 2\3 полостей, с блестящей, гладкой и влажной плеврой. Под висцеральной плеврой, особенно, в прикорневых отделах легких и по базальным поверхностям, множественные точечные кровоизлияния. Легкие синюшные в передних и темно-синюшные в задних отделах, тестоватой консистенции, на разрезах темно-красные с подчеркнутым рисунком, полнокровны. Над поверхностями разрезов выступают бронхи в виде «гусиных перьев». Слизистые оболочки гортани, трахеи и бронхов гиперемированы, отечны с налетом фибрина. Бифуркационные лимфоузлы располагаются в виде пакетов диаметром от 1 до 2 см, эластичные, не спаянные между собой и с окружающими тканями, темно-синюшные, на разрезах сочные, с обычным рисунком. В полости перикарда следы прозрачной жидкости, листки его гладкие, влажные, блестящие. Сердце дрябло-эластичное, 13х12х11 см, с избыточным отложением жира под эпикардом. В полостях сердца следы жидкой крови.адней стенке левого желудочка постинфарктный рубец диаметром 2 см. По его периметру темно-красное прокрашивание миокарда. абли Миокард розовато-синюшный, эластичный, с сетчатым разрастанием соединительной ткани, неравномерного кровенаполнения. В задней стенке левого желудочка постинфарктный рубец диаметром 2 см. По его периметру темно-красное прокрашивание миокарда. Толщина стенки правого желудочка 0,3 см, левого 1,6 см. Клапанный и пристеночный эндокард утолщен, мутный, клапаны сформированы правильно. Аорта эластична, со следами жидкой крови в просвете и рассеянными липидными пятнами и множественными атеросклеротическими бляшками в разных стадиях развития в интиме. Коронарные артерии с неравномерно утолщенными стенками за счет полулунных и кольцевидных атеросклеротических бляшек с кальцинозом, с облитерацией просвета на 2/3.

Желудок пустой, содержимое кишечника отделам соответствует, слизистые оболочки желудочно-кишечного тракта бледно-серые. Мезентериальные лимфоузлы располагаются раздельно, диаметр их не более 1 см, эластичны. Печень 25х18х16х13 см, плотно-эластичная, коричневая с поверхности и на разрезах, полнокровная, со смазанным рисунком долек. Просвет внепеченочных желчевыводящих путей свободно проходим. Поджелудочная железа обычных размеров, плотно-эластичная, бледно-серая, на разрезах – дольчатого строения. Селезенка 8х6х5 см, дряблая, синюшная с гипоплазией белой пульпы, на разрезах с умеренным соскобом пульпы. Надпочечники листовидной формы, обычных размеров, на разрезах граница слоев четкая. По внутреннему полюсу правого надпочечника опухолевидное, эластичное разрастание желтой ткани диаметром 1,5 см без капсулы. Почки равновелики, 9х6х5 см, эластичные. Капсула сползает при надрезе, обнажая мелкобугристую поверхность. По краю разреза паренхима наползает на капсулу. На разрезах корковый слой - синюшный, с темно-красным крапом и подчеркнутым рисунком, мозговой слой также с подчеркнутым рисунком, граница слоев отчетливо выражена с полнокровием юкстагломерулярной зоны. Слизистые оболочки лоханок и чашечек бледно-синюшные, гладкие, блестящие, просвет их свободен. Мочеточники проходимы на всем протяжении, с бледно-серой слизистой. Мочевой пузырь пуст, слизистая оболочка его складчатая, бледно-серая, уретра свободно проходима.

**ДАННЫЕ ДОПОЛНИТЕЛЬНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ.**

**А К Т** Судебно-гистологического исследования № 6782. ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Почки – склероз стенок всех артерий, очаговый гломерулосклероз, неравномерное кровенаполнение капилляров клубочков с отеком мезангия и пустым просветом капсулы Шумлянского. Стаз крови в венах. Канальцы всех групп с несколько эктазированным просветом, в котором мелкозернистые эозинофильные массы.

Коронарные артерии со склерозированными стенками с отложением в стенках солей кальция. По периферии артерий в клетчатке перикарда стаз крови в сосудах микроциркуляции и перивазальные кровоизлияния из свежих эритроцитов.

Миокард – неравномерная гипертрофия и фрагментация кардиоцитов, в поляризованном свете – контрактурные изменения отдельных кардиоцитов 1 – 3 степени. Межуточный отек. Малокровие артерий и артериол со стазом крови в венах.

Печень – полнокровие синусоидов, жировая дистрофия гепатоцитов. Воспалительных изменений не выявлено.

Легкие – перивазальный и перибронхиальный пневмосклероз, стаз крови в сосудах микроциркуляции, скопление гемосидерофагов в альвеолах.

Надпочечник – строение светлоклеточной кортикальной светлоклеточной аденомы.

Задание:

1.Какие дополнительные исследования необходимо провести?

2.Зашифровать заболевание в свидетельстве о смерти?

3.Составить судебно-медицинский диагноз?

4.Определить наличие телесных повреждений?

5.Установить причину смерти?

Ответы:

1.Из трупа взяты: для судебно-гистологического исследования кусочки внутренних органов на патоморфологические изменения; для судебно-химического исследования кровь и моча на наличие алкоголя.

2.Свидетельство о смерти. В) Острая коронарная недостаточность I 24.8.

3.СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКИЙ ДИАГНОЗ. Острая коронарная недостаточность – перивазальные кровоизлияния вокруг коронарных артерий, фрагментация и контрактурные изменения кардиоцитов 1 – 3 степени. Фоновое: ишемическая болезнь сердца - стенозирующий коронаросклероз сосудов сердца с облитерацией просвета на 2/3, перивазальный кардиосклероз, постинфарктный кардиосклероз задней стенки левого желудочка сердца. Генерализованный атеросклероз с преимущественным поражением аорты, сосудов сердца и головного мозга. Осложнения: жидкая кровь в полостях сердца и крупных сосудов, неравномерное кровенаполнение миокарда, венозное полнокровие внутренних органов. Соп. Атеросклеротический нефросклероз, гемосидероз легких. Хронический фибринозный эзофагит. Светлоклеточная аденома правого надпочечника.

4.При судебно-медицинском исследовании трупа телесные повреждения не обнаружены.

5.Смерть наступила в результате заболевания, верифицированного как острая коронарная недостаточность с перивазальными кровоизлияниями вокруг коронарных артерий, фрагментацией и контрактурными изменениями кардиоцитов 1 – 3 степени. Заболевание развивалось на фоне хронической ишемической болезни сердца с коронарокардиосклерозом и признаками хронической сердечной недостаточности – гемосидероз легких. При судебно-химическом исследовании в крови не6 обнаружен этиловый спирт, наличие 0,4 промилле этилового алкоголя в моче расценивается, как вариант нормы.

**6. Перечень практических умений**

- установить причину смерти; (УК-1,  ПК-1,  ПК-2, ПК-3,  ПК-6,  ПК-7,  ПК-8,  ПК-9, ПК-10 )

- провести судебно-медицинское исследование трупа при различных видах насильственной смерти; (УК-1,  ПК-1,  ПК-2, ПК-3,  ПК-6,  ПК-7,  ПК-8,  ПК-9, ПК-10 )

- определить степень тяжести телесных повреждений; (УК-1,  ПК-1,  ПК-2, ПК-3,  ПК-6,  ПК-7,  ПК-8,  ПК-9, ПК-10 )

- установить причинно-следственную связь между повреждением и неблагоприятным исходом; (УК-1,  ПК-1,  ПК-2, ПК-3,  ПК-6,  ПК-7,  ПК-8,  ПК-9, ПК-10 )

- организовать судебно-медицинскую экспертизу вещественных доказательств (изъять, упаковать и направить объекты судебно-медицинской экспертизы на лабораторные исследования);(УК-1,  ПК-1,  ПК-2, ПК-3,  ПК-6,  ПК-7,  ПК-8,  ПК-9, ПК-10 )

**7. Рекомендации по выполнению НИР**

Примерная тематика по НИР по теме - не предусмотрена

**8. Рекомендованная литература по теме занятия**

**Занятие № 49**

**1. Индекс: ОД.О.01.1.8.64** **Тема: «Судебно-медицинские аспекты скоропостижной смерти от заболеваний органов дыхания, пищеварения, мочеполовой системы».**

**2. Форма организации занятия:** подготовка к практическому занятию.

**3. Перечень вопросов для самоподготовки по теме практического занятия**

1. ВОПРОС Каковы особенности исследования трупа человека, умершего в лечебном учреждении? (УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-5, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10)

ОТВЕТ: 15—20% трупов, поступающих в морг СМЭ, доставляются из стационаров. Исследование таких трупов проводится, как обычно, в соответствии с правилами судебно-медицин-ского исследования трупа. Однако надо учесть, что при оказании медицинской помощи претерпевают значительные изменения уже имевшиеся повреждения, а также наносятся новые;

в ряде случаев оказывает влияние на лабораторные исследования трупа предшествующий прием лекарственных препаратов. Так, при реанимационных действиях появляются повреждения, которые относят к патологии реанимации. При оценке следует определять прижиз-ненность их нанесения. Это ссадины передней поверхности груди, переломы ребер и грудины и пристеночной плевры при непрямом массаже сердца, повреждения надгортанника и трахеи вследствие интубации, повреждения стенки правого желудочка сердца и тампонады его при глубокой катетеризации подключичных вен, изменение состава крови, приводящее к неправильной оценке количества прижизненно принятого алкоголя, наблюдаемое при инфузионной и при шоковой терапии. При закрытой черепно-мозговой травме проводится трепанация черепа, при полостных операциях груди и живота извлекаются внутренние органы, иссекаются края ран. Указанные повреждения от медицинских манипуляций, а также изъятые поврежденные органы и иссеченные края ран, если не сохраняются для судебно-медицинской экспертизы, должны изучаться по истории болезни. Помимо истории болезни и других медицинских документов следует использовать протоколы допроса врачей.

2. ВОПРОС Какие основные вопросы следует ставить при назначении судебно-медицинской экспертизы по поводу ненасильственной смерти?

ОТВЕТ: 1. Отчего наступила смерть? (УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-5, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10)

2. Имеются ли на трупе какие-либо повреждения или внешние воздействия?

3. Могли ли повреждения, выявленные на трупе, быть причиной смерти или способствовать ее наступлению?

4. Имеются ли на трупе признаки каких-либо заболеваний, не могли ли они стать причиной смерти или способствовать ее наступлению?

5. Находился ли умерший незадолго до смерти в алкогольном опьянении? В какой степени?

6. Могло ли алкогольное опьянение явиться причиной наступления смерти или способствовать ее наступлению?

7. Какие внешние неблагоприятные факторы могли способствовать наступлению скоропостижной смерти?

1. **Самоконтроль по тестовым заданиям данной темы**

1. ПРИЧИНОЙ СМЕРТИ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИИ ГРИППОМ МОЖЕТ БЫТЬ (ПК-5)

1) ишемическая болезнь

2) печеночная недостаточность

3) кишечная непроходимость

4) пневмония

5) тромбоэмболия легочной артерии

Правильный ответ: 4

2.ПРИЧИНУ СМЕРТИ ОТ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ ПРИ НАЛИЧИИ КЛИНИЧЕСКИХ ДАННЫХ УСТАНАВЛИВАЮТ НА ОСНОВАНИИ (ПК-5)

1) биологического исследования

2) генетического исследования

3) гистологического исследования

4) микробиологического исследования

5) опроса родных

Правильный ответ: 3

3.ПРИ АЛЛЕРГИЧЕСКОМ (АНАФИЛАКТИЧЕСКОМ) ШОКЕ В КРОВИ, БРОНХИАЛЬНОМ СЕКРЕТЕ, В МЕЖКЛЕТОЧНЫХ ПРОСТРАНСТВАХ МИКРОСКОПИЧЕСКИ ОБНАРУЖИВАЕТСЯ ПОВЫШЕННОЕ СОДЕРЖАНИЕ (ПК-5)

1) нейтрофилов (тканевой распределительный лейкоцитоз)

2) моноцитов

3) эозинофилов

4) лимфоцитов

5) тромбоцитов

Правильный ответ: 3

4.ПРИЧИНОЙ СМЕРТИ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ ПРИ УМЕРЕННОЙ И НЕЗНАЧИТЕЛЬНОЙ ФИЗИЧЕСКОЙ НАГРУЗКЕ МОЖЕТ ЯВИТЬСЯ (ПК-5)

1) врожденные пороки развития сердечно-сосудистой системы

2) гастрит

3) заболевания опорно-двигательной системы

4) психоэмоциональное напряжение

5) заболевание ЖКТ

Правильный ответ: 1

5.ПРИЧИНОЙ СМЕРТИ В УСЛОВИЯХ ПОВЫШЕННОЙ ФИЗИЧЕСКОЙ НАГРУЗКИ У «ПРАКТИЧЕСКИ ЗДОРОВЫХ» ЛЮДЕЙ, МОЖЕТ БЫТЬ (ПК-5)

1) курение

2) бессимптомно протекающие заболевания

3) психоэмоциональное напряжение

4) физической нагрузки

5) погодные условия

Правильный ответ: 2

6. ПРОБА НА ВОЗДУШНУЮ ЭМБОЛИЮ НЕ СЧИТАЕТСЯ ПОЛОЖИТЕЛЬНОЙ, ЕСЛИ ИЗ ПРОКОЛОТОГО ПОД ВОДОЙ СЕРДЦА ВЫДЕЛЯЮТСЯ ПУЗЫРЬКИ ГАЗА (ПК-5)

1) выделяются из правого предсердия и правого желудочка

2) выделяется из левого предсердия и левого желудочка

3) выделяются из правых и левых отделов сердца

4) выделяются из дуги аорты

5) выделяются из легочных вен

Правильный ответ: 4

7.КУСОЧКИ ТКАНЕЙ, НАПРАВЛЯЕМЫЕ НА СУДЕБНО-ГИСТОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ, ДОЛЖНЫ (ПК-5)

1) быть округлой формы

2) захватывать участок как патологически измененной, так и интактной ткани

3) захватывать участок только измененной ткани

4) захватывать участки только интактной ткани

5) быть трапециевидной формы

Правильный ответ: 2

8.НА БАКТЕРИОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ НЕОБХОДИМО НАПРАВИТЬ СТЕРИЛЬНО ВЗЯТЫЕ (ПК-5)

1) кровь

2) мочу

3) ногти

4) волосы

5) сперму

Правильный ответ: 1

9.ТИПИЧНЫМИ ЗОНАМИ КРОВОИЗЛИЯНИЙ В МОЗГ ПРИ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ЯВЛЯЮТСЯ (ПК-5)

1) оболочки мозга

2) желудочки и подкорковые ядра больших полушарий

3) мозжечок

4) типичная локализация отсутствует

5) продолговатый мозг

Правильный ответ: 2

10.НЕПОСРЕДСТВЕННОЙ ПРИЧИНОЙ СМЕРТИ ПРИ ЭПИЛЕПТИЧЕСКОМ СТАТУСЕ ЯВЛЯЕТСЯ (ПК-5)

1) кровоизлияние в мозг

2) паралич дыхательного центра

3) отек и набухание головного мозга

4) паралич сосудистого центра

5) кровоизлияние в оболочки мозга

Правильный ответ: 3

**5. Самоконтроль по ситуационным задачам**

**Задача № 1.** (УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-5, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10)

**ОБСТОЯТЕЛЬСТВА ДЕЛА.** В направлении на судебно-медицинское исследование трупа не указаны.

Представлен акт о смерти. Б., 48 лет доставлен бригадой скорой помощи в приемное отделение 1.11.07г. в 23-50 в крайне тяжелом состоянии. Жалоб на момент осмотра не предъявляет в связи с нарушением сознания – сопор. Из анамнеза (со слов матери) заболел в мае 2007г. когда появились слабость в ногах, в июне 2007г. стационарное лечение в неврологическом отделении ГКБ. С июня 2007г. постепенно отрицательная динамика: тремор в руках, замедленные движения. Последние 3 недели лежит, на обращенную речь не реагирует, наблюдался участковым терапевтом, неврологом по месту жительства. Дополнительных методов обследования не проводилось. Объективно: кожные покровы бледные, сухие, на крестце пролежень 3х5 см с признаками перифокального воспаления. Дыхание проводится по всем полям, ЧДД 20\мин. Сердечные тоны приглушены, ритмичные, ЧСС 80\мин. АД 90\60 мм.рт.ст. Моча выведена катетером – желтая, прозрачная. Неврологический статус: сопор. Взор фиксирован прямо. Рот открыт. Язык в полости рта. Сухожильные рефлексы с рук высокие, с ног низкие. Положительный синдром «подушки». Менингиальных знаков нет. Произведена рентгенография черепа, легких – патологии не выявлено. ЭКГ – ритм синусовый, ЧСС 88\мин. УЗИ брюшной полости – патологии не выявлено, диффузные изменения печени, компременты в желчном пузыре. 2.11.07 в 0-20 внезапно состояние больного резко ухудшилось – спонтанные движения грудной клетки отсутствуют, давление и пульс на периферических артериях не определяются. Реанимационные мероприятия в течение 20 минут без эффекта. В 0-40 2.11.2007г. констатирована биологическая смерть больного.

НАРУЖНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ. Труп мужчины, доставлен без одежды, среднего телосложения, правильного удовлетворительного питания, длиной тела 178 см. Кожа бледно-серая, холодная на ощупь во всех отделах, в отлогих местах тела сливные, фиолетовые, не исчезающие и не меняющие цвет при надавливании трупные пятна. Трупное окоченение достаточно выражено во всех обычно исследуемых группах мышц. Склеры глаз мутные, тусклые, суховаты, кровоизлияний в соединительные оболочки глаз не отмечается, зрачки равновелики по 0,5 см диаметром. Голова правильной формы, кости черепа и лицевого скелета на ощупь целы. Грудная клетка цилиндрическая, эластичная, упругая, ребра на ощупь целы. Живот на одном уровне с грудной клеткой. Естественные отверстия тела и полости рта и носоглотки свободны, чистые. Слизистая оболочка губ синюшная, подсохшая. Анальное отверстие сомкнуто, кожа вокруг него чистая. Половые органы развиты правильно. Кости конечностей целы.

ПОВРЕЖДЕНИЯ. Каких-либо повреждений, кроме следов медицинских манипуляций, при исследовании не обнаружено. При проведении воздушной пробы – воздух из плевральных полостей и полостей сердца не получен. При проведении судебно-медицинского исследования трупа использовались: кожные разрезы по методу **Шора**.

ВНУТРЕННЕЕ ИССЛЕДОВАНИЕ

Извлечение органокомплекса произведено по методу **Шора,** с распилом ребер спереди. Череп вскрывался угловым распилом.

Масса органов.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Масса | **№ 323** | норма |
| Мозг | **1100** | До 1400 |
| Легкое правое | **590** | 450 |
| левое | **450** | 375 |
| Сердце | **360** | 200-400 |
| Печень | **1700** | 1200-2000 |
| Селезенка | **110** | 80-180 |
| Почки обе | **300** | 275-310 |
| Правая/Левая | **145/155** |  |

ПОЛОСТЬ ЧЕРЕПА. Головной мозг исследовался методом Вирхова. Кожно-мышечный лоскут головы блестящий, полнокровный, без кровоизлияний и повреждений. Кости свода и основания черепа целы. Твердая мозговая оболочка напряжена, серо-перламутрового цвета, блестящая, в синусах ее темная жидкая кровь в большом количестве. Субдуральное пространство свободно. Мягкие мозговые оболочки тонкие, прозрачные с полнокровными сосудами, походу которых рассеянные точечные субарахноидальные кровоизлияния в глубине борозд. Умеренный атеросклероз сосудов Вилизиева круга, наиболее выраженный в основной артерии с наличием на ней полулунной атеросклеротической бляшки с облитерацией просвета до 1/3. Борозды мозга несколько сглажены, извилины слегка уплощены. Головной мозг дрябло-эластичный, на разрезах с четкой границей серого и белого вещества и мраморным рисунком подкорковых ядер. Поверхности разрезов тускловаты, липнут к лезвию ножа. Желудочки мозга симметричны, обычного объема, эпендима их бледно-серая, блестящая, влажная, в полостях желудочков следы прозрачной соломенного цвета жидкости. Сосудистые сплетения обычного вида, полнокровны.

ОРГАНЫ ШЕИ, ГРУДНОЙ И БРЮШНОЙ ПОЛОСТЕЙ: язык синюшный, влажный, обложен серовато-желтым, не снимающимся налетом. Слизистые оболочки носоглотки синюшные, влажные, блестящие. В мягких тканях шеи повреждений и кровоизлияний не обнаружено. В плевральных полостях следы прозрачной жидкости, Легкие полностью выполняют плевральные полости с отпечатками ребер. Органы брюшной полости расположены анатомически правильно, в полости следы прозрачной жидкости соломенного цвета. Листки брюшины гладкие, влажные, блестящие. Просвет пищевода свободен, слизистая его бледно-серая, продольно складчатая. Вход и просвет гортани свободен. Подъязычная кость и хрящи гортани целы, в мягких тканях ее повреждений не обнаружено. Просвет трахеи и главных бронхов свободен, хрящи трахеи целы. Щитовидная железа обычных размеров, с равновеликими долями, плотно-эластичная, темно-коричневая, на разрезе полнокровна, дольчатого строения. Аорта эластична, со следами жидкой крови в просвете и рассеянными липидными пятнами и множественными атеросклеротическими бляшками в разных стадиях развития в интиме, с наибольшей концентрацией в области бифуркации.

Под висцеральной плеврой, особенно, в прикорневых отделах легких и по базальным поверхностям, множественные точечные кровоизлияния. Легкие тестоватые, бледно-розовато-синюшные, на разрезах розовые. С поверхности разрезов из сосудов стекает повышенное количество жидкой темной крови. На разрезах над поверхностями разрезов выступают бронхи в виде «гусиных перьев». Просвет бронхов ниже главных бронхов полностью выполнен жидким желто-зеленым гноем, слизистые оболочки гортани, трахеи и бронхов гиперемированы, отечны с налетом фибрина.

Бифуркационные лимфоузлы располагаются в виде пакетов диаметром от 1 до 2 см, эластичные, не спаянные между собой и с окружающими тканями, темно-синюшные, на разрезах сочные, с обычным рисунком. В полости перикарда следы прозрачной жидкости, листки его гладкие, влажные, блестящие. Сердце дрябло-эластичное, 12х11х10 см, с избыточным отложением жира под эпикардом. В полостях сердца смешанные свертки крови. Миокард розовато-синюшный, эластичный, с сетчатым разрастанием соединительной ткани, неравномерного кровенаполнения. В задней стенке левого желудочка с переходом на перегородку на всю толщу миокарда на участке диаметром 4 см очаговое темно-вишневое прокрашивание миокарда на фоне которого рассеянные мелкие участки более бледной окраски. Толщина стенки правого желудочка 0,3 см, левого 1,5 см. Клапанный и пристеночный эндокард утолщен, мутный, клапаны сформированы правильно. Коронарные артерии с неравномерно утолщенными стенками за счет полулунных и кольцевидных атеросклеротических бляшек с кальцинозом, с облитерацией просвета не более чем на 1/3.

Желудок пустой, содержимое кишечника отделам соответствует, слизистые оболочки желудочно-кишечного тракта бледно-серые. Мезентериальные лимфоузлы располагаются раздельно, диаметр их не более 1 см, эластичны. Печень 25х17х15х13 см, плотно-эластичная, коричневая с поверхности и на разрезах, полнокровная, со смазанным рисунком долек. Просвет внепеченочных желчевыводящих путей свободно проходим. Поджелудочная железа обычных размеров, плотно-эластичная, бледно-серая, на разрезах – дольчатого строения. Селезенка 9х7х5 см, дрябло-эластичная, синюшная, с гипоплазией белой пульпы, на разрезах с обильным соскобом. Надпочечники листовидной формы, обычных размеров, на разрезах граница слоев четкая. Почки равновелики, 11х7х5 см, дрябло-эластичные. Капсула сползает при надрезе, обнажая ровную поверхность. По краю разреза паренхима наползает на капсулу. На разрезах корковый слой - синюшный, с темно-красным крапом и подчеркнутым рисунком, мозговой слой также с подчеркнутым рисунком, граница слоев отчетливо выражена с полнокровием юкстагломерулярной зоны. Слизистые оболочки лоханок и чашечек бледно-синюшные, гладкие, блестящие, просвет их свободен. Мочеточники проходимы на всем протяжении, с бледно-серой слизистой. Мочевой пузырь пуст, слизистая оболочка его складчатая, бледно-серая, уретра свободно проходима.

**ДАННЫЕ ДОПОЛНИТЕЛЬНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ.**

**А К Т** Судебно-гистологического исследования № 6781. внутренних органов от трупа ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Миокард – выражен межуточный отек, фрагментация кардиоцитов, в поляризованном свете отдельные кардиоциты с контрактурными изменениями 1-3 степени, очаговые перивазальные кровоизлияния в паренхиме, распространяющиеся в толщу миокарда. В части кардиоцитов в поляризованном свете неравномерное свечение «миокард, изъеденный молью». Миолизис отдельных кардиоцитов. Умеренный фуксинофильный перивазальный склероз. Большое количество жировой клетчатке в эпикарде с разрастанием ее перивазально на субэпикардиальные отделы миокарда.

Почки – во всех сосудах стаз крови, в клубочках набухание мезангия, просвет капсулы Шумлянского свободен. склероз стенок приносящих артериол, очаговый гломерулосклероз, эпителий канальцев с дистрофическими изменениями.

Легкие – гнойный эндобронхит, перибронхиальный и перивазальный пневмосклероз. В сосудах стаз крови с агрегацией эритроцитов вплоть до сладж феномена. Очаговый внутриальвеолярный отек, выраженный межуточный отек, полнокровие капилляров.

Задание:

1. Какие дополнительные исследования необходимо провести?
2. Зашифровать заболевание в свидетельстве о смерти?
3. Составить судебно-медицинский диагноз?
4. Определить наличие телесных повреждений?
5. Установить причину смерти?

Ответы:

* 1. 1. Из трупа взяты: для судебно-гистологического исследования кусочки внутренних органов на патоморфологические изменения; для судебно-химического исследования кровь и моча на наличие алкоголя.
  2. 2. Свидетельство о смерти. В) хронический гнойный бронхит J 41.1.
  3. 3. СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКИЙ ДИАГНОЗ. Хронический гнойный бронхит с обструкцией гноем просвета бронхов: перибронхиальный и перивазальный пневмосклероз, острая эмфизема легких с отпечатками ребер, точечные кровоизлияния под висцеральную плевру, венозное полнокровие внутренних органов, токсико-гипоксические изменения миокарда - межуточный отек, фрагментация кардиоцитов отдельные кардиоциты с контрактурными изменениями 1-3 степени, очаговые перивазальные кровоизлияния в паренхиме, распространяющиеся в толщу миокарда, миолизис отдельных кардиоцитов.
  4. 4. При судебно-медицинском исследовании трупа телесные повреждения не обнаружены.
  5. 5. Смерть наступила в результате заболевания, верифицированного как хронический гнойный бронхит с обструкцией гноем просвета бронхов. Проявлениями заболевания явились перибронхиальный и перивазальный пневмосклероз и гнойное воспаление с слизистой оболочке воздухо-проводящих путей. Закупорка гноем просвета бронхов обусловила острую легочно-сердечную недостаточность, явившуюся непосредственной причиной смерти. При судебно-химическом исследовании вещественных доказательств, изъятых при вскрытии трупа, этиловый спирт не обнаружен.

**Задача № 2** (УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-5, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10)

**ОБСТОЯТЕЛЬСТВА ДЕЛА.** В направлении на судебно-медицинское исследование трупа не указаны.

Представлена медицинская карта стационарного больного из ГКБ на имя Н.Ф., 1928 г.р., которая 20.10.07г. в 13-30 бригадой скорой помощи была доставлена в 1 травматологическое отделение с жалобами на боли в правом тазобедренном суставе. При поступлении состояние больной ближе к удовлетворительному, в сознании, ориентирована. Кожные покровы чистые, видимые слизистые розовые, влажные. Дыхание спонтанное, проводится с обеих сторон, ослаблено в нижних отделах, влажные хрипы. Тоны сердца приглушены, ритмичные. АД 130х90 мм.рт.ст. Пульс 76\мин. Живот не вздут, безболезненный при пальпации. Отек, болезненность и положительный симптом «прилипшей» пятки справа. При рентгенологическом исследовании № 21380 от 20.10.07г. перелом шейки правого бедра со смещением. При рентгенографии № 644 от 25.10.07г.: смещение дистального фрагмента шейки правого бедра кверху еще остается под углом 105 градусов. Состояние по дневникам ближе у удовлетворительному. 31.10. - взята на операцию в плановом порядке. *Операции:* 1) 31.10.07г. Закрытая репозиция шейки правого бедра копрессир. винтами. Во время операционных мероприятий развилась клиника тромбоэмболии. Реанимационные мероприятия в течение 30 минут эффекта не дали. 31.10.07г. в 10-30 констатирована смерть больной.

ПОСМЕРТНЫЙ ДИАГНОЗ. Флеботромбоз нижних конечностей. *Осложнения.* Тромбоэмболия ветвей легочной артерии. *Сопутствующий.* Медиальный варусный перелом шейки правого бедра. ИБС. Стенокардия 2-3 фкл. Болезнь лев. прав. Пучка Гиса. Гипертоническая болезнь 3 риск 4.

*Операции:* 1) 31.10.07г. Закрытая репозиция шейки правого бедра копрессир. винтами.

Алкоголь -

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Данные анализов | | | | |
| Параметры  дата | 20.10 | 22.10 |  |  |
| гемоглобин | 149 | 155 |  |  |
| лейкоциты | 7,5 | 5,3 |  |  |
| палочкоядерные |  | 3 |  |  |
| сегментоядерные |  | 66 |  |  |
| лимфоциты |  | 27 |  |  |
| моноциты |  | 4 |  |  |
| РОЭ | 13 | 16 |  |  |
| мочевина |  | 6,7 |  |  |
| Белок крови |  | 56,1 |  |  |
| Калий |  | 3,4 |  |  |
| Натрий |  | 148 |  |  |
| сахар |  | 5,7 |  |  |
| Уд. вес мочи |  | м\м |  |  |
| Белок мочи |  | 320 |  |  |
| Лейкоциты мочи |  | 12-17 |  |  |
| Эритроциты мочи |  | 3-5 |  |  |

НАРУЖНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ. Труп женщины, доставлен без одежды, среднего телосложения, правильного удовлетворительного питания, длиной тела 160 см. Кожа бледно-серая, холодная на ощупь во всех отделах, в отлогих местах тела сливные, фиолетовые, не исчезающие и не меняющие цвет при надавливании трупные пятна. Трупное окоченение достаточно выражено во всех обычно исследуемых группах мышц. Склеры глаз мутные, тусклые, суховаты, кровоизлияний в соединительные оболочки глаз не отмечается, зрачки равновелики по 0,4 см диаметром. Голова правильной формы, кости черепа и лицевого скелета на ощупь целы. Грудная клетка цилиндрическая, эластичная, упругая, ребра на ощупь целы. Живот на одном уровне с грудной клеткой. Естественные отверстия тела и полости рта и носоглотки свободны, чистые. Слизистая оболочка губ синюшная, подсохшая. Анальное отверстие сомкнуто, кожа вокруг него чистая. Половые органы развиты правильно. Кости конечностей целы.

ПОВРЕЖДЕНИЯ. Справа в проекции шейки бедра вертикальный ушитый операционный разрез длиной 15 см. При ревизии - перелом шейки бедра скрепленный металлическими спицами. В зоне перелома и операции инфильтрирующие кровоизлияния в мышцы.

Каких-либо других повреждений, кроме следов медицинских манипуляций, при исследовании не обнаружено. При проведении воздушной пробы – воздух из плевральных полостей и полостей сердца не получен. При проведении судебно-медицинского исследования трупа использовались: кожные разрезы по методу **Шора**.

ВНУТРЕННЕЕ ИССЛЕДОВАНИЕ

Извлечение органокомплекса произведено по методу **Шора**, с распилом ребер спереди. Череп вскрывался угловым распилом. Доступ к спинному мозгу осуществлялся сзади по методу Медведева. Доступ к костному мозгу был осуществлен поперечным распилом правой бедренной кости.

Масса органов.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Масса | **№ 322** | норма |
| Мозг | **1200** | До 1400 |
| Легкое правое | **500** | 450 |
| левое | **450** | 375 |
| Сердце | **390** | 200-400 |
| Печень | **1600** | 1200-2000 |
| Селезенка | **80** | 80-180 |
| Почки обе | **270** | 275-310 |
| Правая/Левая | **140/130** |  |

ПОЛОСТЬ ЧЕРЕПА. Головной мозг исследовался методом Вирхова. Кожно-мышечный лоскут головы блестящий, полнокровный, без кровоизлияний и повреждений. Кости свода и основания черепа целы. Твердая мозговая оболочка напряжена, серо-перламутрового цвета, блестящая, в синусах ее темная жидкая кровь в большом количестве. Субдуральное пространство свободно. Мягкие мозговые оболочки тонкие, прозрачные с полнокровными сосудами, походу которых рассеянные точечные субарахноидальные кровоизлияния в глубине борозд. Борозды мозга несколько сглажены, извилины слегка уплощены. Сосуды Вилизиева круга с небольшим количеством полулунных атеросклеротических бляшек с облитерацией просвета не более чем на 1/3. Головной мозг дрябло-эластичный, на разрезах с четкой границей серого и белого вещества и мраморным рисунком подкорковых ядер. Поверхности разрезов тускловаты, липнут к лезвию ножа. Желудочки мозга симметричны, обычного объема, эпендима их бледно-серая, блестящая, влажная, в полостях желудочков следы прозрачной соломенного цвета жидкости. Сосудистые сплетения обычного вида, полнокровны.

ОРГАНЫ ШЕИ, ГРУДНОЙ И БРЮШНОЙ ПОЛОСТЕЙ: язык синюшный, влажный, обложен серовато-желтым, не снимающимся налетом. Слизистые оболочки носоглотки синюшные, влажные, блестящие. В мягких тканях шеи повреждений и кровоизлияний не обнаружено. В плевральных полостях следы прозрачной жидкости, легкие выполняют 2\3 полостей, с блестящей, гладкой и влажной плеврой. Органы брюшной полости расположены анатомически правильно, в полости следы прозрачной жидкости соломенного цвета. Листки брюшины гладкие, влажные, блестящие. Просвет пищевода свободен, слизистая его бледно-серая, продольно складчатая. Вход и просвет гортани свободен, слизистая оболочка ее бледно-серая. Подъязычная кость и хрящи гортани целы, в мягких тканях ее повреждений не обнаружено. Просвет трахеи и главных бронхов свободен, хрящи трахеи целы. Щитовидная железа обычных размеров, с равновеликими долями, плотно-эластичная, темно-коричневая, на разрезе полнокровна, дольчатого строения.

Выраженный атеросклероз аорты в виде атеросклеротических бляшек в разной стадии развития, наиболее выражен на уровне бифуркации.

При ревизии сосудов легких - в обеих легочных артериях вколоченные плотные тромбоэмболы, при их извлечении со стороны легочной паренхимы тромбоэмболы плотные повторяют форму сосудов, смыкаясь в легочных артериях в единые образования, задняя часть которых состоит из рыхлых свертков крови, неровная. При ревизии сосудов нижних конечностей в сосудах жидкая кровь.

При ревизии нижней полой вены, на уровне подхода подвздошных вен - утолщение с серым прокрашиванием стенки на участке диаметром 0,5 см с наложением на этом участке тромботических масс синюшного цвета, с толщиной наложения не более 0,1 см.

Под висцеральной плеврой, особенно, в прикорневых отделах легких и по базальным поверхностям, множественные точечные кровоизлияния. Легкие синюшные в передних и темно-синюшные в задних отделах, тестоватой консистенции, на разрезах темно-красные с обычным рисунком, полнокровны. Слизистые оболочки воздухо-проводящих путей светло-розовые, набухшие. Бифуркационные лимфоузлы располагаются в виде пакетов диаметром от 1 до 2 см, эластичные, не спаянные между собой и с окружающими тканями, темно-синюшные, на разрезах сочные, с обычным рисунком. В полости перикарда следы прозрачной жидкости, листки его гладкие, влажные, блестящие. Сердце дрябло-эластичное, 11х10х9 см, с избыточным отложением жира под эпикардом. В полостях сердца немного жидкой темной крови. Миокард розовато-синюшный, эластичный, с сетчатым разрастанием соединительной ткани, неравномерного кровенаполнения. Толщина стенки правого желудочка 0,3 см, левого 1,5 см. Клапанный и пристеночный эндокард утолщен, мутный, клапаны сформированы правильно. Коронарные артерии с неравномерно утолщенными стенками за счет полулунных и кольцевидных атеросклеротических бляшек с кальцинозом, с облитерацией просвета не более 1/3.

Желудок пустой, содержимое кишечника отделам соответствует, слизистые оболочки желудочно-кишечного тракта бледно-серые. Мезентериальные лимфоузлы располагаются раздельно, диаметр их не более 1 см, эластичны. Печень 24х18х16х13 см, плотно-эластичная, крупнобугристая, желто-коричневая с поверхности и на разрезах, полнокровная, со смазанным рисунком долек. Просвет внепеченочных желчевыводящих путей свободно проходим. Поджелудочная железа обычных размеров, плотно-эластичная, бледно-серая, на разрезах – дольчатого строения. Селезенка 7х4х3 см, эластичная, синюшная с гипоплазией белой пульпы, на разрезах без соскоба. Надпочечники листовидной формы, обычных размеров, на разрезах граница слоев четкая. Почки равновелики, 10х6,5х5 см, дрябло-эластичные. Капсула сползает при надрезе, обнажая ровную поверхность. По краю разреза паренхима наползает на капсулу. На разрезах корковый слой - синюшный, с темно-красным крапом и подчеркнутым рисунком, мозговой слой также с подчеркнутым рисунком, граница слоев отчетливо выражена с полнокровием юкстагломерулярной зоны. Слизистые оболочки лоханок и чашечек бледно-синюшные, гладкие, блестящие, просвет их свободен. Мочеточники проходимы на всем протяжении, с бледно-серой слизистой. Мочевой пузырь пуст, слизистая оболочка его складчатая, бледно-серая, уретра свободно проходима.

ПОЗВОНОЧНИК И СПИННОЙ МОЗГ: при ревизии позвоночного столба повреждений не обнаружено. Эпи- и субдуральные пространства свободны, твердая мозговая оболочка напряжена, бледно-серая, блестящая, мягкие мозговые оболочки тонкие, прозрачные, спинной мозг дряблый, на разрезах обычного рисунка.

**А К Т** Судебно-гистологического исследования № 6780. ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Под маркером «а» - в стенке нижней полой вены умеренный склероз, признаков воспаления не выявлено, большое количество формалинового пигмента, на интиме наложения фибрина и остатки смешанного тромба.

Под маркером «б» - смешанный тромб.

Миокард – фрагментация неравномерно гипертрофированных кардиоцитов, единичные кардиоцыты в поляризованном свете с контрактурными изменениями вплоть до 3 степени. Межуточный отек и умеренный перивазальный склероз. Малокровие сосудов.

Легкие – альвеолы с пустым просветом, в сосудах всех групп стаз крови, выраженное полнокровие капилляров с пролабированием их в просвет альвеол

Задание:

1. Какие дополнительные исследования необходимо провести?
2. Зашифровать заболевание в свидетельстве о смерти?
3. Составить судебно-медицинский диагноз?
4. Определить наличие телесных повреждений?
5. Установить причину смерти?

Ответы:

* 1. 1.Из трупа взяты: для судебно-гистологического исследования кусочки внутренних органов на патоморфологические изменения; для судебно-химического исследования кровь и моча на наличие алкоголя.
  2. 2.Свидетельство о смерти. В) Хронический тромбофлебит нижней полой вены с пристеночным тромбозом. I - 80.8
  3. 3.СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКИЙ ДИАГНОЗ. Хронический тромбофлебит нижней полой вены с пристеночным тромбозом. Осложнения: тромбоэмболия обеих легочных артерий, жидкая крови в полостях сердца, стаз крови в сосудах микроциркуляции органов дыхания, венозное полнокровие внутренних органов.Соп. Закрытый перелом шейки правого бедра. Операции: 1) 31.10.07г. Закрытая репозиция шейки правого бедра.
  4. 4.При судебно-медицинском исследовании трупа обнаружены следующие телесные повреждения: закрытый перелом шейки правого бедра.
  5. 5.Смерть наступила в результате заболевания, верифицированного как хронический тромбофлебит нижней полой вены с пристеночным тромбозом, осложнившегося отрывом тромба и тромбоэмболией обеих легочных артерий, что обусловило острую легочно-сердечную недостаточность.

**Задача № 3** (УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-5, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10)

ОБСТОЯТЕЛЬСТВА ДЕЛА: в направлении на судебно-медицинское исследование трупа не указаны.

Представлена медицинская карта стационарного больного из ГКБ на имя С, 1947 г.р., который 7.10.07г. в 0-25 бригадой скорой помощи был доставлен в токсикологическое отделение. Со слов врача скорой помощи, злоупотреблял алкоголем 3 дня, 6.10 выпил около 700 мл водки, родные не смогли разбудить. При поступлении состояние тяжелое, сознание кома 1-2. Кожные покровы бледно-розовые, умеренной влажности. Склеры умеренно инъецированы. Зрачки обычные, равны. Фотореакция отсутствует. Рефлексы снижены. Мышечный тонус снижен. Дыхание спонтанное, адекватное, ЧДД 16-20\мин, везикулярное, проводится по всем полям, хрипов нет. АД 130/80 мм.рт.ст. Пульс 86 в минуту. Изо рта определяется запах алкоголя. Живот не вздут, участвует в акте дыхания, мягкий. Печень +2 см из под края реберной дуги. В 6-40 у больного развился судорожный синдром с последующей остановкой дыхания и сердечной деятельности. Реанимационные мероприятия без эффекта. В 7-15 07.10.07г. констатирована смерть больного.

ПОСМЕРТНЫЙ ДИАГНОЗ. Алкогольная интоксикация тяжелой степени. *Осложнения.* Токсическая энцефалопатия. Судорожный синдром. *Конкурирующий.* Острое нарушение мозгового кровообращения. Острая коронарная недостаточность.

Алкоголь – данных нет.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Данные анализов | | | | |
| Параметры  дата | 7.10 |  |  |  |
| гемоглобин | 170 |  |  |  |
| РОЭ | 2 |  |  |  |
| Амилаза | 90 |  |  |  |
| мочевина | 5,9 |  |  |  |
| Билирубин общ. | 12,4 |  |  |  |
| Прямой | 2,5 |  |  |  |
| непрямой | 9,9 |  |  |  |
| Белок крови | 80,9 |  |  |  |
| Калий | м/с |  |  |  |
| Натрий | м/с |  |  |  |
| сахар | 11,1 |  |  |  |
| АЛТ | 92,5 |  |  |  |
| Уд. вес мочи | 1015 |  |  |  |
| Белок мочи |  |  |  |  |
| Лейкоциты мочи | 0-1-2 |  |  |  |
| Эритроциты мочи |  |  |  |  |

НАРУЖНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ. Труп мужчины, доставлен без одежды, среднего телосложения, правильного удовлетворительного питания, длиной тела 175 см. Кожа бледно-серая, холодная на ощупь во всех отделах, в отлогих местах тела сливные, фиолетовые, не исчезающие и не меняющие цвет при надавливании трупные пятна. Трупное окоченение достаточно выражено во всех обычно исследуемых группах мышц. Склеры глаз мутные, тусклые, суховаты, кровоизлияний в соединительные оболочки глаз не отмечается, зрачки равновелики по 0,4 см диаметром. Голова правильной формы, кости черепа и лицевого скелета на ощупь целы. Грудная клетка цилиндрическая, эластичная, упругая, ребра на ощупь целы. Живот на одном уровне с грудной клеткой. Естественные отверстия тела и полости рта и носоглотки свободны, чистые. Слизистая оболочка губ синюшная, подсохшая. Анальное отверстие сомкнуто. Половые органы развиты правильно, по мужскому типу, яички в мошонке. Кости конечностей целы.

ПОВРЕЖДЕНИЯ. Каких-либо повреждений, кроме следов медицинских манипуляций, при исследовании не обнаружено. При проведении воздушной пробы – воздух из плевральных полостей и полостей сердца не получен.

ВНУТРЕННЕЕ ИССЛЕДОВАНИЕ

Извлечение органокомплекса произведено по методу **Шора,** с распилом ребер спереди. Череп вскрывался угловым распилом.

Масса органов.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Масса | **№ 305** | норма |
| Мозг | **1600** | До 1400 |
| Легкое правое | **570** | 450 |
| левое | **610** | 375 |
| Сердце | **350** | 200-400 |
| Печень | **1800** | 1200-2000 |
| Селезенка | **90** | 80-180 |
| Почки обе | **300** | 275-310 |
| Правая/Левая | **145/155** | - |

ПОЛОСТЬ ЧЕРЕПА. В кожно-мышечном лоскуте головы слева на границе затылочной и височной области слабо выраженное темно-красное кровоизлияние с четкими контурами диаметром 3 см. Кости свода и основания черепа целы. Твердая мозговая оболочка напряжена, серо-перламутрового цвета, блестящая, в синусах ее темная жидкая кровь в большом количестве. Субдурально справа по наружной поверхности мозга, распространяясь на базальную поверхность -гематома, состоящая из блестящих эластичных темно-вишневых свертков и темной густой жидкой крови общим объемом 150 мл. По базальной поверхности мозга диффузная инфильтрация кровью мягких мозговых оболочек на всю толщу, с выполнением кровью мозговых цистерн спереди зрительного перекреста и в области ножек мозга. Сосуды в области Вилизиева круга, как артерии, так и вены, с тонкими стенками, с множественными участками аневризматически растянутого просвета диаметром до 0,7 см, хаотично переплетены, четко визуализируется Вилизиев круг и основные мозговые артерии. В передней части Вилизиева круга, в устье правой передней мозговой артерии линейный разрыв одной из аневризм по передне-нижней поверхности сосуда, над ним разрыв мягких мозговых оболочек длиной 0,5 см.

Справа и слева в гипоталамусе, в веществе серого бугра и обонятельных луковиц симметричные очаговые, смыкающиеся между собой кровоизлияния на глубину до 1,5 см (на поперечном разрезе рисунок кровоизлияний напоминает «бабочку»), справа с образованием внутримозговой гематомы с жидкой кровью объемом 1 мл. Кровоизлияния в веществе мозга распространяются на правую ножку мозга. Пропитывание кровью гипофиза. Справа по наружной поверхности большого полушария сформировано ложе гематомы в виде вдавленного участка диаметром 5 см. Головной мозг исследовался методом Вирхова. Мягкие мозговые оболочки, вне кровоизлияния, тонкие, прозрачные с полнокровными сосудами, походу которых рассеянные точечные субарахноидальные кровоизлияния в глубине борозд. Борозды мозга сглажены, извилины уплощены. На миндаликах мозжечка кольцевидная полоса вдавления от краев большого затылочного отверстия, шириной 0,3 см, с губовидным выпячиванием вещества мозга внутри кольца и кровоизлияниями в глубине вдавленной полосы. Головной мозг дрябло-эластичный, на разрезах с смазанной границей серого и белого вещества и мраморным рисунком подкорковых ядер. Поверхности разрезов тускловаты, липнут к лезвию ножа. Желудочки мозга симметричны, обычного объема, эпендима их бледно-серая, блестящая, влажная, в полостях желудочков следы прозрачной соломенного цвета жидкости. Сосудистые сплетения обычного вида, полнокровны.

ОРГАНЫ ШЕИ, ГРУДНОЙ И БРЮШНОЙ ПОЛОСТЕЙ: язык синюшный, влажный, обложен серовато-желтым, не снимающимся налетом. Слизистые оболочки носоглотки синюшные, влажные, блестящие. В мягких тканях шеи повреждений и кровоизлияний не обнаружено. В плевральных полостях следы прозрачной жидкости, легкие выполняют 2\3 полостей, с блестящей, гладкой и влажной плеврой. Органы брюшной полости расположены анатомически правильно, в полости следы прозрачной жидкости соломенного цвета. Листки брюшины гладкие, влажные, блестящие. Просвет пищевода свободен, слизистая его бледно-серая, продольно складчатая. Вход и просвет гортани свободен, слизистая оболочка ее бледно-серая. Подъязычная кость и хрящи гортани целы, в мягких тканях ее повреждений не обнаружено. Просвет трахеи и главных бронхов свободен, хрящи трахеи целы. Щитовидная железа обычных размеров, с равновеликими долями, плотно-эластичная, темно-коричневая, на разрезе полнокровна, дольчатого строения. Аорта эластична, со следами жидкой крови в просвете и рассеянными липидными пятнами и множественными атеросклеротическими бляшками в разных стадиях развития в интиме.

Легкие выполняют 2/3 полостей, с блестящей, гладкой и влажной плеврой. Легкие синюшные в передних и темно-синюшные в задних отделах, неравномерно уплотнены, на разрезах пестрые, выбухающие темно-красно-серые очаги чередуются с западающими красными. Над поверхностями разрезов выступают бронхи в виде «гусиных перьев». Слизистые оболочки воздухо-проводящих путей светло-розовые, набухшие, в просвете небольшое количество жидкого желтого гноя. Бифуркационные лимфоузлы располагаются в виде пакетов диаметром от 1 до 2 см, эластичные, не спаянные между собой и с окружающими тканями, темно-синюшные, на разрезах сочные, с обычным рисунком. В полости перикарда следы прозрачной жидкости, листки его гладкие, влажные, блестящие. Сердце дрябло-эластичное, 11х10х9 см, с избыточным отложением жира под эпикардом. В полостях сердца немного жидкой темной крови с мелкими единичными темно-вишневыми свертками. Миокард розовато-синюшный, эластичный, с сетчатым разрастанием соединительной ткани, неравномерного кровенаполнения. Толщина стенки правого желудочка 0,3 см, левого 1,4 см. Клапанный и пристеночный эндокард утолщен, мутный, клапаны сформированы правильно. Коронарные артерии с неравномерно утолщенными стенками за счет полулунных и кольцевидных атеросклеротических бляшек с кальцинозом, с облитерацией просвета на 1/3.

Желудок пустой, содержимое кишечника отделам соответствует, слизистые оболочки желудочно-кишечного тракта бледно-серые. Мезентериальные лимфоузлы располагаются раздельно, диаметр их не более 1 см, эластичны. Печень 26х18х15х13 см, плотно-эластичная, желто-коричневая с поверхности и на разрезах, полнокровная, со смазанным рисунком долек. Просвет внепеченочных желчевыводящих путей свободно проходим. Поджелудочная железа обычных размеров, плотно-эластичная, бледно-серая, на разрезах – дольчатого строения. Селезенка 7х5х3 см, эластичная, синюшная с гипоплазией белой пульпы, на разрезах без соскоба. Надпочечники листовидной формы, обычных размеров, на разрезах граница слоев четкая. Почки равновелики, 12х7х5 см, дрябло-эластичные. Капсула сползает при надрезе, обнажая ровную поверхность. По краю разреза паренхима наползает на капсулу. На разрезах корковый слой - синюшный, с темно-красным крапом и подчеркнутым рисунком, мозговой слой также с подчеркнутым рисунком, граница слоев отчетливо выражена с полнокровием юкстагломерулярной зоны. Слизистые оболочки лоханок и чашечек бледно-синюшные, гладкие, блестящие, просвет их свободен. Мочеточники проходимы на всем протяжении, с бледно-серой слизистой. Мочевой пузырь пуст, слизистая оболочка его складчатая, бледно-серая, уретра свободно проходима.

**ДАННЫЕ ДОПОЛНИТЕЛЬНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ.**

1.Представлен акт судебно-химического исследования № 5748. При судебно-химическом исследовании вещественных доказательств, изъятых при вскрытии трупа, обнаружен этиловый спирт в концентрации: в крови 1,2 промилле, в моче 1,9 промилле.

2.**А К Т** Судебно-гистологического исследования № 6270. ЗАКЛЮЧЕНИЕ: Сосуды области передней части Вилизиева круга (маркировка «а») – артерии и вены с аневризматически растянутым просветом, стенки сосудов с очагами склероза, в ряде полей зрения утолщены с признаками начального атеросклероза в артериях, в ряде полей зрения резко истончены. В стенке одной из аневризматически измененных артерий на высоте истончения поперечный разрыв с мелкими некрозами в толще стенки. Среди артерий расположены нервные стволы зрительного тракта с интерстициальными кровоизлияниями. Головной мозг (базальные отделы) – множественные перивазальные кровоизлияния с разрушением вещества мозга, часть кровоизлияний из свежих эритроцитов, часть – с гемолизом эритроцитов, мелкие рассеянные очаги гемосидероза. Большое количество сосудов со стазом крови. В области части кровоизлияний сосуды в виде тонких бесструктурных контуров. В неповрежденных отделах мозга сосуды с разволокнеными утолщенными стенками с набуханием эндотелия. Клеточная реакция вокруг кровоизлияний не выявлена. Миокард – межуточный отек, неравномерная гипертрофия кардиоцитов, умеренный перивазальный склероз. Легкие – перивазальный и перибронхиальный пневмосклероз, гнойный эндобронхит, очаговый гемосидероз легких. Очаговый гнойный альвеолит в перибронхиальных отделах паренхимы. Очаговые ателектазы. Неравномерно выраженный межуточный и внутриальвеолярный отек с геморрагическим компонентом.

Задание:

* 1. 1.Какие дополнительные исследования необходимо провести?
  2. 2.Зашифровать заболевание в свидетельстве о смерти?
  3. 3.Составить судебно-медицинский диагноз?
  4. 4.Определить наличие телесных повреждений?
  5. 5.Установить причину смерти?

Ответы:

1. Из трупа взяты: для судебно-гистологического исследования кусочки внутренних органов на патоморфологические изменения; для судебно-химического исследования кровь и моча на наличие алкоголя.
2. Свидетельство о смерти. В) цереброваскулярная болезнь. I 67.8.
3. СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКИЙ ДИАГНОЗ. Цереброваскулярная болезнь: множественные артериальные и венозные аневризмы сосудов базальной поверхности головного мозга. Осложнения: разрыв аневризмы в области устья правой передней мозговой артерии с диффузным субарахноидальным кровоизлиянием по базальной поверхности головного мозга и прорывом крови субдурально, субдуральная гематома со сдавлением головного мозга объемом 150 мл, смешанный инсульт в гипоталамусе, в веществе серого бугра и обонятельных луковиц, отек и набухание головного мозга с дислокацией; отек легких; гнойный эндобронхит, венозное полнокровие внутренних органов.
4. При судебно-медицинском исследовании трупа телесные повреждения не обнаружены.
5. Смерть наступила в результате заболевания, верифицированного как цереброваскулярная болезнь. Проявлениями заболевания явились множественные артериальные и венозные аневризмы сосудов базальной поверхности головного мозга. Заболевание осложнилось разрывом аневризмы в области устья правой передней мозговой артерии с диффузным субарахноидальным кровоизлиянием по базальной поверхности головного мозга и прорывом крови субдурально, субдуральная гематома со сдавлением головного мозга объемом 150 мл и смешанным инсультом в гипоталамусе, в веществе серого бугра и обонятельных луковиц. В финале развилась дислокация головного мозга с вклинением ствола в большое затылочное отверстие, что стало непосредственной причиной смерти. При поступлении пострадавшего в стационар в крови обнаружен этиловый спирт, концентрация которого соответствует легкой степени алкогольного опьянения по аналогии с живыми лицами.

**Задача № 4** (УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-5, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10)

ОБСТОЯТЕЛЬСТВА ДЕЛА: в направлении на судебно-медицинское исследование трупа не указаны.

Представлена медицинская карта стационарного больного из ГКБ на имя Б, 1976 г.р., который 30.09.07 в 7-30 бригадой скорой помощи был доставлен в НХО-2 с жалобами на головную боль, головокружение, тошноту, рвоту, общую слабость. Со слов больного упал дома, терял, сознание. Со слов врача скорой помощи был судорожный приступ. При поступлении состояние больного средней степени тяжести. Кожные покровы бледноваты, сухие, теплые на ощупь. Дыхание проводится по всем полям, хрипов нет. Тоны сердца приглушены ритмичны, ЧСС 76 ударов в минуту. АД=140/90 мм.рт.ст. Живот в акте дыхания участвует, при пальпации мягкий, безболезненный во всех отделах. Симптомов раздражения брюшины нет. Симптом двенадцатого ребра положителен справа. Сознание нарушено по типу оглушение 1-2. Изо рта запах похожий на алкоголь. Зрачки средних размеров, равны, горизонтальный нистагм. Фотореакция сохранена. Движения глазных яблок в полном объеме. Сухожильные рефлексы с рук равны, коленные равны, ахиллов равны. В позе Ромберга не устойчив, ПНП с промахиванием. Симптом Кернига 160 градусов, ригидность мышц затылка до 1см. Патологические стопные не вызываются. В лобно-височной области слева осадненность кожи. Отогемоназоликвореи не выявлено. Диагноз: закрытая черепно-мозговая травма, ушиб головного мозга, судорожный синдром. При ЭХО-ЭС от 01.10.07 смещения срединных структур головного мозга не выявлено. Дополнительные сигналы в передних отделах и в средне-задних больше слева. Проведена компьютерная томография головного мозга № 10831 от 02.10.07г.: травматических изменений костей свода черепа не выявлено; в височно-теменной области слева имеется контузионный очаг с кровоизлиянием 23х14 мм и отеком мозговой ткани 21х16 мм; срединные структуры головного мозга не смещены; желудочковая система и субарахноидальные пространства сужены; КТ-признаки гипертензионного синдрома. 03.10.07 осмотрен дежурным кардиологом, диагноз: гипертоническая болезнь 2, риск 3; гипертонический криз от 02.10.07г. При компьютерной томографии головного мозга № 10882 от 05.10.07г.: срединные структуры головного мозга не смещены; появился лакунарный ишемический очаг до 6,5 мм в диаметре в проекции лучистости мозолистого тела справа; зона кровоизлияния в проекции контузионного очага в теменной области слева несколько уменьшилась 20х11 мм, зона отека мозговой ткани в этой области остается. По дневниковым записям состояние больного постоянно тяжелое, жалобы на головную боль, с 03. 10. больной в сопоре, контакту недоступен, с 4.10. состояние крайней тяжести с падением АД до 100/60, диурез 50 мл. мочи в сутки. Несмотря на проводимое лечение, динамика заболевания отрицательная и 05.10.07 в 13-20 констатирована смерть больного.

ПОСМЕРТНЫЙ ДИАГНОЗ. Закрытая черепно-мозговая травма. Ушиб головного мозга 3 степени. *Сопутствующий.* Гипертоническая болезнь 3, риск 4. хроническая почечная недостаточность, стадия декомпенсации. *Осложнения.* Отек и набухание вещества головного мозга, отек легких, полиорганная недостаточность, острая дыхательная недостаточность. *Конкурирующий.* Острое пероральное отравление?

Алкоголь – данных нет.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Данные анализов | | | | |
| Параметры  дата | 30.09 | 1.10 | 4.10 | 5.10 |
| эритроциты | 2,7 | 2,37 | 2,56 | 3,01 |
| Цветной п. | 1,0 | 0,97 | 0,99 | 1,0 |
| гемоглобин | 88 | 17 | 85 | 100 |
| тромбоциты | 81 | 113 | 162 | 150 |
| Гематокрит |  | 21,9 | 23,3 | 28,6 |
| лейкоциты | 14,0 | 12,2 | 12,2 | 2,9 |
| базофилы |  |  | 1 |  |
| миелоциты |  |  |  | 22 |
| Юные |  |  |  | 25 |
| палочкоядерные | 4 | 3 | 40 | 31 |
| сегментоядерные | 85 | 88 | 48 | 7 |
| лимфоциты | 2 | 7 | 5 | 13 |
| моноциты | 9 | 2 | 5 | 2 |
| Плазматические клетки |  |  | 1 |  |
| Дегенеративные изменения нейтрофилов |  |  | + | +++ |
| Анизоцитоз |  | + | + | + |
| Пойкилоцитоз |  |  |  | + |
| Полихромазия |  | + |  | + |
| РОЭ | 44 | 35 | 52 | 55 |
| мочевина |  |  | 50,6 | 51,2 |
| креатинин |  |  | 1470 | 1350 |
| Билирубин общ. |  |  | м/с |  |
| Прямой |  |  | м/с |  |
| непрямой |  |  | м/с |  |
| Белок крови |  |  | 62,6 |  |
| Калий |  |  | 4,6 |  |
| Натрий |  |  | 140 |  |
| сахар |  |  | 5,9 |  |
| Уд. вес мочи |  |  | 1003 |  |
| Белок мочи |  |  | 380 |  |
| Лейкоциты мочи |  |  | 0-1 |  |
| Эритроциты мочи |  |  | 1-36 |  |

НАРУЖНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ. Труп мужчины, доставлен без одежды, среднего телосложения, правильного удовлетворительного питания, длиной тела 165 см. Кожа бледно-серая, холодная на ощупь во всех отделах, в отлогих местах тела сливные, фиолетовые, не исчезающие и не меняющие цвет при надавливании трупные пятна. Выраженная пастозность подкожной клетчатки нижних конечностей. Трупное окоченение достаточно выражено во всех обычно исследуемых группах мышц. Склеры глаз мутные, тусклые, суховаты, кровоизлияний в соединительные оболочки глаз не отмечается, зрачки равновелики по 0,5 см диаметром. Голова правильной формы, кости черепа и лицевого скелета на ощупь целы. Грудная клетка цилиндрическая, эластичная, упругая, ребра на ощупь целы. Живот на одном уровне с грудной клеткой. Естественные отверстия тела и полости рта и носоглотки свободны, чистые. Слизистая оболочка губ синюшная, подсохшая. Анальное отверстие сомкнуто, чистое. Половые органы развиты правильно по мужскому типу, яички в мошонке. Кости конечностей целы. ПОВРЕЖДЕНИЯ. Вокруг обоих глаз синюшные кровоподтеки в виде симптома «очков», диаметром по 5 см. Каких-либо повреждений, кроме следов медицинских манипуляций, при исследовании не обнаружено. При проведении воздушной пробы – воздух из плевральных полостей и полостей сердца не получен. При проведении судебно-медицинского исследования трупа использовались: кожные разрезы по методу **Медведева**.

ВНУТРЕННЕЕ ИССЛЕДОВАНИЕ Извлечение органокомплекса произведено по методу **Шора,** с распилом ребер спереди. Череп вскрывался угловым распилом. Масса органов.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Масса | **№ 303** | норма |
| Мозг | **1600** | До 1400 |
| Легкое правое | **1100** | 450 |
| левое | **990** | 375 |
| Сердце | **450** | 200-400 |
| Печень | **1700** | 1200-2000 |
| Селезенка | **110** | 80-180 |
| Почки обе | **-** | 275-310 |
| Левая | **120** |  |
| Правая | **35** |  |

ПОЛОСТЬ ЧЕРЕПА. Слева на границе затылочной и височной областей слабо выраженное кровоизлияние с размытыми контурами диаметром 3 см. Твердая мозговая оболочка напряжена, серо-перламутрового цвета, блестящая, в синусах ее темная жидкая кровь в большом количестве. Субдуральное пространство свободно.

Каких-либо кровоизлияний в мягких мозговых оболочках не выявлено, кроме перивазальных петехий. Мягкие мозговые оболочки тонкие, прозрачные с полнокровными сосудами. Головной мозг эластичный. Борозды мозга несколько сглажены, извилины слегка уплощены. Головной мозг исследовался методом Вирхова. При разрезах головного мозга в левом большом полушарии на уровне прецентральной извилины, не доходя до мягких мозговых оболочек на 0,4 см, в веществе мозга округлая внутримозговая гематома представленная эластичным единым темно-вишневым свертком крови диаметром 1,5 см. Каких-либо кровоизлияний в веществе мозга вокруг гематомы макроскопически не выявлено. Каких либо очагов некроза и иных повреждений вещества мозга, кроме вышеописанной гематомы - при исследовании не выявлено. На миндаликах мозжечка не выявлена кольцевидная полоса вдавления от краев большого затылочного отверстия. Головной мозг дрябло-эластичный, на разрезах с четкой границей серого и белого вещества и мраморным рисунком подкорковых ядер. Поверхности разрезов тускловаты, липнут к лезвию ножа. Желудочки мозга симметричны, обычного объема, эпендима их бледно-серая, блестящая, влажная, в полостях желудочков следы прозрачной соломенного цвета жидкости. Сосудистые сплетения обычного вида, полнокровны.

ОРГАНЫ ШЕИ, ГРУДНОЙ И БРЮШНОЙ ПОЛОСТЕЙ: язык синюшный, влажный, обложен сероватым, не снимающимся налетом. Слизистые оболочки носоглотки синюшные, влажные, блестящие. В мягких тканях шеи повреждений и кровоизлияний не обнаружено. В плевральных полостях по 200 мл прозрачной жидкости, легкие выполняют полости полностью, с блестящей, гладкой и влажной плеврой. Органы брюшной полости расположены анатомически правильно, в полости 500 мл прозрачной жидкости соломенного цвета. Листки брюшины гладкие, влажные, блестящие. Просвет пищевода свободен, слизистая его бледно-серая, продольно складчатая. Вход и просвет гортани свободен, слизистая оболочка ее бледно-серая. Подъязычная кость и хрящи гортани целы, в мягких тканях ее повреждений не обнаружено. Просвет трахеи и главных бронхов свободен, хрящи трахеи целы. Щитовидная железа обычных размеров, с равновеликими долями, плотно-эластичная, темно-коричневая, на разрезе полнокровна, дольчатого строения. Аорта эластична, со следами жидкой крови в просвете и рассеянными липидными пятнами.

Легкие мономорфно черно-вишневые с поверхности и на разрезах, «тяжелые». На разрезах на вышеуказанном фоне множественные серые, смыкающиеся между собой очаги, расползающиеся под пальцами. Слизистые оболочки воздухо-проводящих путей светло-розовые, набухшие. Бифуркационные лимфоузлы располагаются в виде пакетов диаметром от 1 до 2 см, эластичные, не спаянные между собой и с окружающими тканями, темно-синюшные, на разрезах сочные, с обычным рисунком. В полости перикарда 100 мл мутноватой с серым оттенком жидкости, листки его гладкие, влажные, тусклые. Сердце плотное, 14х14х12 см, с избыточным отложением жира под эпикардом. В полостях сердца немного жидкой темной крови. Миокард тусклый, эластичный, с сетчатым разрастанием бледно-серой ткани, неравномерного кровенаполнения. Толщина стенки правого желудочка 0,3 см, левого 2,5 см. Эпикард ярко розовый, мутноватый, влажный. Клапанный и пристеночный эндокард несколько утолщен, мутный, клапаны сформированы правильно. Коронарные артерии с неравномерно утолщенными стенками за счет полулунных и кольцевидных атеросклеротических бляшек с кальцинозом без облитерации просвета.

Желудок пустой, содержимое кишечника отделам соответствует, слизистые оболочки желудочно-кишечного тракта бледно-серые. Мезентериальные лимфоузлы располагаются раздельно, диаметр их не более 1 см, эластичны. Печень 23х16х15х10 см, полнокровная, плотно-эластичная, коричневая с поверхности, на разрезах темно-красным крапом. Просвет внепеченочных желчевыводящих путей свободно проходим. Поджелудочная железа обычных размеров, плотно-эластичная, бледно-серая, на разрезах – дольчатого строения. Селезенка 6х4х3 см, эластичная, синюшная с гипоплазией белой пульпы, на разрезах без соскоба. Надпочечники листовидной формы, обычных размеров, на разрезах граница слоев четкая. Почки: левая 11х4,5х3 см, правая 7х3х2 см. Поверхность почек мелко-бугристая, почки плотные, с поверхности и на разрезах, пестрые за счет множественных сероватых выбухающих очагов не более 0,5 см диаметром. Капсула плотно приращена, с трудом снимается тупым путем. На разрезах слои неразличимы из-за вышеуказанной пестроты. Слизистые оболочки лоханок и чашечек бледно-синюшные, гладкие, блестящие, просвет их свободен. Мочеточники проходимы на всем протяжении, с бледно-серой слизистой. Мочевой пузырь пуст, слизистая оболочка его складчатая, бледно-серая, уретра свободно проходима. В кишечнике зеленовато-коричневые каловые массы.

Данные дополнительных методов исследования:

**А К Т** Судебно-гистологического исследования № 6259. Судебно-медицинским экспертом П., стаж работы свыше 20 лет, категория высшая, произведено исследование кусочков внутренних органов от трупа Б., 1976 г.р. ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Легкие – множественные очаги некрозов паренхимы с большим количеством колоний кокков, с наличием гемосидерофагов и кровоизлияний в очагах некрозов. Вне некрозов лейкоцитарная инфильтрация межальвеолярных перегородок, выполнение просвета бронхов и альвеол сегментоядерными лейкоцитами с примесью макрофагов, клеточного детрита. Стаз крови в сосудах, внутриальвеолярные кровоизлияния.

Почки – клубочки деформированы, часть клубочков напоминает «проволочные петли», в части клубочков набухание мезангия, а в большинстве в строме клубочков эозинофильный фибриноидный некроз. В капиллярах клубочков неравномерное кровенаполнение. Большое количество частично склерозированных клубочков. Просвет капсулы Шумлянского свободен. пролиферация эндотелия отсутствует. В приносящих артериолах картина полиморфна, часть артериол с выраженным утолщением за счет склероза стенки, в части артериол фибриноидный некроз соединительной ткани. Аналогичные изменения во всех артериях почки. В части полей зрения вокруг клубочков умеренный мононуклеарный инфильтрат. Умеренный склероз в отдельных полях зрения области извитых канальцев 1 порядка. Рядом с этими участками канальцы с резко эктазированным просветом. В просвете части канальцев эозинофильные мономорфные массы, в части канальцев зернистые эозинофильные массы в небольшом количестве. В ряде полей зрения в просвете канальцев базофильные зернистые массы. В сосудах неравномерное кровенаполнение вплоть до стаза крови в венах с перивазальными кровоизлияниями.

Миокард – выражен межуточный отек. Неравномерная гипертрофия кардиоцитов. В поляризованном свете контрактурных изменений кардиоцитов не выявлено. Интрамуральные сосуды со склерозированными утолщенными стенками. В межуточной соединительной ткани мукоидные набухания. Эпикард утолщен с мукоидным набуханием и участками фибриноидного некроза соединительной ткани, незначительным разрастанием фибробластов, рассеянными гемосидерофагами. В клапанах фибриноидное набухание и фибриноидные некрозы соединительной ткани, наложения на клапанах отсутствуют.

Головной мозг – мягкие мозговые оболочки разволокнены за счет перивазального отека, артерии с утолщенными стенками за счет склероза, в отдельных полях зрения с участками мукоидного набухания соединительной ткани. Множественные перивазальные кровоизлияния. В коре головного мозга массивное выпадение нейронов с нарушением гистоархитектоники, часть сосудов с утолщенными стенками из-за набухания соединительной ткани. Выражен периваскулярный и перицеллюлярный отек. в других кусочках перивазальные внутримозговые кровоизлияния ниже коркового слоя, отделенные от мягких мозговых оболочек неповрежденным мозгом. Вокруг кровоизлияний некроз вещества мозга, выраженные внеклеточные гипергидратации и отсутствие перифокальной клеточной реакции. В кровоизлияниях гемолиз эритроцитов.

Селезенка – полное отсутствие лимфоидных фолликулов, выраженное полнокровие синусов и пульпы, утолщение и склероз стенок всех артерий, в артериях мелкого калибра эозинофильный склероз соединительной ткани.

Бифуркационные лимфоузлы – стаз крови в сосудах, отсутствие лимфоидных фолликулов, гипоплазия лимфоидной ткани. слизистая оболочка бронха в зоне бифуркации десквамирована, клеточная инфильтрация не выявлена.

Задание:

* + 1. Какие дополнительные исследования необходимо провести?
    2. Зашифровать заболевание в свидетельстве о смерти?
    3. Составить судебно-медицинский диагноз?
    4. Определить наличие телесных повреждений?
    5. Установить причину смерти?

Ответы:

* + - 1. Из трупа взяты: для судебно-гистологического исследования кусочки внутренних органов на патоморфологические изменения; для судебно-химического исследования кровь и моча на наличие алкоголя.
      2. Свидетельство о смерти. В) Хронический интракапиллярный гломерулонефрит. N 01.3.
      3. СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКИЙ ДИАГНОЗ. Хронический интракапиллярный гломерулонефрит с исходом во вторично сморщенные почки, частичная атрофия правой почки, выраженный артерио- и гломерулосклероз почек, деформация клубочков до феномена «проволочных петель». Осложнения: почечная недостаточность – водянка полостей (двусторонний гидроторакс – по 200 мл, гидроперитонеум – 500 мл, гидроперикард – 100 мл), пастозность подкожной клетчатки нижних конечностей, серозный эпикардит; мукоидное, фибриноидное набухание и участки фибриноидного некроза соединительной ткани миокарда, сосудов сердца и почек; гипертонический синдром – гипертрофия миокарда левого желудочка сердца до 2,5 см, склероз сосудов головного мозга, кровоизлияние с образованием внутримозговой гематомы в теменной доле левого полушария головного мозга; двусторонняя гнойно-некротическая бронхопневмония, отек и набухание головного мозга; отек легких; венозное полнокровие внутренних органов.
      4. При судебно-медицинском исследовании трупа обнаружены следующие телесные повреждения: кровоподтеки вокруг глаз в виде симптома очков. Повреждения не являются опасными для жизни в момент причинения, вреда здоровью не причинили, и не имеют какой либо связи со смертью. При исследовании трупа, каких либо данных за черепно-мозговую травму не выявлено, обнаруженное внутримозговое кровоизлияние имеет нетравматический характер и обусловлено разрывом патологически измененного сосуда при гипертоническом синдроме, связанным с основным заболеванием. Данных в истории болезни о наличия алкоголя в крови пострадавшего не обнаружено.
      5. Смерть наступила в результате заболевания – хронического гломерулонефрита с исходом в нефросклероз и вторично сморщенные почки и осложнившегося острой почечной недостаточностью. Заключение подтверждается выявленной морфологической картиной (почки: левая 11х4,5х3 см, правая 7х3х2 см; поверхность почек мелко-бугристая; клубочки деформированы, часть клубочков напоминает «проволочные петли», в части клубочков набухание мезангия, а в большинстве в строме клубочков эозинофильный фибриноидный некроз. Большое количество частично склерозированных клубочков. В приносящих артериолах картина полиморфна, часть артериол с выраженным утолщением за счет склероза стенки, в части артериол фибриноидный некроз соединительной ткани. В части полей зрения вокруг клубочков умеренный мононуклеарный инфильтрат.) и данными медицинской документации – олигоанурия (введено 2023 мл жидкости, выведено – 200 мл, мочевина - 50, 6, креатинин – 1470).

**Задача № 5** (УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-5, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10)

ОБСТОЯТЕЛЬСТВА ДЕЛА: в направлении на судебно-медицинское исследование трупа не указаны.

Представлена медицинская карта стационарного больного из ГКБ на имя К, 1962 г.р., который 23.09.07 в 10-00 бригадой скорой помощи был доставлен в ХО-1 с жалобами на боли опоясывающего характера, тошноту, рвоту, сухость во рту, одышку. Заболел 20.09.07, когда после погрешностей в диете появились вышеперечисленные жалобы. Состояние прогрессивно ухудшалось – боли нарастали, появилась одышка. Из анамнеза установлено, что больной страдает сахарным диабетом 2 тип. При поступлении состояние тяжелое. В сознании, адекватен, ориентирован. Повышенного питания, правильного телосложения. Кожные покровы бледные, влажные. Периферические лимфоузлы не пальпируются. Дыхание везикулярное, проводится во всех отделах, хрипов нет. ЧДД 26 в минуту. Сердечные тоны ясные, ритмичные, шумов нет. Пульс 110 в минуту. АД 130/90 мм.рт.ст. Симптом «12 ребра» отрицательный с обеих сторон. Язык сухой, обложен белым налетом. Живот не вздут, симметричен, в акте дыхания участвует равномерно. При пальпации напряжен, болезненный в эпигастрии и обоих подреберьях. Симптомов раздражения брюшины нет. Притупления в отлогих местах нет. Печень по краю реберной дуги. Тонус сфинктера сохранен, ампула пуста, инфильтратов и болезненности стенок нет. Больной осмотрен терапевтом, диагноз: сахарный диабет 2 тип в стадии декомпенсации, кетоз от 23.09.07г. В 18-10 состояние больного резко ухудшилось. несмотря на проводимые реанимационные мероприятия в 18-50 23.09.07г. констатирована смерть больного.

ПОСМЕРТНЫЙ ДИАГНОЗ. Острый панкреатит, тяжелое течение. … шок. Эндотоксикоз тяжелой степени. ТЭЛА. ОДН. Острая сердечная недостаточность. *Конкурирующицй.* Острая спаечно-кишечная непроходимость. *Сопутствующий.* Сахарный диабет 2 тип, стадия декомпенсации, кетоз.

Алкоголь -

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Данные анализов | | | | |
| Параметры  дата | 23.09 |  |  |  |
| Гемоглобин | 202 |  |  |  |
| РОЭ | 6 |  |  |  |
| Мочевина | 23,3 |  |  |  |
| сахар | 17,3 |  |  |  |
| Кетоновые тела | 250 |  |  |  |

НАРУЖНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ. Труп мужчины, доставлен без одежды, среднего телосложения, удовлетворительного питания, длиной тела 174 см. Выраженная синюшность лица и верхних отделах грудной клетки. На уровне голеностопных суставов и на стопах по тыльной, наружной и внутренней поверхностям варикозное расширение подкожных вен до 0,5 см шириной. При послойных разрезах в просвете всех поверхностных вен жидкая темная кровь. Толщина подкожной жировой клетчатки на груди до 3х см, на животе до 7 см. Живот выше уровня грудной клетки, напряжен. Кожа в остальных отделах бледно-серая, холодная на ощупь во всех отделах, в отлогих местах тела сливные, фиолетовые, не исчезающие и не меняющие цвет при надавливании трупные пятна. Трупное окоченение достаточно выражено во всех обычно исследуемых группах мышц. Склеры глаз мутные, тусклые, суховаты, кровоизлияний в соединительные оболочки глаз не отмечается, зрачки равновелики по 0,6 см диаметром. Голова правильной формы, кости черепа и лицевого скелета на ощупь целы. Грудная клетка цилиндрическая, эластичная, упругая, ребра на ощупь целы. Естественные отверстия тела и полости рта и носоглотки свободны, чистые. Слизистая оболочка губ синюшная, подсохшая. Анальное отверстие сомкнуто. Половые органы развиты правильно. Кости конечностей целы.

ПОВРЕЖДЕНИЯ. Справа в подключичной области две точечных ранки по средней ключичной линии, с промежутком 0,5 см, без кровоизлияний вокруг них. Кровоизлияний в мягкие ткани подключичной области не выявлено. Каких-либо повреждений, кроме следов медицинских манипуляций, при наружном исследовании не обнаружено.

При проведении воздушной пробы – воздух из плевральных не получен, в правом предсердии единичные пузырьки воздуха..

ВНУТРЕННЕЕ ИССЛЕДОВАНИЕ

При проведении судебно-медицинского исследования трупа использовались: кожные разрезы по методу **Медведева**.

ВНУТРЕННЕЕ ИССЛЕДОВАНИЕ

Извлечение органокомплекса произведено по методу **Шора,** с распилом ребер спереди. Череп вскрывался угловым распилом.

Масса органов.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Масса | **№ 298** | норма |
| Мозг | **1200** | До 1400 |
| Легкое правое | **440** | 450 |
| левое | **430** | 375 |
| Сердце | **550** | 200-400 |
| Печень | **3400** | 1200-2000 |
| Селезенка | **250** | 80-180 |
| Почки обе | **520** | 275-310 |
| Правая/Левая | **260/260** |  |

ПОЛОСТЬ ЧЕРЕПА. Головной мозг исследовался методом Вирхова. Кожно-мышечный лоскут головы блестящий, полнокровный, без кровоизлияний и повреждений. Кости свода и основания черепа целы. Твердая мозговая оболочка несколько напряжена, серо-перламутрового цвета, блестящая, в синусах ее темная жидкая кровь в большом количестве. Субдуральное пространство свободно. Мягкие мозговые оболочки тонкие, прозрачные с полнокровными сосудами, по ходу которых рассеянные точечные субарахноидальные кровоизлияния в глубине борозд. Борозды мозга несколько сглажены, извилины слегка уплощены. Признаков дислокации мозга не выявлено. Головной мозг дрябло-эластичный, на разрезах с четкой границей серого и белого вещества и мраморным рисунком подкорковых ядер. Поверхности разрезов тускловаты, липнут к лезвию ножа. Желудочки мозга симметричны, обычного объема, эпендима их бледно-серая, блестящая, влажная, в полостях желудочков следы прозрачной соломенного цвета жидкости. Сосудистые сплетения обычного вида, полнокровны. Спинной мозг не вскрывался.

ОРГАНЫ ШЕИ, ГРУДНОЙ И БРЮШНОЙ ПОЛОСТЕЙ: язык синюшный, влажный, обложен серовато-желтым, не снимающимся налетом. Слизистая оболочка глотки, гортани и трахеи розового цвета, с просвете пенистая розовая жидкость в небольшом количестве. В мягких тканях шеи повреждений и кровоизлияний не обнаружено. В плевральных полостях следы прозрачной жидкости, легкие выполняют 2\3 полостей, с блестящей, гладкой и влажной плеврой. Органы брюшной полости расположены анатомически правильно, в полости следы прозрачной жидкости соломенного цвета. Листки брюшины гладкие, влажные, блестящие. Просвет пищевода свободен, слизистая его бледно-серая, продольно складчатая. Подъязычная кость и хрящи гортани целы, в мягких тканях ее повреждений не обнаружено. Просвет трахеи и главных бронхов свободен, хрящи трахеи целы. Щитовидная железа обычных размеров, с равновеликими долями, плотно-эластичная, темно-коричневая, на разрезе полнокровна, дольчатого строения. Аорта эластична, со смешанными сверками крови в просвете и рассеянными липидными пятнами и множественными атеросклеротическими бляшками в разных стадиях развития в интиме, при рассечении - края расходятся до 5 см. Под висцеральной плеврой, особенно, в прикорневых отделах легких и по базальным поверхностям, множественные точечные кровоизлияния. Легкие синюшные в передних и темно-синюшные в задних отделах, тестоватой консистенции. На разрезах темно-красные, мономорфные с четким рисунком из сосудов вытекает жидкая кровь в повышенном количестве. Слизистые оболочки воздухо-проводящих путей светло-розовые, набухшие. Бифуркационные лимфоузлы располагаются в виде пакетов диаметром от 1 до 2 см, эластичные, не спаянные между собой и с окружающими тканями, темно-синюшные, на разрезах сочные, с обычным рисунком. В полости перикарда следы прозрачной жидкости, листки его гладкие, влажные, блестящие Сердце 15х15х12 см, перикард обложен жиром, нисходящая ветвь левой коронарной артерии магистрального типа. В просвете правого желудочка и предсердия смешанные свертки крови. Аналогичные свертки в легочной стволе. Просвет коронарных артерий свободен, кровоизлияний вокруг артерий не выявлено, атеросклеротические изменение в виде минимальных полулунных утолщений стенок артерий, без облитерации просвета. Толщина стенки левого желудочка 1,5 см. Путь оттока слева 9 см, путь притока 8 см. Справа приток 8,5 см, отток 11 см. Миокард тусклый, дряблый, на разрезах глинистого вида, полнокровен. Клапаны сформированы правильно с тонкими створками.

При ревизии брюшной полости петли кишечника раздуты газами, спаек и каких либо препятствий не обнаружено. При извлечении органокомплекса по методу Шора резкое полнокровие нижней полой вены с наличием темно-вишневых свертков крови. Справа на уровне Боугеневой заслонки плоскостные спайки, слегка сужающие просвет кишки, признаков кишечной непроходимости не выявлено. Селезенка 27х20х4 см, дряблая расползается под пальцами, на разрезах темно-красная, белая пульпа не определяется, умеренный соскоб. Тонкий кишечник заслонкой выполнен темно-серой полужидкой кашицеобразной массой. При ревизии поджелудочной железы по малой кривизне желудка множественные спайки. Поджелудочная железа 19х5х5 см. На разрезах пестрая с тусклой поверхностью и отсутствием дольчатости. Пестрая, за счет чередующихся серо-красных и серо-желтых участков, в теле и хвосте поджелудочной железы дольчатость не определяется. Головка поджелудочной железы увеличена в диаметре до 7 см, плотная, безструктурная, темно-вишневого цвета, с множественными кровоизлияниями. При дальнейшей ревизии с тела поджелудочной железы на окружающую клетчатку распространяется черно-серого цвета инфильтрат диаметром 10 см. В центре вышеуказанного участка полость диаметром 1 см с грязно-зеленым кашицеобразным содержимым. Поджелудочная железа 550 грамм. Желчный пузырь напряжен. В пузыре 180 мл жидкой темной желчи, проходимость протока желчного пузыря сужена из-за его сужения до 0,2 см. Холедох проходим. Печень 31х24х12х19 см, желтая с поверхности и на разрезах, полнокровна. Слизистая желчного пузыря синюшная с прожилками черного цвета на слизистой, не снимающаяся тупым путем. Надпочечники листовидной формы. Почки равновелики, бобовидной формы 14х6х8 см, по 260 грамм. Очень дряблые, паренхима наползает на капсулу, капсула снимается легко, обнажая ровную поверхность. На разрезах слои не различимы, паренхима мономорфная синюшная, с темно-красным крапом и инъекциями сосудов.

**ДАННЫЕ ДОПОЛНИТЕЛЬНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ.**

**А К Т** Судебно-гистологического исследования № 6002. ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Поджелудочная железа – структура железы не определяется. Во всех полях зрения чередование жировых и паренхиматозных некрозов с лейкоцитарными инфильтратами и большим количеством гемосидерофагов.

Миокард – межуточный отек, фрагментация отдельных кардиоцитов до 3 степени, в части кардиоцитов релаксация саркомеров, выраженная фрагментация клеток сердечной мышцы. Отдельные кардиоциты с пикнотичными ядрами, не поляризуют свет, на гематоксилин-эозине - с мономорфной набухшей цитоплазмой. Отмечаются некрозы отдельных кардиоцитов. Сосуды миокарда с неравномерным кровенаполнением, разволокнеными стенками, набухшим эндотелием. В ряде полей зрения картина простого ожирения миокарда.

Селезенка – полнокровие синусов и пульпы, фолликулы мелкие без светлых центров с выраженной гипоплазией лимфоидной ткани.

Почки – тотальный некронефроз коркового слоя с некрозом как канальцевого, так и клубочкового аппарата. Неравномерное кровенаполнение сосудов вплоть до стаза.

Лейкоцитарная инфильтрация вокруг Холедоха с множественными некрозами в его стенке.

Легкие – ателектаз, межальвеолярные перегородки разволокнены за счет межуточного отека, множественные интерстициальные с прорывом в просвет альвеол кровоизлияния и большим количеством гемосидерофагов.

Печень – жировой гепатоз 3 степени с центродольковыми некрозами отдельных гепатоцитов, с малокровием синусоидов.

Двенадцатиперстная кишка – лимфо-лейкоцитарная инфильтрация слизистой, не распространяющаяся на подслизистый слой.

Головной мозг – массивное выпадение нейронов коры. В мягких мозговых оболочках перивазальный отек, неравномерное кровенаполнение сосудов вплоть до стаза. Выражен периваскулярный и перицеллюлярный отек. В мозжечке очаговые выпадения клеток Пуркинье. Неравномерное кровенаполнение сосудов. Перивазальные кровоизлияния в мягких мозговых оболочках.

Задание:

1. Какие дополнительные исследования необходимо провести?

1. Зашифровать заболевание в свидетельстве о смерти?
2. Составить судебно-медицинский диагноз?
3. Определить наличие телесных повреждений?
4. Установить причину смерти?

Ответы:

1. Из трупа взяты: для судебно-гистологического исследования кусочки внутренних органов на патоморфологические изменения; для судебно-химического исследования кровь и моча на наличие алкоголя.
2. Свидетельство о смерти В) панкреонекроз. К-85.
3. СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКИЙ ДИАГНОЗ. Тотальный смешанный панкреонекроз: в поджелудочной железе чередование жировых и паренхиматозных некрозов с лейкоцитарными инфильтратами и большим количеством гемосидерофагов. Осложнения: токсическое поражение миокарда - межуточный отек, фрагментация отдельных кардиоцитов до 3 степени, в части кардиоцитов релаксация саркомеров, выраженная фрагментация клеток сердечной мышцы, некрозы отдельных кардиоцитов; тотальный некронефроз; отек легких с геморрагическим компонентом; венозное полнокровие внутренних органов. Соп. Жировой гепатоз 3 ст. Фиброзные спайки в брюшной полости.
4. При судебно-медицинском исследовании трупа телесные повреждения не обнаружены.
5. Смерть наступила в результате заболевания – тотального смешанного панкреонекроза, что морфологически подтвердилось чередованием в поджелудочной железе жировых и паренхиматозных некрозов с лейкоцитарными инфильтратами и большим количеством гемосидерофагов. Заболевание осложнилось тотальным нефронекрозом и токсическим поражением миокарда. Данных за механическую кишечную непроходимость не выявлено. При судебно-химическом исследовании в крови и фрагменте мочевого пузыря не обнаружен этиловый спирт.

**6. Перечень практических умений по изучаемой теме**

(УК-1, УК-2, УК-3, ПК-5, ПК-6, ПК-10);

-применять на практике основы законодательства РФ о здравоохранении и директивные документы, определяющие деятельность органов и учреждений здравоохранения;

-оформлять типовые формы медицинской документации для бюро судебно-медицинской экспертизы;

**7. Рекомендации по выполнению НИР**

Примерная тематика по НИР по теме - не предусмотрена.

**8. Рекомендованная литература по теме занятия (обязательная, дополнительная, электронные ресурсы, включая законодательные и нормативно-правовые документы)**

**Занятие № 50**

**1. Индекс: ОД.О.01.1.8.65 Тема: «Онкология.**

**2. Форма организации занятия:** подготовка к практическому занятию.

**3. Перечень вопросов для самоподготовки по теме практического занятия**

1. ВОПРОС Каковы особенности исследования трупа человека, умершего в лечебном учреждении(УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-5, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10)

ОТВЕТ: 15—20% трупов, поступающих в морг СМЭ, доставляются из стационаров. Исследование таких трупов проводится, как обычно, в соответствии с правилами судебно-медицинского исследования трупа. Однако надо учесть, что при оказании медицинской помощи претерпевают значительные изменения уже имевшиеся повреждения, а также наносятся новые;

в ряде случаев оказывает влияние на лабораторные исследования трупа предшествующий прием лекарственных препаратов. Так, при реанимационных действиях появляются повреждения, которые относят к патологии реанимации. При оценке следует определять прижизненность их нанесения. Это ссадины передней поверхности груди, переломы ребер и грудины и пристеночной плевры при непрямом массаже сердца, повреждения надгортанника и трахеи вследствие интубации, повреждения стенки правого желудочка сердца и тампонады его при глубокой катетеризации подключичных вен, изменение состава крови, приводящее к неправильной оценке количества прижизненно принятого алкоголя, наблюдаемое при инфузионной и при шоковой терапии. При закрытой черепно-мозговой травме проводится трепанация черепа, при полостных операциях груди и живота извлекаются внутренние органы, иссекаются края ран. Указанные повреждения от медицинских манипуляций, а также изъятые поврежденные органы и иссеченные края ран, если не сохраняются для судебно-медицинской экспертизы, должны изучаться по истории болезни. Помимо истории болезни и других медицинских документов следует использовать протоколы допроса врачей.

2. ВОПРОС Какие основные вопросы следует ставить при назначении судебно-медицинской экспертизы по поводу ненасильственной смерти? (УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-5, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10)

ОТВЕТ: 1. Отчего наступила смерть?

2. Имеются ли на трупе какие-либо повреждения или внешние воздействия?

3. Могли ли повреждения, выявленные на трупе, быть причиной смерти или способствовать ее наступлению?

4. Имеются ли на трупе признаки каких-либо заболеваний, не могли ли они стать причиной смерти или способствовать ее наступлению?

5. Находился ли умерший незадолго до смерти в алкогольном опьянении? В какой степени?

6. Могло ли алкогольное опьянение явиться причиной наступления смерти или способствовать ее наступлению?

7. Какие внешние неблагоприятные факторы могли способствовать наступлению скоропостижной смерти?

**4.Самоконтроль по тестовым заданиям данной темы**

1. ПРИЧИНОЙ СМЕРТИ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИИ ГРИППОМ МОЖЕТ БЫТЬ (ПК-5)

1) ишемическая болезнь

2) печеночная недостаточность

3) кишечная непроходимость

4) пневмония

5) тромбоэмболия легочной артерии

Правильный ответ: 4

1. ПРИЧИНУ СМЕРТИ ОТ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ ПРИ НАЛИЧИИ КЛИНИЧЕСКИХ ДАННЫХ УСТАНАВЛИВАЮТ НА ОСНОВАНИИ(ПК-5)

1) биологического исследования

2) генетического исследования

3) гистологического исследования

4) микробиологического исследования

5) опроса родных

Правильный ответ: 3

1. ПРИ АЛЛЕРГИЧЕСКОМ (АНАФИЛАКТИЧЕСКОМ) ШОКЕ В КРОВИ, БРОНХИАЛЬНОМ СЕКРЕТЕ, В МЕЖКЛЕТОЧНЫХ ПРОСТРАНСТВАХ МИКРОСКОПИЧЕСКИ ОБНАРУЖИВАЕТСЯ ПОВЫШЕННОЕ СОДЕРЖАНИЕ(ПК-5)

1) нейтрофилов (тканевой распределительный лейкоцитоз)

2) моноцитов

3) эозинофилов

4) лимфоцитов

5) тромбоцитов

Правильный ответ: 3

1. ПРИЧИНОЙ СМЕРТИ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ ПРИ УМЕРЕННОЙ И НЕЗНАЧИТЕЛЬНОЙ ФИЗИЧЕСКОЙ НАГРУЗКЕ МОЖЕТ ЯВИТЬСЯ (ПК-5)

1) врожденные пороки развития сердечно-сосудистой системы

2) гастрит

3) заболевания опорно-двигательной системы

4) психоэмоциональное напряжение

5) заболевание ЖКТ

Правильный ответ: 1

1. ПРИЧИНОЙ СМЕРТИ В УСЛОВИЯХ ПОВЫШЕННОЙ ФИЗИЧЕСКОЙ НАГРУЗКИ У «ПРАКТИЧЕСКИ ЗДОРОВЫХ» ЛЮДЕЙ, МОЖЕТ БЫТЬ (ПК-5)

1) курение

2) бессимптомно протекающие заболевания

3) психоэмоциональное напряжение

4) физической нагрузки

5) погодные условия

Правильный ответ: 2

1. ПРОБА НА ВОЗДУШНУЮ ЭМБОЛИЮ НЕ СЧИТАЕТСЯ ПОЛОЖИТЕЛЬНОЙ, ЕСЛИ ИЗ ПРОКОЛОТОГО ПОД ВОДОЙ СЕРДЦА ВЫДЕЛЯЮТСЯ ПУЗЫРЬКИ ГАЗА (ПК-5)

1) выделяются из правого предсердия и правого желудочка

2) выделяется из левого предсердия и левого желудочка

3) выделяются из правых и левых отделов сердца

4) выделяются из дуги аорты

5) выделяются из легочных вен

Правильный ответ: 4

1. КУСОЧКИ ТКАНЕЙ, НАПРАВЛЯЕМЫЕ НА СУДЕБНО-ГИСТОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ, ДОЛЖНЫ (ПК-5)

1) быть округлой формы

2) захватывать участок как патологически измененной, так и интактной ткани

3) захватывать участок только измененной ткани

4) захватывать участки только интактной ткани

5) быть трапециевидной формы

Правильный ответ: 2

1. НА БАКТЕРИОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ НЕОБХОДИМО НАПРАВИТЬ СТЕРИЛЬНО ВЗЯТЫЕ(ПК-5)

1) кровь

2) мочу

3) ногти

4) волосы

5) сперму

Правильный ответ: 1

1. ТИПИЧНЫМИ ЗОНАМИ КРОВОИЗЛИЯНИЙ В МОЗГ ПРИ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ЯВЛЯЮТСЯ (ПК-5)

1) оболочки мозга

2) желудочки и подкорковые ядра больших полушарий

3) мозжечок

4) типичная локализация отсутствует

5) продолговатый мозг

Правильный ответ: 2

1. НЕПОСРЕДСТВЕННОЙ ПРИЧИНОЙ СМЕРТИ ПРИ ЭПИЛЕПТИЧЕСКОМ СТАТУСЕ ЯВЛЯЕТСЯ (ПК-5)

1) кровоизлияние в мозг

2) паралич дыхательного центра

3) отек и набухание головного мозга

4) паралич сосудистого центра

5) кровоизлияние в оболочки мозга

Правильный ответ: 3

**5. Самоконтроль по ситуационным задачам**

**Задача № 1.** (УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-5, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10)

**ОБСТОЯТЕЛЬСТВА ДЕЛА.** В направлении на судебно-медицинское исследование трупа не указаны.

Представлен акт о смерти. Б., 48 лет доставлен бригадой скорой помощи в приемное отделение 1.11.07г. в 23-50 в крайне тяжелом состоянии. Жалоб на момент осмотра не предъявляет в связи с нарушением сознания – сопор. Из анамнеза (со слов матери) заболел в мае 2007г. когда появились слабость в ногах, в июне 2007г. стационарное лечение в неврологическом отделении ГКБ. С июня 2007г. постепенно отрицательная динамика: тремор в руках, замедленные движения. Последние 3 недели лежит, на обращенную речь не реагирует, наблюдался участковым терапевтом, неврологом по месту жительства. Дополнительных методов обследования не проводилось. Объективно: кожные покровы бледные, сухие, на крестце пролежень 3х5 см с признаками перифокального воспаления. Дыхание проводится по всем полям, ЧДД 20\мин. Сердечные тоны приглушены, ритмичные, ЧСС 80\мин. АД 90\60 мм.рт.ст. Моча выведена катетером – желтая, прозрачная. Неврологический статус: сопор. Взор фиксирован прямо. Рот открыт. Язык в полости рта. Сухожильные рефлексы с рук высокие, с ног низкие. Положительный синдром «подушки». Менингиальных знаков нет. Произведена рентгенография черепа, легких – патологии не выявлено. ЭКГ – ритм синусовый, ЧСС 88\мин. УЗИ брюшной полости – патологии не выявлено, диффузные изменения печени, компременты в желчном пузыре. 2.11.07 в 0-20 внезапно состояние больного резко ухудшилось – спонтанные движения грудной клетки отсутствуют, давление и пульс на периферических артериях не определяются. Реанимационные мероприятия в течение 20 минут без эффекта. В 0-40 2.11.2007г. констатирована биологическая смерть больного.

НАРУЖНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ. Труп мужчины, доставлен без одежды, среднего телосложения, правильного удовлетворительного питания, длиной тела 178 см. Кожа бледно-серая, холодная на ощупь во всех отделах, в отлогих местах тела сливные, фиолетовые, не исчезающие и не меняющие цвет при надавливании трупные пятна. Трупное окоченение достаточно выражено во всех обычно исследуемых группах мышц. Склеры глаз мутные, тусклые, суховаты, кровоизлияний в соединительные оболочки глаз не отмечается, зрачки равновелики по 0,5 см диаметром. Голова правильной формы, кости черепа и лицевого скелета на ощупь целы. Грудная клетка цилиндрическая, эластичная, упругая, ребра на ощупь целы. Живот на одном уровне с грудной клеткой. Естественные отверстия тела и полости рта и носоглотки свободны, чистые. Слизистая оболочка губ синюшная, подсохшая. Анальное отверстие сомкнуто, кожа вокруг него чистая. Половые органы развиты правильно. Кости конечностей целы.

ПОВРЕЖДЕНИЯ. Каких-либо повреждений, кроме следов медицинских манипуляций, при исследовании не обнаружено. При проведении воздушной пробы – воздух из плевральных полостей и полостей сердца не получен. При проведении судебно-медицинского исследования трупа использовались: кожные разрезы по методу **Шора**.

ВНУТРЕННЕЕ ИССЛЕДОВАНИЕ

Извлечение органокомплекса произведено по методу **Шора,** с распилом ребер спереди. Череп вскрывался угловым распилом.

Масса органов.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Масса | **№ 323** | норма |
| Мозг | **1100** | До 1400 |
| Легкое правое | **590** | 450 |
| левое | **450** | 375 |
| Сердце | **360** | 200-400 |
| Печень | **1700** | 1200-2000 |
| Селезенка | **110** | 80-180 |
| Почки обе | **300** | 275-310 |
| Правая/Левая | **145/155** |  |

ПОЛОСТЬ ЧЕРЕПА. Головной мозг исследовался методом Вирхова. Кожно-мышечный лоскут головы блестящий, полнокровный, без кровоизлияний и повреждений. Кости свода и основания черепа целы. Твердая мозговая оболочка напряжена, серо-перламутрового цвета, блестящая, в синусах ее темная жидкая кровь в большом количестве. Субдуральное пространство свободно. Мягкие мозговые оболочки тонкие, прозрачные с полнокровными сосудами, походу которых рассеянные точечные субарахноидальные кровоизлияния в глубине борозд. Умеренный атеросклероз сосудов Вилизиева круга, наиболее выраженный в основной артерии с наличием на ней полулунной атеросклеротической бляшки с облитерацией просвета до 1/3. Борозды мозга несколько сглажены, извилины слегка уплощены. Головной мозг дрябло-эластичный, на разрезах с четкой границей серого и белого вещества и мраморным рисунком подкорковых ядер. Поверхности разрезов тускловаты, липнут к лезвию ножа. Желудочки мозга симметричны, обычного объема, эпендима их бледно-серая, блестящая, влажная, в полостях желудочков следы прозрачной соломенного цвета жидкости. Сосудистые сплетения обычного вида, полнокровны.

ОРГАНЫ ШЕИ, ГРУДНОЙ И БРЮШНОЙ ПОЛОСТЕЙ: язык синюшный, влажный, обложен серовато-желтым, не снимающимся налетом. Слизистые оболочки носоглотки синюшные, влажные, блестящие. В мягких тканях шеи повреждений и кровоизлияний не обнаружено. В плевральных полостях следы прозрачной жидкости, Легкие полностью выполняют плевральные полости с отпечатками ребер. Органы брюшной полости расположены анатомически правильно, в полости следы прозрачной жидкости соломенного цвета. Листки брюшины гладкие, влажные, блестящие. Просвет пищевода свободен, слизистая его бледно-серая, продольно складчатая. Вход и просвет гортани свободен. Подъязычная кость и хрящи гортани целы, в мягких тканях ее повреждений не обнаружено. Просвет трахеи и главных бронхов свободен, хрящи трахеи целы. Щитовидная железа обычных размеров, с равновеликими долями, плотно-эластичная, темно-коричневая, на разрезе полнокровна, дольчатого строения. Аорта эластична, со следами жидкой крови в просвете и рассеянными липидными пятнами и множественными атеросклеротическими бляшками в разных стадиях развития в интиме, с наибольшей концентрацией в области бифуркации.

Под висцеральной плеврой, особенно, в прикорневых отделах легких и по базальным поверхностям, множественные точечные кровоизлияния. Легкие тестоватые, бледно-розовато-синюшные, на разрезах розовые. С поверхности разрезов из сосудов стекает повышенное количество жидкой темной крови. На разрезах над поверхностями разрезов выступают бронхи в виде «гусиных перьев». Просвет бронхов ниже главных бронхов полностью выполнен жидким желто-зеленым гноем, слизистые оболочки гортани, трахеи и бронхов гиперемированы, отечны с налетом фибрина.

Бифуркационные лимфоузлы располагаются в виде пакетов диаметром от 1 до 2 см, эластичные, не спаянные между собой и с окружающими тканями, темно-синюшные, на разрезах сочные, с обычным рисунком. В полости перикарда следы прозрачной жидкости, листки его гладкие, влажные, блестящие. Сердце дрябло-эластичное, 12х11х10 см, с избыточным отложением жира под эпикардом. В полостях сердца смешанные свертки крови. Миокард розовато-синюшный, эластичный, с сетчатым разрастанием соединительной ткани, неравномерного кровенаполнения. В задней стенке левого желудочка с переходом на перегородку на всю толщу миокарда на участке диаметром 4 см очаговое темно-вишневое прокрашивание миокарда на фоне которого рассеянные мелкие участки более бледной окраски. Толщина стенки правого желудочка 0,3 см, левого 1,5 см. Клапанный и пристеночный эндокард утолщен, мутный, клапаны сформированы правильно. Коронарные артерии с неравномерно утолщенными стенками за счет полулунных и кольцевидных атеросклеротических бляшек с кальцинозом, с облитерацией просвета не более чем на 1/3.

Желудок пустой, содержимое кишечника отделам соответствует, слизистые оболочки желудочно-кишечного тракта бледно-серые. Мезентериальные лимфоузлы располагаются раздельно, диаметр их не более 1 см, эластичны. Печень 25х17х15х13 см, плотно-эластичная, коричневая с поверхности и на разрезах, полнокровная, со смазанным рисунком долек. Просвет внепеченочных желчевыводящих путей свободно проходим. Поджелудочная железа обычных размеров, плотно-эластичная, бледно-серая, на разрезах – дольчатого строения. Селезенка 9х7х5 см, дрябло-эластичная, синюшная, с гипоплазией белой пульпы, на разрезах с обильным соскобом. Надпочечники листовидной формы, обычных размеров, на разрезах граница слоев четкая. Почки равновелики, 11х7х5 см, дрябло-эластичные. Капсула сползает при надрезе, обнажая ровную поверхность. По краю разреза паренхима наползает на капсулу. На разрезах корковый слой - синюшный, с темно-красным крапом и подчеркнутым рисунком, мозговой слой также с подчеркнутым рисунком, граница слоев отчетливо выражена с полнокровием юкстагломерулярной зоны. Слизистые оболочки лоханок и чашечек бледно-синюшные, гладкие, блестящие, просвет их свободен. Мочеточники проходимы на всем протяжении, с бледно-серой слизистой. Мочевой пузырь пуст, слизистая оболочка его складчатая, бледно-серая, уретра свободно проходима.

**ДАННЫЕ ДОПОЛНИТЕЛЬНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ.**

1.А К ТСудебно-гистологического исследования. внутренних органов от трупа ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Миокард – выражен межуточный отек, фрагментация кардиоцитов, в поляризованном свете отдельные кардиоциты с контрактурными изменениями 1-3 степени, очаговые перивазальные кровоизлияния в паренхиме, распространяющиеся в толщу миокарда. В части кардиоцитов в поляризованном свете неравномерное свечение «миокард, изъеденный молью». Миолизис отдельных кардиоцитов. Умеренный фуксинофильный перивазальный склероз. Большое количество жировой клетчатке в эпикарде с разрастанием ее перивазально на субэпикардиальные отделы миокарда.

Почки – во всех сосудах стаз крови, в клубочках набухание мезангия, просвет капсулы Шумлянского свободен. склероз стенок приносящих артериол, очаговый гломерулосклероз, эпителий канальцев с дистрофическими изменениями.

Легкие – гнойный эндобронхит, перибронхиальный и перивазальный пневмосклероз. В сосудах стаз крови с агрегацией эритроцитов вплоть до сладж феномена. Очаговый внутриальвеолярный отек, выраженный межуточный отек, полнокровие капилляров.

Задание:

1. Какие дополнительные исследования необходимо провести?
2. Зашифровать заболевание в свидетельстве о смерти?
3. Составить судебно-медицинский диагноз?
4. Определить наличие телесных повреждений?
5. Установить причину смерти?

Ответы:

* 1. 1.Из трупа взяты: для судебно-гистологического исследования кусочки внутренних органов на патоморфологические изменения; для судебно-химического исследования кровь и моча на наличие алкоголя.
  2. 2.Свидетельство о смерти. В) хронический гнойный бронхит J 41.1.
  3. 3.СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКИЙ ДИАГНОЗ. Хронический гнойный бронхит с обструкцией гноем просвета бронхов: перибронхиальный и перивазальный пневмосклероз, острая эмфизема легких с отпечатками ребер, точечные кровоизлияния под висцеральную плевру, венозное полнокровие внутренних органов, токсико-гипоксические изменения миокарда - межуточный отек, фрагментация кардиоцитов отдельные кардиоциты с контрактурными изменениями 1-3 степени, очаговые перивазальные кровоизлияния в паренхиме, распространяющиеся в толщу миокарда, миолизис отдельных кардиоцитов.
  4. 4.При судебно-медицинском исследовании трупа телесные повреждения не обнаружены.
  5. 5.Смерть наступила в результате заболевания, верифицированного как хронический гнойный бронхит с обструкцией гноем просвета бронхов. Проявлениями заболевания явились перибронхиальный и перивазальный пневмосклероз и гнойное воспаление с слизистой оболочке воздухо-проводящих путей. Закупорка гноем просвета бронхов обусловила острую легочно-сердечную недостаточность, явившуюся непосредственной причиной смерти. При судебно-химическом исследовании вещественных доказательств, изъятых при вскрытии трупа, этиловый спирт не обнаружен.

**Задача № 2** (УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-5, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10)

**ОБСТОЯТЕЛЬСТВА ДЕЛА.** В направлении на судебно-медицинское исследование трупа не указаны.Представлена медицинская карта стационарного больного из ГКБ на имя Н.Ф., 1928 г.р., которая 20.10.07г. в 13-30 бригадой скорой помощи была доставлена в 1 травматологическое отделение с жалобами на боли в правом тазобедренном суставе. При поступлении состояние больной ближе к удовлетворительному, в сознании, ориентирована. Кожные покровы чистые, видимые слизистые розовые, влажные. Дыхание спонтанное, проводится с обеих сторон, ослаблено в нижних отделах, влажные хрипы. Тоны сердца приглушены, ритмичные. АД 130х90 мм.рт.ст. Пульс 76\мин. Живот не вздут, безболезненный при пальпации. Отек, болезненность и положительный симптом «прилипшей» пятки справа. При рентгенологическом исследовании № 21380 от 20.10.07г. перелом шейки правого бедра со смещением. При рентгенографии № 644 от 25.10.07г.: смещение дистального фрагмента шейки правого бедра кверху еще остается под углом 105 градусов. Состояние по дневникам ближе у удовлетворительному. 31.10. - взята на операцию в плановом порядке. *Операции:* 1) 31.10.07г. Закрытая репозиция шейки правого бедра копрессир. винтами. Во время операционных мероприятий развилась клиника тромбоэмболии. Реанимационные мероприятия в течение 30 минут эффекта не дали. 31.10.07г. в 10-30 констатирована смерть больной.

ПОСМЕРТНЫЙ ДИАГНОЗ. Флеботромбоз нижних конечностей. *Осложнения.* Тромбоэмболия ветвей легочной артерии. *Сопутствующий.* Медиальный варусный перелом шейки правого бедра. ИБС. Стенокардия 2-3 фкл. Болезнь лев. прав. Пучка Гиса. Гипертоническая болезнь 3 риск 4.

*Операции:* 1) 31.10.07г. Закрытая репозиция шейки правого бедра копрессир. винтами.

Алкоголь -

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Данные анализов | | | | |
| Параметры  дата | 20.10 | 22.10 |  |  |
| гемоглобин | 149 | 155 |  |  |
| лейкоциты | 7,5 | 5,3 |  |  |
| палочкоядерные |  | 3 |  |  |
| сегментоядерные |  | 66 |  |  |
| лимфоциты |  | 27 |  |  |
| моноциты |  | 4 |  |  |
| РОЭ | 13 | 16 |  |  |
| мочевина |  | 6,7 |  |  |
| Белок крови |  | 56,1 |  |  |
| Калий |  | 3,4 |  |  |
| Натрий |  | 148 |  |  |
| сахар |  | 5,7 |  |  |
| Уд. вес мочи |  | м\м |  |  |
| Белок мочи |  | 320 |  |  |
| Лейкоциты мочи |  | 12-17 |  |  |
| Эритроциты мочи |  | 3-5 |  |  |

НАРУЖНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ. Труп женщины, доставлен без одежды, среднего телосложения, правильного удовлетворительного питания, длиной тела 160 см. Кожа бледно-серая, холодная на ощупь во всех отделах, в отлогих местах тела сливные, фиолетовые, не исчезающие и не меняющие цвет при надавливании трупные пятна. Трупное окоченение достаточно выражено во всех обычно исследуемых группах мышц. Склеры глаз мутные, тусклые, суховаты, кровоизлияний в соединительные оболочки глаз не отмечается, зрачки равновелики по 0,4 см диаметром. Голова правильной формы, кости черепа и лицевого скелета на ощупь целы. Грудная клетка цилиндрическая, эластичная, упругая, ребра на ощупь целы. Живот на одном уровне с грудной клеткой. Естественные отверстия тела и полости рта и носоглотки свободны, чистые. Слизистая оболочка губ синюшная, подсохшая. Анальное отверстие сомкнуто, кожа вокруг него чистая. Половые органы развиты правильно. Кости конечностей целы.

ПОВРЕЖДЕНИЯ. Справа в проекции шейки бедра вертикальный ушитый операционный разрез длиной 15 см. При ревизии - перелом шейки бедра скрепленный металлическими спицами. В зоне перелома и операции инфильтрирующие кровоизлияния в мышцы.

Каких-либо других повреждений, кроме следов медицинских манипуляций, при исследовании не обнаружено. При проведении воздушной пробы – воздух из плевральных полостей и полостей сердца не получен. При проведении судебно-медицинского исследования трупа использовались: кожные разрезы по методу **Шора**.

ВНУТРЕННЕЕ ИССЛЕДОВАНИЕ

Извлечение органокомплекса произведено по методу **Шора**, с распилом ребер спереди. Череп вскрывался угловым распилом. Доступ к спинному мозгу осуществлялся сзади по методу Медведева. Доступ к костному мозгу был осуществлен поперечным распилом правой бедренной кости.

Масса органов.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Масса | **№ 322** | норма |
| Мозг | **1200** | До 1400 |
| Легкое правое | **500** | 450 |
| левое | **450** | 375 |
| Сердце | **390** | 200-400 |
| Печень | **1600** | 1200-2000 |
| Селезенка | **80** | 80-180 |
| Почки обе | **270** | 275-310 |
| Правая/Левая | **140/130** |  |

ПОЛОСТЬ ЧЕРЕПА. Головной мозг исследовался методом Вирхова. Кожно-мышечный лоскут головы блестящий, полнокровный, без кровоизлияний и повреждений. Кости свода и основания черепа целы. Твердая мозговая оболочка напряжена, серо-перламутрового цвета, блестящая, в синусах ее темная жидкая кровь в большом количестве. Субдуральное пространство свободно. Мягкие мозговые оболочки тонкие, прозрачные с полнокровными сосудами, походу которых рассеянные точечные субарахноидальные кровоизлияния в глубине борозд. Борозды мозга несколько сглажены, извилины слегка уплощены. Сосуды Вилизиева круга с небольшим количеством полулунных атеросклеротических бляшек с облитерацией просвета не более чем на 1/3. Головной мозг дрябло-эластичный, на разрезах с четкой границей серого и белого вещества и мраморным рисунком подкорковых ядер. Поверхности разрезов тускловаты, липнут к лезвию ножа. Желудочки мозга симметричны, обычного объема, эпендима их бледно-серая, блестящая, влажная, в полостях желудочков следы прозрачной соломенного цвета жидкости. Сосудистые сплетения обычного вида, полнокровны.

ОРГАНЫ ШЕИ, ГРУДНОЙ И БРЮШНОЙ ПОЛОСТЕЙ: язык синюшный, влажный, обложен серовато-желтым, не снимающимся налетом. Слизистые оболочки носоглотки синюшные, влажные, блестящие. В мягких тканях шеи повреждений и кровоизлияний не обнаружено. В плевральных полостях следы прозрачной жидкости, легкие выполняют 2\3 полостей, с блестящей, гладкой и влажной плеврой. Органы брюшной полости расположены анатомически правильно, в полости следы прозрачной жидкости соломенного цвета. Листки брюшины гладкие, влажные, блестящие. Просвет пищевода свободен, слизистая его бледно-серая, продольно складчатая. Вход и просвет гортани свободен, слизистая оболочка ее бледно-серая. Подъязычная кость и хрящи гортани целы, в мягких тканях ее повреждений не обнаружено. Просвет трахеи и главных бронхов свободен, хрящи трахеи целы. Щитовидная железа обычных размеров, с равновеликими долями, плотно-эластичная, темно-коричневая, на разрезе полнокровна, дольчатого строения.

Выраженный атеросклероз аорты в виде атеросклеротических бляшек в разной стадии развития, наиболее выражен на уровне бифуркации.

При ревизии сосудов легких - в обеих легочных артериях вколоченные плотные тромбоэмболы, при их извлечении со стороны легочной паренхимы тромбоэмболы плотные повторяют форму сосудов, смыкаясь в легочных артериях в единые образования, задняя часть которых состоит из рыхлых свертков крови, неровная. При ревизии сосудов нижних конечностей в сосудах жидкая кровь.

При ревизии нижней полой вены, на уровне подхода подвздошных вен - утолщение с серым прокрашиванием стенки на участке диаметром 0,5 см с наложением на этом участке тромботических масс синюшного цвета, с толщиной наложения не более 0,1 см.

Под висцеральной плеврой, особенно, в прикорневых отделах легких и по базальным поверхностям, множественные точечные кровоизлияния. Легкие синюшные в передних и темно-синюшные в задних отделах, тестоватой консистенции, на разрезах темно-красные с обычным рисунком, полнокровны. Слизистые оболочки воздухо-проводящих путей светло-розовые, набухшие. Бифуркационные лимфоузлы располагаются в виде пакетов диаметром от 1 до 2 см, эластичные, не спаянные между собой и с окружающими тканями, темно-синюшные, на разрезах сочные, с обычным рисунком. В полости перикарда следы прозрачной жидкости, листки его гладкие, влажные, блестящие. Сердце дрябло-эластичное, 11х10х9 см, с избыточным отложением жира под эпикардом. В полостях сердца немного жидкой темной крови. Миокард розовато-синюшный, эластичный, с сетчатым разрастанием соединительной ткани, неравномерного кровенаполнения. Толщина стенки правого желудочка 0,3 см, левого 1,5 см. Клапанный и пристеночный эндокард утолщен, мутный, клапаны сформированы правильно. Коронарные артерии с неравномерно утолщенными стенками за счет полулунных и кольцевидных атеросклеротических бляшек с кальцинозом, с облитерацией просвета не более 1/3.

Желудок пустой, содержимое кишечника отделам соответствует, слизистые оболочки желудочно-кишечного тракта бледно-серые. Мезентериальные лимфоузлы располагаются раздельно, диаметр их не более 1 см, эластичны. Печень 24х18х16х13 см, плотно-эластичная, крупнобугристая, желто-коричневая с поверхности и на разрезах, полнокровная, со смазанным рисунком долек. Просвет внепеченочных желчевыводящих путей свободно проходим. Поджелудочная железа обычных размеров, плотно-эластичная, бледно-серая, на разрезах – дольчатого строения. Селезенка 7х4х3 см, эластичная, синюшная с гипоплазией белой пульпы, на разрезах без соскоба. Надпочечники листовидной формы, обычных размеров, на разрезах граница слоев четкая. Почки равновелики, 10х6,5х5 см, дрябло-эластичные. Капсула сползает при надрезе, обнажая ровную поверхность. По краю разреза паренхима наползает на капсулу. На разрезах корковый слой - синюшный, с темно-красным крапом и подчеркнутым рисунком, мозговой слой также с подчеркнутым рисунком, граница слоев отчетливо выражена с полнокровием юкстагломерулярной зоны. Слизистые оболочки лоханок и чашечек бледно-синюшные, гладкие, блестящие, просвет их свободен. Мочеточники проходимы на всем протяжении, с бледно-серой слизистой. Мочевой пузырь пуст, слизистая оболочка его складчатая, бледно-серая, уретра свободно проходима.

ПОЗВОНОЧНИК И СПИННОЙ МОЗГ: при ревизии позвоночного столба повреждений не обнаружено. Эпи- и субдуральные пространства свободны, твердая мозговая оболочка напряжена, бледно-серая, блестящая, мягкие мозговые оболочки тонкие, прозрачные, спинной мозг дряблый, на разрезах обычного рисунка.

**А К Т** Судебно-гистологического исследования № 6780. ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Под маркером «а» - в стенке нижней полой вены умеренный склероз, признаков воспаления не выявлено, большое количество формалинового пигмента, на интиме наложения фибрина и остатки смешанного тромба.

Под маркером «б» - смешанный тромб.

Миокард – фрагментация неравномерно гипертрофированных кардиоцитов, единичные кардиоцыты в поляризованном свете с контрактурными изменениями вплоть до 3 степени. Межуточный отек и умеренный перивазальный склероз. Малокровие сосудов.

Легкие – альвеолы с пустым просветом, в сосудах всех групп стаз крови, выраженное полнокровие капилляров с пролабированием их в просвет альвеол

Задание:

1. Какие дополнительные исследования необходимо провести?
2. Зашифровать заболевание в свидетельстве о смерти?
3. Составить судебно-медицинский диагноз?
4. Определить наличие телесных повреждений?
5. Установить причину смерти?

Ответы:

* 1. 1.Из трупа взяты: для судебно-гистологического исследования кусочки внутренних органов на патоморфологические изменения; для судебно-химического исследования кровь и моча на наличие алкоголя.
  2. 2.Свидетельство о смерти. В) Хронический тромбофлебит нижней полой вены с пристеночным тромбозом. I - 80.8
  3. 3.СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКИЙ ДИАГНОЗ. Хронический тромбофлебит нижней полой вены с пристеночным тромбозом. Осложнения: тромбоэмболия обеих легочных артерий, жидкая крови в полостях сердца, стаз крови в сосудах микроциркуляции органов дыхания, венозное полнокровие внутренних органов.Соп. Закрытый перелом шейки правого бедра. Операции: 1) 31.10.07г. Закрытая репозиция шейки правого бедра.
  4. 4.При судебно-медицинском исследовании трупа обнаружены следующие телесные повреждения: закрытый перелом шейки правого бедра.
  5. 5.Смерть наступила в результате заболевания, верифицированного как хронический тромбофлебит нижней полой вены с пристеночным тромбозом, осложнившегося отрывом тромба и тромбоэмболией обеих легочных артерий, что обусловило острую легочно-сердечную недостаточность.

**Задача № 3** (УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-5, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10)

ОБСТОЯТЕЛЬСТВА ДЕЛА: в направлении на судебно-медицинское исследование трупа не указаны.

Представлена медицинская карта стационарного больного из ГКБ на имя С, 1947 г.р., который 7.10.07г. в 0-25 бригадой скорой помощи был доставлен в токсикологическое отделение. Со слов врача скорой помощи, злоупотреблял алкоголем 3 дня, 6.10 выпил около 700 мл водки, родные не смогли разбудить. При поступлении состояние тяжелое, сознание кома 1-2. Кожные покровы бледно-розовые, умеренной влажности. Склеры умеренно инъецированы. Зрачки обычные, равны. Фотореакция отсутствует. Рефлексы снижены. Мышечный тонус снижен. Дыхание спонтанное, адекватное, ЧДД 16-20\мин, везикулярное, проводится по всем полям, хрипов нет. АД 130/80 мм.рт.ст. Пульс 86 в минуту. Изо рта определяется запах алкоголя. Живот не вздут, участвует в акте дыхания, мягкий. Печень +2 см из под края реберной дуги. В 6-40 у больного развился судорожный синдром с последующей остановкой дыхания и сердечной деятельности. Реанимационные мероприятия без эффекта. В 7-15 07.10.07г. констатирована смерть больного.

ПОСМЕРТНЫЙ ДИАГНОЗ. Алкогольная интоксикация тяжелой степени. *Осложнения.* Токсическая энцефалопатия. Судорожный синдром. *Конкурирующий.* Острое нарушение мозгового кровообращения. Острая коронарная недостаточность.

Алкоголь – данных нет.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Данные анализов | | | | |
| Параметры  дата | 7.10 |  |  |  |
| гемоглобин | 170 |  |  |  |
| РОЭ | 2 |  |  |  |
| Амилаза | 90 |  |  |  |
| мочевина | 5,9 |  |  |  |
| Билирубин общ. | 12,4 |  |  |  |
| Прямой | 2,5 |  |  |  |
| непрямой | 9,9 |  |  |  |
| Белок крови | 80,9 |  |  |  |
| Калий | м/с |  |  |  |
| Натрий | м/с |  |  |  |
| сахар | 11,1 |  |  |  |
| АЛТ | 92,5 |  |  |  |
| Уд. вес мочи | 1015 |  |  |  |
| Белок мочи |  |  |  |  |
| Лейкоциты мочи | 0-1-2 |  |  |  |
| Эритроциты мочи |  |  |  |  |

НАРУЖНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ. Труп мужчины, доставлен без одежды, среднего телосложения, правильного удовлетворительного питания, длиной тела 175 см. Кожа бледно-серая, холодная на ощупь во всех отделах, в отлогих местах тела сливные, фиолетовые, не исчезающие и не меняющие цвет при надавливании трупные пятна. Трупное окоченение достаточно выражено во всех обычно исследуемых группах мышц. Склеры глаз мутные, тусклые, суховаты, кровоизлияний в соединительные оболочки глаз не отмечается, зрачки равновелики по 0,4 см диаметром. Голова правильной формы, кости черепа и лицевого скелета на ощупь целы. Грудная клетка цилиндрическая, эластичная, упругая, ребра на ощупь целы. Живот на одном уровне с грудной клеткой. Естественные отверстия тела и полости рта и носоглотки свободны, чистые. Слизистая оболочка губ синюшная, подсохшая. Анальное отверстие сомкнуто. Половые органы развиты правильно, по мужскому типу, яички в мошонке. Кости конечностей целы.

ПОВРЕЖДЕНИЯ. Каких-либо повреждений, кроме следов медицинских манипуляций, при исследовании не обнаружено. При проведении воздушной пробы – воздух из плевральных полостей и полостей сердца не получен.

ВНУТРЕННЕЕ ИССЛЕДОВАНИЕ

Извлечение органокомплекса произведено по методу **Шора,** с распилом ребер спереди. Череп вскрывался угловым распилом.

Масса органов.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Масса | **№ 305** | норма |
| Мозг | **1600** | До 1400 |
| Легкое правое | **570** | 450 |
| левое | **610** | 375 |
| Сердце | **350** | 200-400 |
| Печень | **1800** | 1200-2000 |
| Селезенка | **90** | 80-180 |
| Почки обе | **300** | 275-310 |
| Правая/Левая | **145/155** | - |

ПОЛОСТЬ ЧЕРЕПА. В кожно-мышечном лоскуте головы слева на границе затылочной и височной области слабо выраженное темно-красное кровоизлияние с четкими контурами диаметром 3 см. Кости свода и основания черепа целы. Твердая мозговая оболочка напряжена, серо-перламутрового цвета, блестящая, в синусах ее темная жидкая кровь в большом количестве. Субдурально справа по наружной поверхности мозга, распространяясь на базальную поверхность -гематома, состоящая из блестящих эластичных темно-вишневых свертков и темной густой жидкой крови общим объемом 150 мл. По базальной поверхности мозга диффузная инфильтрация кровью мягких мозговых оболочек на всю толщу, с выполнением кровью мозговых цистерн спереди зрительного перекреста и в области ножек мозга. Сосуды в области Вилизиева круга, как артерии, так и вены, с тонкими стенками, с множественными участками аневризматически растянутого просвета диаметром до 0,7 см, хаотично переплетены, четко визуализируется Вилизиев круг и основные мозговые артерии. В передней части Вилизиева круга, в устье правой передней мозговой артерии линейный разрыв одной из аневризм по передне-нижней поверхности сосуда, над ним разрыв мягких мозговых оболочек длиной 0,5 см.

Справа и слева в гипоталамусе, в веществе серого бугра и обонятельных луковиц симметричные очаговые, смыкающиеся между собой кровоизлияния на глубину до 1,5 см (на поперечном разрезе рисунок кровоизлияний напоминает «бабочку»), справа с образованием внутримозговой гематомы с жидкой кровью объемом 1 мл. Кровоизлияния в веществе мозга распространяются на правую ножку мозга. Пропитывание кровью гипофиза. Справа по наружной поверхности большого полушария сформировано ложе гематомы в виде вдавленного участка диаметром 5 см. Головной мозг исследовался методом Вирхова. Мягкие мозговые оболочки, вне кровоизлияния, тонкие, прозрачные с полнокровными сосудами, походу которых рассеянные точечные субарахноидальные кровоизлияния в глубине борозд. Борозды мозга сглажены, извилины уплощены. На миндаликах мозжечка кольцевидная полоса вдавления от краев большого затылочного отверстия, шириной 0,3 см, с губовидным выпячиванием вещества мозга внутри кольца и кровоизлияниями в глубине вдавленной полосы. Головной мозг дрябло-эластичный, на разрезах с смазанной границей серого и белого вещества и мраморным рисунком подкорковых ядер. Поверхности разрезов тускловаты, липнут к лезвию ножа. Желудочки мозга симметричны, обычного объема, эпендима их бледно-серая, блестящая, влажная, в полостях желудочков следы прозрачной соломенного цвета жидкости. Сосудистые сплетения обычного вида, полнокровны.

ОРГАНЫ ШЕИ, ГРУДНОЙ И БРЮШНОЙ ПОЛОСТЕЙ: язык синюшный, влажный, обложен серовато-желтым, не снимающимся налетом. Слизистые оболочки носоглотки синюшные, влажные, блестящие. В мягких тканях шеи повреждений и кровоизлияний не обнаружено. В плевральных полостях следы прозрачной жидкости, легкие выполняют 2\3 полостей, с блестящей, гладкой и влажной плеврой. Органы брюшной полости расположены анатомически правильно, в полости следы прозрачной жидкости соломенного цвета. Листки брюшины гладкие, влажные, блестящие. Просвет пищевода свободен, слизистая его бледно-серая, продольно складчатая. Вход и просвет гортани свободен, слизистая оболочка ее бледно-серая. Подъязычная кость и хрящи гортани целы, в мягких тканях ее повреждений не обнаружено. Просвет трахеи и главных бронхов свободен, хрящи трахеи целы. Щитовидная железа обычных размеров, с равновеликими долями, плотно-эластичная, темно-коричневая, на разрезе полнокровна, дольчатого строения. Аорта эластична, со следами жидкой крови в просвете и рассеянными липидными пятнами и множественными атеросклеротическими бляшками в разных стадиях развития в интиме.

Легкие выполняют 2/3 полостей, с блестящей, гладкой и влажной плеврой. Легкие синюшные в передних и темно-синюшные в задних отделах, неравномерно уплотнены, на разрезах пестрые, выбухающие темно-красно-серые очаги чередуются с западающими красными. Над поверхностями разрезов выступают бронхи в виде «гусиных перьев». Слизистые оболочки воздухо-проводящих путей светло-розовые, набухшие, в просвете небольшое количество жидкого желтого гноя. Бифуркационные лимфоузлы располагаются в виде пакетов диаметром от 1 до 2 см, эластичные, не спаянные между собой и с окружающими тканями, темно-синюшные, на разрезах сочные, с обычным рисунком. В полости перикарда следы прозрачной жидкости, листки его гладкие, влажные, блестящие. Сердце дрябло-эластичное, 11х10х9 см, с избыточным отложением жира под эпикардом. В полостях сердца немного жидкой темной крови с мелкими единичными темно-вишневыми свертками. Миокард розовато-синюшный, эластичный, с сетчатым разрастанием соединительной ткани, неравномерного кровенаполнения. Толщина стенки правого желудочка 0,3 см, левого 1,4 см. Клапанный и пристеночный эндокард утолщен, мутный, клапаны сформированы правильно. Коронарные артерии с неравномерно утолщенными стенками за счет полулунных и кольцевидных атеросклеротических бляшек с кальцинозом, с облитерацией просвета на 1/3.

Желудок пустой, содержимое кишечника отделам соответствует, слизистые оболочки желудочно-кишечного тракта бледно-серые. Мезентериальные лимфоузлы располагаются раздельно, диаметр их не более 1 см, эластичны. Печень 26х18х15х13 см, плотно-эластичная, желто-коричневая с поверхности и на разрезах, полнокровная, со смазанным рисунком долек. Просвет внепеченочных желчевыводящих путей свободно проходим. Поджелудочная железа обычных размеров, плотно-эластичная, бледно-серая, на разрезах – дольчатого строения. Селезенка 7х5х3 см, эластичная, синюшная с гипоплазией белой пульпы, на разрезах без соскоба. Надпочечники листовидной формы, обычных размеров, на разрезах граница слоев четкая. Почки равновелики, 12х7х5 см, дрябло-эластичные. Капсула сползает при надрезе, обнажая ровную поверхность. По краю разреза паренхима наползает на капсулу. На разрезах корковый слой - синюшный, с темно-красным крапом и подчеркнутым рисунком, мозговой слой также с подчеркнутым рисунком, граница слоев отчетливо выражена с полнокровием юкстагломерулярной зоны. Слизистые оболочки лоханок и чашечек бледно-синюшные, гладкие, блестящие, просвет их свободен. Мочеточники проходимы на всем протяжении, с бледно-серой слизистой. Мочевой пузырь пуст, слизистая оболочка его складчатая, бледно-серая, уретра свободно проходима.

**ДАННЫЕ ДОПОЛНИТЕЛЬНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ.**

1.Представлен акт судебно-химического исследования № 5748. При судебно-химическом исследовании вещественных доказательств, изъятых при вскрытии трупа, обнаружен этиловый спирт в концентрации: в крови 1,2 промилле, в моче 1,9 промилле.

2.А К ТСудебно-гистологического исследования № 6270. ЗАКЛЮЧЕНИЕ: Сосуды области передней части Вилизиева круга (маркировка «а») – артерии и вены с аневризматически растянутым просветом, стенки сосудов с очагами склероза, в ряде полей зрения утолщены с признаками начального атеросклероза в артериях, в ряде полей зрения резко истончены. В стенке одной из аневризматически измененных артерий на высоте истончения поперечный разрыв с мелкими некрозами в толще стенки. Среди артерий расположены нервные стволы зрительного тракта с интерстициальными кровоизлияниями. Головной мозг (базальные отделы) – множественные перивазальные кровоизлияния с разрушением вещества мозга, часть кровоизлияний из свежих эритроцитов, часть – с гемолизом эритроцитов, мелкие рассеянные очаги гемосидероза. Большое количество сосудов со стазом крови. В области части кровоизлияний сосуды в виде тонких бесструктурных контуров. В неповрежденных отделах мозга сосуды с разволокнеными утолщенными стенками с набуханием эндотелия. Клеточная реакция вокруг кровоизлияний не выявлена. Миокард – межуточный отек, неравномерная гипертрофия кардиоцитов, умеренный перивазальный склероз. Легкие – перивазальный и перибронхиальный пневмосклероз, гнойный эндобронхит, очаговый гемосидероз легких. Очаговый гнойный альвеолит в перибронхиальных отделах паренхимы. Очаговые ателектазы. Неравномерно выраженный межуточный и внутриальвеолярный отек с геморрагическим компонентом.

Задание:

* 1. Какие дополнительные исследования необходимо провести?
  2. Зашифровать заболевание в свидетельстве о смерти?
  3. Составить судебно-медицинский диагноз?
  4. Определить наличие телесных повреждений?
  5. Установить причину смерти?

Ответы:

1. Из трупа взяты: для судебно-гистологического исследования кусочки внутренних органов на патоморфологические изменения; для судебно-химического исследования кровь и моча на наличие алкоголя.
2. Свидетельство о смерти. В) цереброваскулярная болезнь. I 67.8.
3. СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКИЙ ДИАГНОЗ. Цереброваскулярная болезнь: множественные артериальные и венозные аневризмы сосудов базальной поверхности головного мозга. Осложнения: разрыв аневризмы в области устья правой передней мозговой артерии с диффузным субарахноидальным кровоизлиянием по базальной поверхности головного мозга и прорывом крови субдурально, субдуральная гематома со сдавлением головного мозга объемом 150 мл, смешанный инсульт в гипоталамусе, в веществе серого бугра и обонятельных луковиц, отек и набухание головного мозга с дислокацией; отек легких; гнойный эндобронхит, венозное полнокровие внутренних органов.
4. При судебно-медицинском исследовании трупа телесные повреждения не обнаружены.
5. Смерть наступила в результате заболевания, верифицированного как цереброваскулярная болезнь. Проявлениями заболевания явились множественные артериальные и венозные аневризмы сосудов базальной поверхности головного мозга. Заболевание осложнилось разрывом аневризмы в области устья правой передней мозговой артерии с диффузным субарахноидальным кровоизлиянием по базальной поверхности головного мозга и прорывом крови субдурально, субдуральная гематома со сдавлением головного мозга объемом 150 мл и смешанным инсультом в гипоталамусе, в веществе серого бугра и обонятельных луковиц. В финале развилась дислокация головного мозга с вклинением ствола в большое затылочное отверстие, что стало непосредственной причиной смерти. При поступлении пострадавшего в стационар в крови обнаружен этиловый спирт, концентрация которого соответствует легкой степени алкогольного опьянения по аналогии с живыми лицами.

Задача № 4 (УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-5, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10)

ОБСТОЯТЕЛЬСТВА ДЕЛА: в направлении на судебно-медицинское исследование трупа не указаны.

Представлена медицинская карта стационарного больного из ГКБ на имя Б, 1976 г.р., который 30.09.07 в 7-30 бригадой скорой помощи был доставлен в НХО-2 с жалобами на головную боль, головокружение, тошноту, рвоту, общую слабость. Со слов больного упал дома, терял, сознание. Со слов врача скорой помощи был судорожный приступ. При поступлении состояние больного средней степени тяжести. Кожные покровы бледноваты, сухие, теплые на ощупь. Дыхание проводится по всем полям, хрипов нет. Тоны сердца приглушены ритмичны, ЧСС 76 ударов в минуту. АД=140/90 мм.рт.ст. Живот в акте дыхания участвует, при пальпации мягкий, безболезненный во всех отделах. Симптомов раздражения брюшины нет. Симптом двенадцатого ребра положителен справа. Сознание нарушено по типу оглушение 1-2. Изо рта запах похожий на алкоголь. Зрачки средних размеров, равны, горизонтальный нистагм. Фотореакция сохранена. Движения глазных яблок в полном объеме. Сухожильные рефлексы с рук равны, коленные равны, ахиллов равны.В позе Ромберга не устойчив, ПНП с промахиванием. Симптом Кернига 160 градусов, ригидность мышц затылка до 1см. Патологические стопные не вызываются. В лобно-височной области слева осадненность кожи. Отогемоназоликвореи не выявлено. Диагноз: закрытая черепно-мозговая травма, ушиб головного мозга, судорожный синдром. При ЭХО-ЭС от 01.10.07 смещения срединных структур головного мозга не выявлено. Дополнительные сигналы в передних отделах и в средне-задних больше слева. Проведена компьютерная томография головного мозга № 10831 от 02.10.07г.: травматических изменений костей свода черепа не выявлено; в височно-теменной области слева имеется контузионный очаг с кровоизлиянием 23х14 мм и отеком мозговой ткани 21х16 мм; срединные структуры головного мозга не смещены; желудочковая система и субарахноидальные пространства сужены; КТ-признаки гипертензионного синдрома. 03.10.07 осмотрен дежурным кардиологом, диагноз: гипертоническая болезнь 2, риск 3; гипертонический криз от 02.10.07г. При компьютерной томографии головного мозга № 10882 от 05.10.07г.: срединные структуры головного мозга не смещены; появился лакунарный ишемический очаг до 6,5 мм в диаметре в проекции лучистости мозолистого тела справа; зона кровоизлияния в проекции контузионного очага в теменной области слева несколько уменьшилась 20х11 мм, зона отека мозговой ткани в этой области остается. По дневниковым записям состояние больного постоянно тяжелое, жалобы на головную боль, с 03. 10. больной в сопоре, контакту недоступен, с 4.10. состояние крайней тяжести с падением АД до 100/60, диурез 50 мл. мочи в сутки. Несмотря на проводимое лечение, динамика заболевания отрицательная и 05.10.07 в 13-20 констатирована смерть больного.

ПОСМЕРТНЫЙ ДИАГНОЗ. Закрытая черепно-мозговая травма. Ушиб головного мозга 3 степени. *Сопутствующий.* Гипертоническая болезнь 3, риск 4. хроническая почечная недостаточность, стадия декомпенсации. *Осложнения.* Отек и набухание вещества головного мозга, отек легких, полиорганная недостаточность, острая дыхательная недостаточность. *Конкурирующий.* Острое пероральное отравление?

Алкоголь – данных нет.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Данные анализов | | | | |
| Параметры  дата | 30.09 | 1.10 | 4.10 | 5.10 |
| эритроциты | 2,7 | 2,37 | 2,56 | 3,01 |
| Цветной п. | 1,0 | 0,97 | 0,99 | 1,0 |
| гемоглобин | 88 | 17 | 85 | 100 |
| тромбоциты | 81 | 113 | 162 | 150 |
| Гематокрит |  | 21,9 | 23,3 | 28,6 |
| лейкоциты | 14,0 | 12,2 | 12,2 | 2,9 |
| базофилы |  |  | 1 |  |
| миелоциты |  |  |  | 22 |
| Юные |  |  |  | 25 |
| палочкоядерные | 4 | 3 | 40 | 31 |
| сегментоядерные | 85 | 88 | 48 | 7 |
| лимфоциты | 2 | 7 | 5 | 13 |
| моноциты | 9 | 2 | 5 | 2 |
| Плазматические клетки |  |  | 1 |  |
| Дегенеративные изменения нейтрофилов |  |  | + | +++ |
| Анизоцитоз |  | + | + | + |
| Пойкилоцитоз |  |  |  | + |
| Полихромазия |  | + |  | + |
| РОЭ | 44 | 35 | 52 | 55 |
| мочевина |  |  | 50,6 | 51,2 |
| креатинин |  |  | 1470 | 1350 |
| Билирубин общ. |  |  | м/с |  |
| Прямой |  |  | м/с |  |
| непрямой |  |  | м/с |  |
| Белок крови |  |  | 62,6 |  |
| Калий |  |  | 4,6 |  |
| Натрий |  |  | 140 |  |
| сахар |  |  | 5,9 |  |
| Уд. вес мочи |  |  | 1003 |  |
| Белок мочи |  |  | 380 |  |
| Лейкоциты мочи |  |  | 0-1 |  |
| Эритроциты мочи |  |  | 1-36 |  |

НАРУЖНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ. Труп мужчины, доставлен без одежды, среднего телосложения, правильного удовлетворительного питания, длиной тела 165 см. Кожа бледно-серая, холодная на ощупь во всех отделах, в отлогих местах тела сливные, фиолетовые, не исчезающие и не меняющие цвет при надавливании трупные пятна. Выраженная пастозность подкожной клетчатки нижних конечностей. Трупное окоченение достаточно выражено во всех обычно исследуемых группах мышц. Склеры глаз мутные, тусклые, суховаты, кровоизлияний в соединительные оболочки глаз не отмечается, зрачки равновелики по 0,5 см диаметром. Голова правильной формы, кости черепа и лицевого скелета на ощупь целы. Грудная клетка цилиндрическая, эластичная, упругая, ребра на ощупь целы. Живот на одном уровне с грудной клеткой. Естественные отверстия тела и полости рта и носоглотки свободны, чистые. Слизистая оболочка губ синюшная, подсохшая. Анальное отверстие сомкнуто, чистое. Половые органы развиты правильно по мужскому типу, яички в мошонке. Кости конечностей целы. ПОВРЕЖДЕНИЯ. Вокруг обоих глаз синюшные кровоподтеки в виде симптома «очков», диаметром по 5 см. Каких-либо повреждений, кроме следов медицинских манипуляций, при исследовании не обнаружено. При проведении воздушной пробы – воздух из плевральных полостей и полостей сердца не получен. При проведении судебно-медицинского исследования трупа использовались: кожные разрезы по методу **Медведева**.

ВНУТРЕННЕЕ ИССЛЕДОВАНИЕ Извлечение органокомплекса произведено по методу **Шора,** с распилом ребер спереди. Череп вскрывался угловым распилом. Масса органов.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Масса | **№ 303** | норма |
| Мозг | **1600** | До 1400 |
| Легкое правое | **1100** | 450 |
| левое | **990** | 375 |
| Сердце | **450** | 200-400 |
| Печень | **1700** | 1200-2000 |
| Селезенка | **110** | 80-180 |
| Почки обе | **-** | 275-310 |
| Левая | **120** |  |
| Правая | **35** |  |

ПОЛОСТЬ ЧЕРЕПА. Слева на границе затылочной и височной областей слабо выраженное кровоизлияние с размытыми контурами диаметром 3 см. Твердая мозговая оболочка напряжена, серо-перламутрового цвета, блестящая, в синусах ее темная жидкая кровь в большом количестве. Субдуральное пространство свободно.

Каких-либо кровоизлияний в мягких мозговых оболочках не выявлено, кроме перивазальных петехий. Мягкие мозговые оболочки тонкие, прозрачные с полнокровными сосудами. Головной мозг эластичный. Борозды мозга несколько сглажены, извилины слегка уплощены. Головной мозг исследовался методом Вирхова. При разрезах головного мозга в левом большом полушарии на уровне прецентральной извилины, не доходя до мягких мозговых оболочек на 0,4 см, в веществе мозга округлая внутримозговая гематома представленная эластичным единым темно-вишневым свертком крови диаметром 1,5 см. Каких-либо кровоизлияний в веществе мозга вокруг гематомы макроскопически не выявлено. Каких либо очагов некроза и иных повреждений вещества мозга, кроме вышеописанной гематомы - при исследовании не выявлено. На миндаликах мозжечка не выявлена кольцевидная полоса вдавления от краев большого затылочного отверстия. Головной мозг дрябло-эластичный, на разрезах с четкой границей серого и белого вещества и мраморным рисунком подкорковых ядер. Поверхности разрезов тускловаты, липнут к лезвию ножа. Желудочки мозга симметричны, обычного объема, эпендима их бледно-серая, блестящая, влажная, в полостях желудочков следы прозрачной соломенного цвета жидкости. Сосудистые сплетения обычного вида, полнокровны.

ОРГАНЫ ШЕИ, ГРУДНОЙ И БРЮШНОЙ ПОЛОСТЕЙ: язык синюшный, влажный, обложен сероватым, не снимающимся налетом. Слизистые оболочки носоглотки синюшные, влажные, блестящие. В мягких тканях шеи повреждений и кровоизлияний не обнаружено. В плевральных полостях по 200 мл прозрачной жидкости, легкие выполняют полости полностью, с блестящей, гладкой и влажной плеврой. Органы брюшной полости расположены анатомически правильно, в полости 500 мл прозрачной жидкости соломенного цвета. Листки брюшины гладкие, влажные, блестящие. Просвет пищевода свободен, слизистая его бледно-серая, продольно складчатая. Вход и просвет гортани свободен, слизистая оболочка ее бледно-серая. Подъязычная кость и хрящи гортани целы, в мягких тканях ее повреждений не обнаружено. Просвет трахеи и главных бронхов свободен, хрящи трахеи целы. Щитовидная железа обычных размеров, с равновеликими долями, плотно-эластичная, темно-коричневая, на разрезе полнокровна, дольчатого строения. Аорта эластична, со следами жидкой крови в просвете и рассеянными липидными пятнами.

Легкие мономорфно черно-вишневые с поверхности и на разрезах, «тяжелые». На разрезах на вышеуказанном фоне множественные серые, смыкающиеся между собой очаги, расползающиеся под пальцами. Слизистые оболочки воздухо-проводящих путей светло-розовые, набухшие. Бифуркационные лимфоузлы располагаются в виде пакетов диаметром от 1 до 2 см, эластичные, не спаянные между собой и с окружающими тканями, темно-синюшные, на разрезах сочные, с обычным рисунком. В полости перикарда 100 мл мутноватой с серым оттенком жидкости, листки его гладкие, влажные, тусклые. Сердце плотное, 14х14х12 см, с избыточным отложением жира под эпикардом. В полостях сердца немного жидкой темной крови. Миокард тусклый, эластичный, с сетчатым разрастанием бледно-серой ткани, неравномерного кровенаполнения. Толщина стенки правого желудочка 0,3 см, левого 2,5 см. Эпикард ярко розовый, мутноватый, влажный. Клапанный и пристеночный эндокард несколько утолщен, мутный, клапаны сформированы правильно. Коронарные артерии с неравномерно утолщенными стенками за счет полулунных и кольцевидных атеросклеротических бляшек с кальцинозом без облитерации просвета.

Желудок пустой, содержимое кишечника отделам соответствует, слизистые оболочки желудочно-кишечного тракта бледно-серые. Мезентериальные лимфоузлы располагаются раздельно, диаметр их не более 1 см, эластичны. Печень 23х16х15х10 см, полнокровная, плотно-эластичная, коричневая с поверхности, на разрезах темно-красным крапом. Просвет внепеченочных желчевыводящих путей свободно проходим. Поджелудочная железа обычных размеров, плотно-эластичная, бледно-серая, на разрезах – дольчатого строения. Селезенка 6х4х3 см, эластичная, синюшная с гипоплазией белой пульпы, на разрезах без соскоба. Надпочечники листовидной формы, обычных размеров, на разрезах граница слоев четкая. Почки: левая 11х4,5х3 см, правая 7х3х2 см. Поверхность почек мелко-бугристая, почки плотные, с поверхности и на разрезах, пестрые за счет множественных сероватых выбухающих очагов не более 0,5 см диаметром. Капсула плотно приращена, с трудом снимается тупым путем. На разрезах слои неразличимы из-за вышеуказанной пестроты. Слизистые оболочки лоханок и чашечек бледно-синюшные, гладкие, блестящие, просвет их свободен. Мочеточники проходимы на всем протяжении, с бледно-серой слизистой. Мочевой пузырь пуст, слизистая оболочка его складчатая, бледно-серая, уретра свободно проходима. В кишечнике зеленовато-коричневые каловые массы.

Данные дополнительных методов исследования:

**А К Т** Судебно-гистологического исследования № 6259. Судебно-медицинским экспертом П., стаж работы свыше 20 лет, категория высшая, произведено исследование кусочков внутренних органов от трупа Б., 1976 г.р. ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Легкие – множественные очаги некрозов паренхимы с большим количеством колоний кокков, с наличием гемосидерофагов и кровоизлияний в очагах некрозов. Вне некрозов лейкоцитарная инфильтрация межальвеолярных перегородок, выполнение просвета бронхов и альвеол сегментоядерными лейкоцитами с примесью макрофагов, клеточного детрита. Стаз крови в сосудах, внутриальвеолярные кровоизлияния.

Почки – клубочки деформированы, часть клубочков напоминает «проволочные петли», в части клубочков набухание мезангия, а в большинстве в строме клубочков эозинофильный фибриноидный некроз. В капиллярах клубочков неравномерное кровенаполнение. Большое количество частично склерозированных клубочков. Просвет капсулы Шумлянского свободен. пролиферация эндотелия отсутствует. В приносящих артериолах картина полиморфна, часть артериол с выраженным утолщением за счет склероза стенки, в части артериол фибриноидный некроз соединительной ткани. Аналогичные изменения во всех артериях почки. В части полей зрения вокруг клубочков умеренный мононуклеарный инфильтрат. Умеренный склероз в отдельных полях зрения области извитых канальцев 1 порядка. Рядом с этими участками канальцы с резко эктазированным просветом. В просвете части канальцев эозинофильные мономорфные массы, в части канальцев зернистые эозинофильные массы в небольшом количестве. В ряде полей зрения в просвете канальцев базофильные зернистые массы. В сосудах неравномерное кровенаполнение вплоть до стаза крови в венах с перивазальными кровоизлияниями.

Миокард – выражен межуточный отек. Неравномерная гипертрофия кардиоцитов. В поляризованном свете контрактурных изменений кардиоцитов не выявлено. Интрамуральные сосуды со склерозированными утолщенными стенками. В межуточной соединительной ткани мукоидные набухания. Эпикард утолщен с мукоидным набуханием и участками фибриноидного некроза соединительной ткани, незначительным разрастанием фибробластов, рассеянными гемосидерофагами. В клапанах фибриноидное набухание и фибриноидные некрозы соединительной ткани, наложения на клапанах отсутствуют.

Головной мозг – мягкие мозговые оболочки разволокнены за счет перивазального отека, артерии с утолщенными стенками за счет склероза, в отдельных полях зрения с участками мукоидного набухания соединительной ткани. Множественные перивазальные кровоизлияния. В коре головного мозга массивное выпадение нейронов с нарушением гистоархитектоники, часть сосудов с утолщенными стенками из-за набухания соединительной ткани. Выражен периваскулярный и перицеллюлярный отек. в других кусочках перивазальные внутримозговые кровоизлияния ниже коркового слоя, отделенные от мягких мозговых оболочек неповрежденным мозгом. Вокруг кровоизлияний некроз вещества мозга, выраженные внеклеточные гипергидратации и отсутствие перифокальной клеточной реакции. В кровоизлияниях гемолиз эритроцитов.

Селезенка – полное отсутствие лимфоидных фолликулов, выраженное полнокровие синусов и пульпы, утолщение и склероз стенок всех артерий, в артериях мелкого калибра эозинофильный склероз соединительной ткани.

Бифуркационные лимфоузлы – стаз крови в сосудах, отсутствие лимфоидных фолликулов, гипоплазия лимфоидной ткани. слизистая оболочка бронха в зоне бифуркации десквамирована, клеточная инфильтрация не выявлена.

Задание:

* + 1. Какие дополнительные исследования необходимо провести?
    2. Зашифровать заболевание в свидетельстве о смерти?
    3. Составить судебно-медицинский диагноз?
    4. Определить наличие телесных повреждений?
    5. Установить причину смерти?

Ответы:

* + - 1. 1.Из трупа взяты: для судебно-гистологического исследования кусочки внутренних органов на патоморфологические изменения; для судебно-химического исследования кровь и моча на наличие алкоголя.
      2. 2.Свидетельство о смерти. В) Хронический интракапиллярный гломерулонефрит. N 01.3.
      3. 3.СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКИЙ ДИАГНОЗ. Хронический интракапиллярный гломерулонефрит с исходом во вторично сморщенные почки, частичная атрофия правой почки, выраженный артерио- и гломерулосклероз почек, деформация клубочков до феномена «проволочных петель». Осложнения: почечная недостаточность – водянка полостей (двусторонний гидроторакс – по 200 мл, гидроперитонеум – 500 мл, гидроперикард – 100 мл), пастозность подкожной клетчатки нижних конечностей, серозный эпикардит; мукоидное, фибриноидное набухание и участки фибриноидного некроза соединительной ткани миокарда, сосудов сердца и почек; гипертонический синдром – гипертрофия миокарда левого желудочка сердца до 2,5 см, склероз сосудов головного мозга, кровоизлияние с образованием внутримозговой гематомы в теменной доле левого полушария головного мозга; двусторонняя гнойно-некротическая бронхопневмония, отек и набухание головного мозга; отек легких; венозное полнокровие внутренних органов.
      4. 4.При судебно-медицинском исследовании трупа обнаружены следующие телесные повреждения: кровоподтеки вокруг глаз в виде симптома очков. Повреждения не являются опасными для жизни в момент причинения, вреда здоровью не причинили, и не имеют какой либо связи со смертью. При исследовании трупа, каких либо данных за черепно-мозговую травму не выявлено, обнаруженное внутримозговое кровоизлияние имеет нетравматический характер и обусловлено разрывом патологически измененного сосуда при гипертоническом синдроме, связанным с основным заболеванием. Данных в истории болезни о наличия алкоголя в крови пострадавшего не обнаружено.
      5. 5.Смерть наступила в результате заболевания – хронического гломерулонефрита с исходом в нефросклероз и вторично сморщенные почки и осложнившегося острой почечной недостаточностью. Заключение подтверждается выявленной морфологической картиной (почки: левая 11х4,5х3 см, правая 7х3х2 см; поверхность почек мелко-бугристая; клубочки деформированы, часть клубочков напоминает «проволочные петли», в части клубочков набухание мезангия, а в большинстве в строме клубочков эозинофильный фибриноидный некроз. Большое количество частично склерозированных клубочков. В приносящих артериолах картина полиморфна, часть артериол с выраженным утолщением за счет склероза стенки, в части артериол фибриноидный некроз соединительной ткани. В части полей зрения вокруг клубочков умеренный мононуклеарный инфильтрат.) и данными медицинской документации – олигоанурия (введено 2023 мл жидкости, выведено – 200 мл, мочевина - 50, 6, креатинин – 1470).

**Задача № 5** (УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-5, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-1ОБСТОЯТЕЛЬСТВА ДЕЛА: в направлении на судебно-медицинское исследование трупа не указаны. Представлена медицинская карта стационарного больного из ГКБ на имя К, 1962 г.р., который 23.09.07 в 10-00 бригадой скорой помощи был доставлен в ХО-1 с жалобами на боли опоясывающего характера, тошноту, рвоту, сухость во рту, одышку. Заболел 20.09.07, когда после погрешностей в диете появились вышеперечисленные жалобы. Состояние прогрессивно ухудшалось – боли нарастали, появилась одышка. Из анамнеза установлено, что больной страдает сахарным диабетом 2 тип. При поступлении состояние тяжелое. В сознании, адекватен, ориентирован. Повышенного питания, правильного телосложения. Кожные покровы бледные, влажные. Периферические лимфоузлы не пальпируются. Дыхание везикулярное, проводится во всех отделах, хрипов нет. ЧДД 26 в минуту. Сердечные тоны ясные, ритмичные, шумов нет. Пульс 110 в минуту. АД 130/90 мм.рт.ст. Симптом «12 ребра» отрицательный с обеих сторон. Язык сухой, обложен белым налетом. Живот не вздут, симметричен, в акте дыхания участвует равномерно. При пальпации напряжен, болезненный в эпигастрии и обоих подреберьях. Симптомов раздражения брюшины нет. Притупления в отлогих местах нет. Печень по краю реберной дуги. Тонус сфинктера сохранен, ампула пуста, инфильтратов и болезненности стенок нет. Больной осмотрен терапевтом, диагноз: сахарный диабет 2 тип в стадии декомпенсации, кетоз от 23.09.07г. В 18-10 состояние больного резко ухудшилось. несмотря на проводимые реанимационные мероприятия в 18-50 23.09.07г. констатирована смерть больного.

ПОСМЕРТНЫЙ ДИАГНОЗ. Острый панкреатит, тяжелое течение. … шок. Эндотоксикоз тяжелой степени. ТЭЛА. ОДН. Острая сердечная недостаточность. *Конкурирующицй.* Острая спаечно-кишечная непроходимость. *Сопутствующий.* Сахарный диабет 2 тип, стадия декомпенсации, кетоз.

Алкоголь -

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Данные анализов | | | | |
| Параметры  дата | 23.09 |  |  |  |
| Гемоглобин | 202 |  |  |  |
| РОЭ | 6 |  |  |  |
| Мочевина | 23,3 |  |  |  |
| сахар | 17,3 |  |  |  |
| Кетоновые тела | 250 |  |  |  |

НАРУЖНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ. Труп мужчины, доставлен без одежды, среднего телосложения, удовлетворительного питания, длиной тела 174 см. Выраженная синюшность лица и верхних отделах грудной клетки. На уровне голеностопных суставов и на стопах по тыльной, наружной и внутренней поверхностям варикозное расширение подкожных вен до 0,5 см шириной. При послойных разрезах в просвете всех поверхностных вен жидкая темная кровь. Толщина подкожной жировой клетчатки на груди до 3х см, на животе до 7 см. Живот выше уровня грудной клетки, напряжен. Кожа в остальных отделах бледно-серая, холодная на ощупь во всех отделах, в отлогих местах тела сливные, фиолетовые, не исчезающие и не меняющие цвет при надавливании трупные пятна. Трупное окоченение достаточно выражено во всех обычно исследуемых группах мышц. Склеры глаз мутные, тусклые, суховаты, кровоизлияний в соединительные оболочки глаз не отмечается, зрачки равновелики по 0,6 см диаметром. Голова правильной формы, кости черепа и лицевого скелета на ощупь целы. Грудная клетка цилиндрическая, эластичная, упругая, ребра на ощупь целы. Естественные отверстия тела и полости рта и носоглотки свободны, чистые. Слизистая оболочка губ синюшная, подсохшая. Анальное отверстие сомкнуто. Половые органы развиты правильно. Кости конечностей целы.

ПОВРЕЖДЕНИЯ. Справа в подключичной области две точечных ранки по средней ключичной линии, с промежутком 0,5 см, без кровоизлияний вокруг них. Кровоизлияний в мягкие ткани подключичной области не выявлено. Каких-либо повреждений, кроме следов медицинских манипуляций, при наружном исследовании не обнаружено.

При проведении воздушной пробы – воздух из плевральных не получен, в правом предсердии единичные пузырьки воздуха..

ВНУТРЕННЕЕ ИССЛЕДОВАНИЕ

При проведении судебно-медицинского исследования трупа использовались: кожные разрезы по методу **Медведева**.

ВНУТРЕННЕЕ ИССЛЕДОВАНИЕ

Извлечение органокомплекса произведено по методу **Шора,** с распилом ребер спереди. Череп вскрывался угловым распилом.

Масса органов.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Масса | **№ 298** | норма |
| Мозг | **1200** | До 1400 |
| Легкое правое | **440** | 450 |
| левое | **430** | 375 |
| Сердце | **550** | 200-400 |
| Печень | **3400** | 1200-2000 |
| Селезенка | **250** | 80-180 |
| Почки обе | **520** | 275-310 |
| Правая/Левая | **260/260** |  |

ПОЛОСТЬ ЧЕРЕПА. Головной мозг исследовался методом Вирхова. Кожно-мышечный лоскут головы блестящий, полнокровный, без кровоизлияний и повреждений. Кости свода и основания черепа целы. Твердая мозговая оболочка несколько напряжена, серо-перламутрового цвета, блестящая, в синусах ее темная жидкая кровь в большом количестве. Субдуральное пространство свободно. Мягкие мозговые оболочки тонкие, прозрачные с полнокровными сосудами, по ходу которых рассеянные точечные субарахноидальные кровоизлияния в глубине борозд. Борозды мозга несколько сглажены, извилины слегка уплощены. Признаков дислокации мозга не выявлено. Головной мозг дрябло-эластичный, на разрезах с четкой границей серого и белого вещества и мраморным рисунком подкорковых ядер. Поверхности разрезов тускловаты, липнут к лезвию ножа. Желудочки мозга симметричны, обычного объема, эпендима их бледно-серая, блестящая, влажная, в полостях желудочков следы прозрачной соломенного цвета жидкости. Сосудистые сплетения обычного вида, полнокровны. Спинной мозг не вскрывался.

ОРГАНЫ ШЕИ, ГРУДНОЙ И БРЮШНОЙ ПОЛОСТЕЙ: язык синюшный, влажный, обложен серовато-желтым, не снимающимся налетом. Слизистая оболочка глотки, гортани и трахеи розового цвета, с просвете пенистая розовая жидкость в небольшом количестве. В мягких тканях шеи повреждений и кровоизлияний не обнаружено. В плевральных полостях следы прозрачной жидкости, легкие выполняют 2\3 полостей, с блестящей, гладкой и влажной плеврой. Органы брюшной полости расположены анатомически правильно, в полости следы прозрачной жидкости соломенного цвета. Листки брюшины гладкие, влажные, блестящие. Просвет пищевода свободен, слизистая его бледно-серая, продольно складчатая. Подъязычная кость и хрящи гортани целы, в мягких тканях ее повреждений не обнаружено. Просвет трахеи и главных бронхов свободен, хрящи трахеи целы. Щитовидная железа обычных размеров, с равновеликими долями, плотно-эластичная, темно-коричневая, на разрезе полнокровна, дольчатого строения. Аорта эластична, со смешанными сверками крови в просвете и рассеянными липидными пятнами и множественными атеросклеротическими бляшками в разных стадиях развития в интиме, при рассечении - края расходятся до 5 см. Под висцеральной плеврой, особенно, в прикорневых отделах легких и по базальным поверхностям, множественные точечные кровоизлияния. Легкие синюшные в передних и темно-синюшные в задних отделах, тестоватой консистенции. На разрезах темно-красные, мономорфные с четким рисунком из сосудов вытекает жидкая кровь в повышенном количестве. Слизистые оболочки воздухо-проводящих путей светло-розовые, набухшие. Бифуркационные лимфоузлы располагаются в виде пакетов диаметром от 1 до 2 см, эластичные, не спаянные между собой и с окружающими тканями, темно-синюшные, на разрезах сочные, с обычным рисунком. В полости перикарда следы прозрачной жидкости, листки его гладкие, влажные, блестящие Сердце 15х15х12 см, перикард обложен жиром, нисходящая ветвь левой коронарной артерии магистрального типа. В просвете правого желудочка и предсердия смешанные свертки крови. Аналогичные свертки в легочной стволе. Просвет коронарных артерий свободен, кровоизлияний вокруг артерий не выявлено, атеросклеротические изменение в виде минимальных полулунных утолщений стенок артерий, без облитерации просвета. Толщина стенки левого желудочка 1,5 см. Путь оттока слева 9 см, путь притока 8 см. Справа приток 8,5 см, отток 11 см. Миокард тусклый, дряблый, на разрезах глинистого вида, полнокровен. Клапаны сформированы правильно с тонкими створками.

При ревизии брюшной полости петли кишечника раздуты газами, спаек и каких либо препятствий не обнаружено. При извлечении органокомплекса по методу Шора резкое полнокровие нижней полой вены с наличием темно-вишневых свертков крови. Справа на уровне Боугеневой заслонки плоскостные спайки, слегка сужающие просвет кишки, признаков кишечной непроходимости не выявлено. Селезенка 27х20х4 см, дряблая расползается под пальцами, на разрезах темно-красная, белая пульпа не определяется, умеренный соскоб. Тонкий кишечник заслонкой выполнен темно-серой полужидкой кашицеобразной массой. При ревизии поджелудочной железы по малой кривизне желудка множественные спайки. Поджелудочная железа 19х5х5 см. На разрезах пестрая с тусклой поверхностью и отсутствием дольчатости. Пестрая, за счет чередующихся серо-красных и серо-желтых участков, в теле и хвосте поджелудочной железы дольчатость не определяется. Головка поджелудочной железы увеличена в диаметре до 7 см, плотная, безструктурная, темно-вишневого цвета, с множественными кровоизлияниями. При дальнейшей ревизии с тела поджелудочной железы на окружающую клетчатку распространяется черно-серого цвета инфильтрат диаметром 10 см. В центре вышеуказанного участка полость диаметром 1 см с грязно-зеленым кашицеобразным содержимым. Поджелудочная железа 550 грамм. Желчный пузырь напряжен. В пузыре 180 мл жидкой темной желчи, проходимость протока желчного пузыря сужена из-за его сужения до 0,2 см. Холедох проходим. Печень 31х24х12х19 см, желтая с поверхности и на разрезах, полнокровна. Слизистая желчного пузыря синюшная с прожилками черного цвета на слизистой, не снимающаяся тупым путем. Надпочечники листовидной формы. Почки равновелики, бобовидной формы 14х6х8 см, по 260 грамм. Очень дряблые, паренхима наползает на капсулу, капсула снимается легко, обнажая ровную поверхность. На разрезах слои не различимы, паренхима мономорфная синюшная, с темно-красным крапом и инъекциями сосудов.

**ДАННЫЕ ДОПОЛНИТЕЛЬНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ.**

**А К Т** Судебно-гистологического исследования № 6002. ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Поджелудочная железа – структура железы не определяется. Во всех полях зрения чередование жировых и паренхиматозных некрозов с лейкоцитарными инфильтратами и большим количеством гемосидерофагов.

Миокард – межуточный отек, фрагментация отдельных кардиоцитов до 3 степени, в части кардиоцитов релаксация саркомеров, выраженная фрагментация клеток сердечной мышцы. Отдельные кардиоциты с пикнотичными ядрами, не поляризуют свет, на гематоксилин-эозине - с мономорфной набухшей цитоплазмой. Отмечаются некрозы отдельных кардиоцитов. Сосуды миокарда с неравномерным кровенаполнением, разволокнеными стенками, набухшим эндотелием. В ряде полей зрения картина простого ожирения миокарда.

Селезенка – полнокровие синусов и пульпы, фолликулы мелкие без светлых центров с выраженной гипоплазией лимфоидной ткани.

Почки – тотальный некронефроз коркового слоя с некрозом как канальцевого, так и клубочкового аппарата. Неравномерное кровенаполнение сосудов вплоть до стаза.

Лейкоцитарная инфильтрация вокруг Холедоха с множественными некрозами в его стенке.

Легкие – ателектаз, межальвеолярные перегородки разволокнены за счет межуточного отека, множественные интерстициальные с прорывом в просвет альвеол кровоизлияния и большим количеством гемосидерофагов.

Печень – жировой гепатоз 3 степени с центродольковыми некрозами отдельных гепатоцитов, с малокровием синусоидов.

Двенадцатиперстная кишка – лимфо-лейкоцитарная инфильтрация слизистой, не распространяющаяся на подслизистый слой.

Головной мозг – массивное выпадение нейронов коры. В мягких мозговых оболочках перивазальный отек, неравномерное кровенаполнение сосудов вплоть до стаза. Выражен периваскулярный и перицеллюлярный отек. В мозжечке очаговые выпадения клеток Пуркинье. Неравномерное кровенаполнение сосудов. Перивазальные кровоизлияния в мягких мозговых оболочках.

Задание:

1. Какие дополнительные исследования необходимо провести?

2. Зашифровать заболевание в свидетельстве о смерти?

3. Составить судебно-медицинский диагноз?

4. Определить наличие телесных повреждений?

5. Установить причину смерти?

Ответы:

1. Из трупа взяты: для судебно-гистологического исследования кусочки внутренних органов на патоморфологические изменения; для судебно-химического исследования кровь и моча на наличие алкоголя.
2. Свидетельство о смерти В) панкреонекроз. К-85.
3. СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКИЙ ДИАГНОЗ. Тотальный смешанный панкреонекроз: в поджелудочной железе чередование жировых и паренхиматозных некрозов с лейкоцитарными инфильтратами и большим количеством гемосидерофагов. Осложнения: токсическое поражение миокарда - межуточный отек, фрагментация отдельных кардиоцитов до 3 степени, в части кардиоцитов релаксация саркомеров, выраженная фрагментация клеток сердечной мышцы, некрозы отдельных кардиоцитов; тотальный некронефроз; отек легких с геморрагическим компонентом; венозное полнокровие внутренних органов. Соп. Жировой гепатоз 3 ст. Фиброзные спайки в брюшной полости.
4. При судебно-медицинском исследовании трупа телесные повреждения не обнаружены.
5. Смерть наступила в результате заболевания – тотального смешанного панкреонекроза, что морфологически подтвердилось чередованием в поджелудочной железе жировых и паренхиматозных некрозов с лейкоцитарными инфильтратами и большим количеством гемосидерофагов. Заболевание осложнилось тотальным нефронекрозом и токсическим поражением миокарда. Данных за механическую кишечную непроходимость не выявлено. При судебно-химическом исследовании в крови и фрагменте мочевого пузыря не обнаружен этиловый спирт.

**6. Перечень практических умений по изучаемой теме**

(УК-1, УК-2, УК-3, ПК-5, ПК-6, ПК-10);

-применять на практике основы законодательства РФ о здравоохранении и директивные документы, определяющие деятельность органов и учреждений здравоохранения;

-оформлять типовые формы медицинской документации для бюро судебно-медицинской экспертизы;

**7. Рекомендации по выполнению НИР**

Примерная тематика по НИР по теме - не предусмотрена.

**8. Рекомендованная литература по теме занятия (обязательная, дополнительная, электронные ресурсы, включая законодательные и нормативно-правовые документы)**

**Занятие № 51**

**1. Индекс: ОД.О.01.1.8.68** **Тема: «Цереброваскулярная болезнь».**

**2. Форма организации занятия:** подготовка к практическому занятию.

**3. Перечень вопросов для самоподготовки по теме практического занятия**

1. ВОПРОС Каковы особенности исследования трупа человека, умершего в лечебном учреждении? (УК-1, ПК-1, ПК-2,ПК-3, ПК-5, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10).

ОТВЕТ: Исследование таких трупов проводится, как обычно, в соответствии с правилами судебно-медицинского исследования трупа. Однако надо учесть, что при оказании медицинской помощи претерпевают значительные изменения уже имевшиеся повреждения, а также наносятся новые; в ряде случаев оказывает влияние на лабораторные исследования трупа предшествующий прием лекарственных препаратов. Так, при реанимационных действиях появляются повреждения, которые относят к патологии реанимации. При оценке следует определять прижиз-ненность их нанесения. Это ссадины передней поверхности груди, переломы ребер и грудины и пристеночной плевры при непрямом массаже сердца, повреждения надгортанника и трахеи вследствие интубации, повреждения стенки правого желудочка сердца и тампонады его при глубокой катетеризации подключичных вен, изменение состава крови, приводящее к неправильной оценке количества прижизненно принятого алкоголя, наблюдаемое при инфузионной и при шоковой терапии. При закрытой черепно-мозговой травме проводится трепанация черепа, при полостных операциях груди и живота извлекаются внутренние органы, иссекаются края ран. Указанные повреждения от медицинских манипуляций, а также изъятые поврежденные органы и иссеченные края ран, если не сохраняются для судебно-медицинской экспертизы, должны изучаться по истории болезни. Помимо истории болезни и других медицинских документов следует использовать протоколы допроса врачей.

2. ВОПРОС Какие основные вопросы следует ставить при назначении судебно-медицинской экспертизы при смерти от цереброваскулярной болезни? (УК-1, ПК-1, ПК-2,ПК-3, ПК-5, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10).

ОТВЕТ: 1. Причина смерти?

2. Имеются ли на трупе какие-либо повреждения или внешние воздействия?

3. Могли ли повреждения, выявленные на трупе, быть причиной смерти или способствовать ее наступлению?

4. Имеются ли на трупе признаки каких-либо заболеваний, не могли ли они стать причиной смерти или способствовать ее наступлению?

5. Находился ли умерший незадолго до смерти в алкогольном опьянении? В какой степени?

6. Могло ли алкогольное опьянение явиться причиной наступления смерти или способствовать ее наступлению?

**4. Самоконтроль по тестовым заданиям данной темы**

ПРИЧИНОЙ СМЕРТИ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИИ ГРИППОМ МОЖЕТ БЫТЬ (ПК-5)

1) ишемическая болезнь

2) печеночная недостаточность

3) кишечная непроходимость

4) пневмония

5) тромбоэмболия легочной артерии

Правильный ответ: 4

1. ПРИЧИНУ СМЕРТИ ОТ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ ПРИ НАЛИЧИИ КЛИНИЧЕСКИХ ДАННЫХ УСТАНАВЛИВАЮТ НА ОСНОВАНИИ (ПК-5)

1) биологического исследования

2) генетического исследования

3) гистологического исследования

4) микробиологического исследования

5) опроса родных

Правильный ответ: 3

1. ПРИ АЛЛЕРГИЧЕСКОМ (АНАФИЛАКТИЧЕСКОМ) ШОКЕ В КРОВИ, БРОНХИАЛЬНОМ СЕКРЕТЕ, В МЕЖКЛЕТОЧНЫХ ПРОСТРАНСТВАХ МИКРОСКОПИЧЕСКИ ОБНАРУЖИВАЕТСЯ ПОВЫШЕННОЕ СОДЕРЖАНИЕ (ПК-5)

1) нейтрофилов (тканевой распределительный лейкоцитоз)

2) моноцитов

3) эозинофилов

4) лимфоцитов

5) тромбоцитов

Правильный ответ: 3

1. ПРИЧИНОЙ СМЕРТИ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ ПРИ УМЕРЕННОЙ И НЕЗНАЧИТЕЛЬНОЙ ФИЗИЧЕСКОЙ НАГРУЗКЕ МОЖЕТ ЯВИТЬСЯ (ПК-5)

1) врожденные пороки развития сердечно-сосудистой системы

2) гастрит

3) заболевания опорно-двигательной системы

4) психоэмоциональное напряжение

5) заболевание ЖКТ

Правильный ответ: 1

1. ПРИЧИНОЙ СМЕРТИ В УСЛОВИЯХ ПОВЫШЕННОЙ ФИЗИЧЕСКОЙ НАГРУЗКИ У «ПРАКТИЧЕСКИ ЗДОРОВЫХ» ЛЮДЕЙ, МОЖЕТ БЫТЬ(ПК-5)

1) курение

2) бессимптомно протекающие заболевания

3) психоэмоциональное напряжение

4) физической нагрузки

5) погодные условия

Правильный ответ: 2

1. ПРОБА НА ВОЗДУШНУЮ ЭМБОЛИЮ НЕ СЧИТАЕТСЯ ПОЛОЖИТЕЛЬНОЙ, ЕСЛИ ИЗ ПРОКОЛОТОГО ПОД ВОДОЙ СЕРДЦА ВЫДЕЛЯЮТСЯ ПУЗЫРЬКИ ГАЗА (ПК-5)

1) выделяются из правого предсердия и правого желудочка

2) выделяется из левого предсердия и левого желудочка

3) выделяются из правых и левых отделов сердца

4) выделяются из дуги аорты

5) выделяются из легочных вен

Правильный ответ: 4

1. КУСОЧКИ ТКАНЕЙ, НАПРАВЛЯЕМЫЕ НА СУДЕБНО-ГИСТОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ, ДОЛЖНЫ(ПК-5)

1) быть округлой формы

2) захватывать участок как патологически измененной, так и интактной ткани

3) захватывать участок только измененной ткани

4) захватывать участки только интактной ткани

5) быть трапециевидной формы

Правильный ответ: 2

1. НА БАКТЕРИОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ НЕОБХОДИМО НАПРАВИТЬ СТЕРИЛЬНО ВЗЯТЫЕ(ПК-5)

1) кровь

2) мочу

3) ногти

4) волосы

5) сперму

Правильный ответ: 1

1. ТИПИЧНЫМИ ЗОНАМИ КРОВОИЗЛИЯНИЙ В МОЗГ ПРИ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ЯВЛЯЮТСЯ (ПК-5)

1) оболочки мозга

2) желудочки и подкорковые ядра больших полушарий

3) мозжечок

4) типичная локализация отсутствует

5) продолговатый мозг

Правильный ответ: 2

1. НЕПОСРЕДСТВЕННОЙ ПРИЧИНОЙ СМЕРТИ ПРИ ЭПИЛЕПТИЧЕСКОМ СТАТУСЕ ЯВЛЯЕТСЯ (ПК-5)

1) кровоизлияние в мозг

2) паралич дыхательного центра

3) отек и набухание головного мозга

4) паралич сосудистого центра

5) кровоизлияние в оболочки мозга

Правильный ответ: 3

**5. Самоконтроль по ситуационным задачам**

**Задача № 1.** (УК-1, ПК-1, ПК-2,ПК-3, ПК-5, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10).

**ОБСТОЯТЕЛЬСТВА ДЕЛА.** В направлении на судебно-медицинское исследование трупа не указаны.

Представлен акт о смерти. Б., 48 лет доставлен бригадой скорой помощи в приемное отделение 1.11.07г. в 23-50 в крайне тяжелом состоянии. Жалоб на момент осмотра не предъявляет в связи с нарушением сознания – сопор. Из анамнеза (со слов матери) заболел в мае 2007г. когда появились слабость в ногах, в июне 2007г. стационарное лечение в неврологическом отделении ГКБ. С июня 2007г. постепенно отрицательная динамика: тремор в руках, замедленные движения. Последние 3 недели лежит, на обращенную речь не реагирует, наблюдался участковым терапевтом, неврологом по месту жительства. Дополнительных методов обследования не проводилось. Объективно: кожные покровы бледные, сухие, на крестце пролежень 3х5 см с признаками перифокального воспаления. Дыхание проводится по всем полям, ЧДД 20\мин. Сердечные тоны приглушены, ритмичные, ЧСС 80\мин. АД 90\60 мм.рт.ст. Моча выведена катетером – желтая, прозрачная. Неврологический статус: сопор. Взор фиксирован прямо. Рот открыт. Язык в полости рта. Сухожильные рефлексы с рук высокие, с ног низкие. Положительный синдром «подушки». Менингиальных знаков нет. Произведена рентгенография черепа, легких – патологии не выявлено. ЭКГ – ритм синусовый, ЧСС 88\мин. УЗИ брюшной полости – патологии не выявлено, диффузные изменения печени, компременты в желчном пузыре. 2.11.07 в 0-20 внезапно состояние больного резко ухудшилось – спонтанные движения грудной клетки отсутствуют, давление и пульс на периферических артериях не определяются. Реанимационные мероприятия в течение 20 минут без эффекта. В 0-40 2.11.2007г. констатирована биологическая смерть больного.

НАРУЖНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ. Труп мужчины, доставлен без одежды, среднего телосложения, правильного удовлетворительного питания, длиной тела 178 см. Кожа бледно-серая, холодная на ощупь во всех отделах, в отлогих местах тела сливные, фиолетовые, не исчезающие и не меняющие цвет при надавливании трупные пятна. Трупное окоченение достаточно выражено во всех обычно исследуемых группах мышц. Склеры глаз мутные, тусклые, суховаты, кровоизлияний в соединительные оболочки глаз не отмечается, зрачки равновелики по 0,5 см диаметром. Голова правильной формы, кости черепа и лицевого скелета на ощупь целы. Грудная клетка цилиндрическая, эластичная, упругая, ребра на ощупь целы. Живот на одном уровне с грудной клеткой. Естественные отверстия тела и полости рта и носоглотки свободны, чистые. Слизистая оболочка губ синюшная, подсохшая. Анальное отверстие сомкнуто, кожа вокруг него чистая. Половые органы развиты правильно. Кости конечностей целы.

ПОВРЕЖДЕНИЯ. Каких-либо повреждений, кроме следов медицинских манипуляций, при исследовании не обнаружено. При проведении воздушной пробы – воздух из плевральных полостей и полостей сердца не получен. При проведении судебно-медицинского исследования трупа использовались: кожные разрезы по методу **Шора**.

ВНУТРЕННЕЕ ИССЛЕДОВАНИЕ

Извлечение органокомплекса произведено по методу **Шора,** с распилом ребер спереди. Череп вскрывался угловым распилом.

Масса органов.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Масса | **№ 323** | норма |
| Мозг | **1100** | До 1400 |
| Легкое правое | **590** | 450 |
| левое | **450** | 375 |
| Сердце | **360** | 200-400 |
| Печень | **1700** | 1200-2000 |
| Селезенка | **110** | 80-180 |
| Почки обе | **300** | 275-310 |
| Правая/Левая | **145/155** |  |

ПОЛОСТЬ ЧЕРЕПА. Головной мозг исследовался методом Вирхова. Кожно-мышечный лоскут головы блестящий, полнокровный, без кровоизлияний и повреждений. Кости свода и основания черепа целы. Твердая мозговая оболочка напряжена, серо-перламутрового цвета, блестящая, в синусах ее темная жидкая кровь в большом количестве. Субдуральное пространство свободно. Мягкие мозговые оболочки тонкие, прозрачные с полнокровными сосудами, походу которых рассеянные точечные субарахноидальные кровоизлияния в глубине борозд. Умеренный атеросклероз сосудов Вилизиева круга, наиболее выраженный в основной артерии с наличием на ней полулунной атеросклеротической бляшки с облитерацией просвета до 1/3. Борозды мозга несколько сглажены, извилины слегка уплощены. Головной мозг дрябло-эластичный, на разрезах с четкой границей серого и белого вещества и мраморным рисунком подкорковых ядер. Поверхности разрезов тускловаты, липнут к лезвию ножа. Желудочки мозга симметричны, обычного объема, эпендима их бледно-серая, блестящая, влажная, в полостях желудочков следы прозрачной соломенного цвета жидкости. Сосудистые сплетения обычного вида, полнокровны.

ОРГАНЫ ШЕИ, ГРУДНОЙ И БРЮШНОЙ ПОЛОСТЕЙ: язык синюшный, влажный, обложен серовато-желтым, не снимающимся налетом. Слизистые оболочки носоглотки синюшные, влажные, блестящие. В мягких тканях шеи повреждений и кровоизлияний не обнаружено. В плевральных полостях следы прозрачной жидкости, Легкие полностью выполняют плевральные полости с отпечатками ребер. Органы брюшной полости расположены анатомически правильно, в полости следы прозрачной жидкости соломенного цвета. Листки брюшины гладкие, влажные, блестящие. Просвет пищевода свободен, слизистая его бледно-серая, продольно складчатая. Вход и просвет гортани свободен. Подъязычная кость и хрящи гортани целы, в мягких тканях ее повреждений не обнаружено. Просвет трахеи и главных бронхов свободен, хрящи трахеи целы. Щитовидная железа обычных размеров, с равновеликими долями, плотно-эластичная, темно-коричневая, на разрезе полнокровна, дольчатого строения. Аорта эластична, со следами жидкой крови в просвете и рассеянными липидными пятнами и множественными атеросклеротическими бляшками в разных стадиях развития в интиме, с наибольшей концентрацией в области бифуркации.

Под висцеральной плеврой, особенно, в прикорневых отделах легких и по базальным поверхностям, множественные точечные кровоизлияния. Легкие тестоватые, бледно-розовато-синюшные, на разрезах розовые. С поверхности разрезов из сосудов стекает повышенное количество жидкой темной крови. На разрезах над поверхностями разрезов выступают бронхи в виде «гусиных перьев». Просвет бронхов ниже главных бронхов полностью выполнен жидким желто-зеленым гноем, слизистые оболочки гортани, трахеи и бронхов гиперемированы, отечны с налетом фибрина.

Бифуркационные лимфоузлы располагаются в виде пакетов диаметром от 1 до 2 см, эластичные, не спаянные между собой и с окружающими тканями, темно-синюшные, на разрезах сочные, с обычным рисунком. В полости перикарда следы прозрачной жидкости, листки его гладкие, влажные, блестящие. Сердце дрябло-эластичное, 12х11х10 см, с избыточным отложением жира под эпикардом. В полостях сердца смешанные свертки крови. Миокард розовато-синюшный, эластичный, с сетчатым разрастанием соединительной ткани, неравномерного кровенаполнения. В задней стенке левого желудочка с переходом на перегородку на всю толщу миокарда на участке диаметром 4 см очаговое темно-вишневое прокрашивание миокарда на фоне которого рассеянные мелкие участки более бледной окраски. Толщина стенки правого желудочка 0,3 см, левого 1,5 см. Клапанный и пристеночный эндокард утолщен, мутный, клапаны сформированы правильно. Коронарные артерии с неравномерно утолщенными стенками за счет полулунных и кольцевидных атеросклеротических бляшек с кальцинозом, с облитерацией просвета не более чем на 1/3.

Желудок пустой, содержимое кишечника отделам соответствует, слизистые оболочки желудочно-кишечного тракта бледно-серые. Мезентериальные лимфоузлы располагаются раздельно, диаметр их не более 1 см, эластичны. Печень 25х17х15х13 см, плотно-эластичная, коричневая с поверхности и на разрезах, полнокровная, со смазанным рисунком долек. Просвет внепеченочных желчевыводящих путей свободно проходим. Поджелудочная железа обычных размеров, плотно-эластичная, бледно-серая, на разрезах – дольчатого строения. Селезенка 9х7х5 см, дрябло-эластичная, синюшная, с гипоплазией белой пульпы, на разрезах с обильным соскобом. Надпочечники листовидной формы, обычных размеров, на разрезах граница слоев четкая. Почки равновелики, 11х7х5 см, дрябло-эластичные. Капсула сползает при надрезе, обнажая ровную поверхность. По краю разреза паренхима наползает на капсулу. На разрезах корковый слой - синюшный, с темно-красным крапом и подчеркнутым рисунком, мозговой слой также с подчеркнутым рисунком, граница слоев отчетливо выражена с полнокровием юкстагломерулярной зоны. Слизистые оболочки лоханок и чашечек бледно-синюшные, гладкие, блестящие, просвет их свободен. Мочеточники проходимы на всем протяжении, с бледно-серой слизистой. Мочевой пузырь пуст, слизистая оболочка его складчатая, бледно-серая, уретра свободно проходима.

ДАННЫЕ ДОПОЛНИТЕЛЬНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ.

А К Т Судебно-гистологического исследования № 6781. внутренних органов от трупа ЗАКЛЮЧЕНИЕ: Миокард – выражен межуточный отек, фрагментация кардиоцитов, в поляризованном свете отдельные кардиоциты с контрактурными изменениями 1-3 степени, очаговые перивазальные кровоизлияния в паренхиме, распространяющиеся в толщу миокарда. В части кардиоцитов в поляризованном свете неравномерное свечение «миокард, изъеденный молью». Миолизис отдельных кардиоцитов. Умеренный фуксинофильный перивазальный склероз. Большое количество жировой клетчатке в эпикарде с разрастанием ее перивазально на субэпикардиальные отделы миокарда.

Почки – во всех сосудах стаз крови, в клубочках набухание мезангия, просвет капсулы Шумлянского свободен. склероз стенок приносящих артериол, очаговый гломерулосклероз, эпителий канальцев с дистрофическими изменениями.

Легкие – гнойный эндобронхит, перибронхиальный и перивазальный пневмосклероз. В сосудах стаз крови с агрегацией эритроцитов вплоть до сладж феномена. Очаговый внутриальвеолярный отек, выраженный межуточный отек, полнокровие капилляров.

Задание:

1. Какие дополнительные исследования необходимо провести?
2. Зашифровать заболевание в свидетельстве о смерти?
3. Составить судебно-медицинский диагноз?
4. Определить наличие телесных повреждений?
5. Установить причину смерти?

Ответы:

1.Из трупа взяты: для судебно-гистологического исследования кусочки внутренних органов на патоморфологические изменения; для судебно-химического исследования кровь и моча на наличие алкоголя.

2.Свидетельство о смерти. В) хронический гнойный бронхит J 41.1.

3.СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКИЙ ДИАГНОЗ. Хронический гнойный бронхит с обструкцией гноем просвета бронхов: перибронхиальный и перивазальный пневмосклероз, острая эмфизема легких с отпечатками ребер, точечные кровоизлияния под висцеральную плевру, венозное полнокровие внутренних органов, токсико-гипоксические изменения миокарда - межуточный отек, фрагментация кардиоцитов отдельные кардиоциты с контрактурными изменениями 1-3 степени, очаговые перивазальные кровоизлияния в паренхиме, распространяющиеся в толщу миокарда, миолизис отдельных кардиоцитов.

4.При судебно-медицинском исследовании трупа телесные повреждения не обнаружены.

5.Смерть наступила в результате заболевания, верифицированного как хронический гнойный бронхит с обструкцией гноем просвета бронхов. Проявлениями заболевания явились перибронхиальный и перивазальный пневмосклероз и гнойное воспаление с слизистой оболочке воздухо-проводящих путей. Закупорка гноем просвета бронхов обусловила острую легочно-сердечную недостаточность, явившуюся непосредственной причиной смерти. При судебно-химическом исследовании вещественных доказательств, изъятых при вскрытии трупа, этиловый спирт не обнаружен.

**Задача № 2** (УК-1, ПК-1, ПК-2,ПК-3, ПК-5, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10).

**ОБСТОЯТЕЛЬСТВА ДЕЛА.** В направлении на судебно-медицинское исследование трупа не указаны.

Представлена медицинская карта стационарного больного из ГКБна имя Н.Ф., 1928 г.р., которая 20.10.07г. в 13-30 бригадой скорой помощи была доставлена в 1 травматологическое отделение с жалобами на боли в правом тазобедренном суставе. При поступлении состояние больной ближе к удовлетворительному, в сознании, ориентирована. Кожные покровы чистые, видимые слизистые розовые, влажные. Дыхание спонтанное, проводится с обеих сторон, ослаблено в нижних отделах, влажные хрипы. Тоны сердца приглушены, ритмичные. АД 130х90 мм.рт.ст. Пульс 76\мин. Живот не вздут, безболезненный при пальпации. Отек, болезненность и положительный симптом «прилипшей» пятки справа. При рентгенологическом исследовании № 21380 от 20.10.07г. перелом шейки правого бедра со смещением. При рентгенографии № 644 от 25.10.07г.: смещение дистального фрагмента шейки правого бедра кверху еще остается под углом 105 градусов. Состояние по дневникам ближе у удовлетворительному. 31.10. - взята на операцию в плановом порядке. *Операции:* 1) 31.10.07г. Закрытая репозиция шейки правого бедра копрессир. винтами. Во время операционных мероприятий развилась клиника тромбоэмболии. Реанимационные мероприятия в течение 30 минут эффекта не дали. 31.10.07г. в 10-30 констатирована смерть больной.

ПОСМЕРТНЫЙ ДИАГНОЗ. Флеботромбоз нижних конечностей. *Осложнения.* Тромбоэмболия ветвей легочной артерии. *Сопутствующий.* Медиальный варусный перелом шейки правого бедра. ИБС. Стенокардия 2-3 фкл. Болезнь лев. прав. Пучка Гиса. Гипертоническая болезнь 3 риск 4.

*Операции:* 1) 31.10.07г. Закрытая репозиция шейки правого бедра копрессир. винтами.

Алкоголь -

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Данные анализов | | | | |
| Параметры  дата | 20.10 | 22.10 |  |  |
| гемоглобин | 149 | 155 |  |  |
| лейкоциты | 7,5 | 5,3 |  |  |
| палочкоядерные |  | 3 |  |  |
| сегментоядерные |  | 66 |  |  |
| лимфоциты |  | 27 |  |  |
| моноциты |  | 4 |  |  |
| РОЭ | 13 | 16 |  |  |
| мочевина |  | 6,7 |  |  |
| Белок крови |  | 56,1 |  |  |
| Калий |  | 3,4 |  |  |
| Натрий |  | 148 |  |  |
| сахар |  | 5,7 |  |  |
| Уд. вес мочи |  | м\м |  |  |
| Белок мочи |  | 320 |  |  |
| Лейкоциты мочи |  | 12-17 |  |  |
| Эритроциты мочи |  | 3-5 |  |  |

НАРУЖНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ. Труп женщины, доставлен без одежды, среднего телосложения, правильного удовлетворительного питания, длиной тела 160 см. Кожа бледно-серая, холодная на ощупь во всех отделах, в отлогих местах тела сливные, фиолетовые, не исчезающие и не меняющие цвет при надавливании трупные пятна. Трупное окоченение достаточно выражено во всех обычно исследуемых группах мышц. Склеры глаз мутные, тусклые, суховаты, кровоизлияний в соединительные оболочки глаз не отмечается, зрачки равновелики по 0,4 см диаметром. Голова правильной формы, кости черепа и лицевого скелета на ощупь целы. Грудная клетка цилиндрическая, эластичная, упругая, ребра на ощупь целы. Живот на одном уровне с грудной клеткой. Естественные отверстия тела и полости рта и носоглотки свободны, чистые. Слизистая оболочка губ синюшная, подсохшая. Анальное отверстие сомкнуто, кожа вокруг него чистая. Половые органы развиты правильно. Кости конечностей целы.

ПОВРЕЖДЕНИЯ. Справа в проекции шейки бедра вертикальный ушитый операционный разрез длиной 15 см. При ревизии - перелом шейки бедра скрепленный металлическими спицами. В зоне перелома и операции инфильтрирующие кровоизлияния в мышцы.

Каких-либо других повреждений, кроме следов медицинских манипуляций, при исследовании не обнаружено. При проведении воздушной пробы – воздух из плевральных полостей и полостей сердца не получен. При проведении судебно-медицинского исследования трупа использовались: кожные разрезы по методу **Шора**.

ВНУТРЕННЕЕ ИССЛЕДОВАНИЕ

Извлечение органокомплекса произведено по методу **Шора**, с распилом ребер спереди. Череп вскрывался угловым распилом. Доступ к спинному мозгу осуществлялся сзади по методу Медведева. Доступ к костному мозгу был осуществлен поперечным распилом правой бедренной кости.

Масса органов.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Масса | **№ 322** | норма |
| Мозг | **1200** | До 1400 |
| Легкое правое | **500** | 450 |
| левое | **450** | 375 |
| Сердце | **390** | 200-400 |
| Печень | **1600** | 1200-2000 |
| Селезенка | **80** | 80-180 |
| Почки обе | **270** | 275-310 |
| Правая/Левая | **140/130** |  |

ПОЛОСТЬ ЧЕРЕПА. Головной мозг исследовался методом Вирхова. Кожно-мышечный лоскут головы блестящий, полнокровный, без кровоизлияний и повреждений. Кости свода и основания черепа целы. Твердая мозговая оболочка напряжена, серо-перламутрового цвета, блестящая, в синусах ее темная жидкая кровь в большом количестве. Субдуральное пространство свободно. Мягкие мозговые оболочки тонкие, прозрачные с полнокровными сосудами, походу которых рассеянные точечные субарахноидальные кровоизлияния в глубине борозд. Борозды мозга несколько сглажены, извилины слегка уплощены. Сосуды Вилизиева круга с небольшим количеством полулунных атеросклеротических бляшек с облитерацией просвета не более чем на 1/3. Головной мозг дрябло-эластичный, на разрезах с четкой границей серого и белого вещества и мраморным рисунком подкорковых ядер. Поверхности разрезов тускловаты, липнут к лезвию ножа. Желудочки мозга симметричны, обычного объема, эпендима их бледно-серая, блестящая, влажная, в полостях желудочков следы прозрачной соломенного цвета жидкости. Сосудистые сплетения обычного вида, полнокровны.

ОРГАНЫ ШЕИ, ГРУДНОЙ И БРЮШНОЙ ПОЛОСТЕЙ: язык синюшный, влажный, обложен серовато-желтым, не снимающимся налетом. Слизистые оболочки носоглотки синюшные, влажные, блестящие. В мягких тканях шеи повреждений и кровоизлияний не обнаружено. В плевральных полостях следы прозрачной жидкости, легкие выполняют 2\3 полостей, с блестящей, гладкой и влажной плеврой. Органы брюшной полости расположены анатомически правильно, в полости следы прозрачной жидкости соломенного цвета. Листки брюшины гладкие, влажные, блестящие. Просвет пищевода свободен, слизистая его бледно-серая, продольно складчатая. Вход и просвет гортани свободен, слизистая оболочка ее бледно-серая. Подъязычная кость и хрящи гортани целы, в мягких тканях ее повреждений не обнаружено. Просвет трахеи и главных бронхов свободен, хрящи трахеи целы. Щитовидная железа обычных размеров, с равновеликими долями, плотно-эластичная, темно-коричневая, на разрезе полнокровна, дольчатого строения.

Выраженный атеросклероз аорты в виде атеросклеротических бляшек в разной стадии развития, наиболее выражен на уровне бифуркации.

При ревизии сосудов легких - в обеих легочных артериях вколоченные плотные тромбоэмболы, при их извлечении со стороны легочной паренхимы тромбоэмболы плотные повторяют форму сосудов, смыкаясь в легочных артериях в единые образования, задняя часть которых состоит из рыхлых свертков крови, неровная. При ревизии сосудов нижних конечностей в сосудах жидкая кровь.

При ревизии нижней полой вены, на уровне подхода подвздошных вен - утолщение с серым прокрашиванием стенки на участке диаметром 0,5 см с наложением на этом участке тромботических масс синюшного цвета, с толщиной наложения не более 0,1 см.

Под висцеральной плеврой, особенно, в прикорневых отделах легких и по базальным поверхностям, множественные точечные кровоизлияния. Легкие синюшные в передних и темно-синюшные в задних отделах, тестоватой консистенции, на разрезах темно-красные с обычным рисунком, полнокровны. Слизистые оболочки воздухо-проводящих путей светло-розовые, набухшие. Бифуркационные лимфоузлы располагаются в виде пакетов диаметром от 1 до 2 см, эластичные, не спаянные между собой и с окружающими тканями, темно-синюшные, на разрезах сочные, с обычным рисунком. В полости перикарда следы прозрачной жидкости, листки его гладкие, влажные, блестящие. Сердце дрябло-эластичное, 11х10х9 см, с избыточным отложением жира под эпикардом. В полостях сердца немного жидкой темной крови. Миокард розовато-синюшный, эластичный, с сетчатым разрастанием соединительной ткани, неравномерного кровенаполнения. Толщина стенки правого желудочка 0,3 см, левого 1,5 см. Клапанный и пристеночный эндокард утолщен, мутный, клапаны сформированы правильно. Коронарные артерии с неравномерно утолщенными стенками за счет полулунных и кольцевидных атеросклеротических бляшек с кальцинозом, с облитерацией просвета не более 1/3.

Желудок пустой, содержимое кишечника отделам соответствует, слизистые оболочки желудочно-кишечного тракта бледно-серые. Мезентериальные лимфоузлы располагаются раздельно, диаметр их не более 1 см, эластичны. Печень 24х18х16х13 см, плотно-эластичная, крупнобугристая, желто-коричневая с поверхности и на разрезах, полнокровная, со смазанным рисунком долек. Просвет внепеченочных желчевыводящих путей свободно проходим. Поджелудочная железа обычных размеров, плотно-эластичная, бледно-серая, на разрезах – дольчатого строения. Селезенка 7х4х3 см, эластичная, синюшная с гипоплазией белой пульпы, на разрезах без соскоба. Надпочечники листовидной формы, обычных размеров, на разрезах граница слоев четкая. Почки равновелики, 10х6,5х5 см, дрябло-эластичные. Капсула сползает при надрезе, обнажая ровную поверхность. По краю разреза паренхима наползает на капсулу. На разрезах корковый слой - синюшный, с темно-красным крапом и подчеркнутым рисунком, мозговой слой также с подчеркнутым рисунком, граница слоев отчетливо выражена с полнокровием юкстагломерулярной зоны. Слизистые оболочки лоханок и чашечек бледно-синюшные, гладкие, блестящие, просвет их свободен. Мочеточники проходимы на всем протяжении, с бледно-серой слизистой. Мочевой пузырь пуст, слизистая оболочка его складчатая, бледно-серая, уретра свободно проходима.

ПОЗВОНОЧНИК И СПИННОЙ МОЗГ: при ревизии позвоночного столба повреждений не обнаружено. Эпи- и субдуральные пространства свободны, твердая мозговая оболочка напряжена, бледно-серая, блестящая, мягкие мозговые оболочки тонкие, прозрачные, спинной мозг дряблый, на разрезах обычного рисунка.

**А К Т** Судебно-гистологического исследования № 6780. ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Под маркером «а» - в стенке нижней полой вены умеренный склероз, признаков воспаления не выявлено, большое количество формалинового пигмента, на интиме наложения фибрина и остатки смешанного тромба.

Под маркером «б» - смешанный тромб.

Миокард – фрагментация неравномерно гипертрофированных кардиоцитов, единичные кардиоцыты в поляризованном свете с контрактурными изменениями вплоть до 3 степени. Межуточный отек и умеренный перивазальный склероз. Малокровие сосудов.

Легкие – альвеолы с пустым просветом, в сосудах всех групп стаз крови, выраженное полнокровие капилляров с пролабированием их в просвет альвеол

Задание:

1. Какие дополнительные исследования необходимо провести?
2. Зашифровать заболевание в свидетельстве о смерти?
3. Составить судебно-медицинский диагноз?
4. Определить наличие телесных повреждений?
5. Установить причину смерти?

Ответы:

1. Из трупа взяты: для судебно-гистологического исследования кусочки внутренних органов на патоморфологические изменения; для судебно-химического исследования кровь и моча на наличие алкоголя.
2. Свидетельство о смерти. В) Хронический тромбофлебит нижней полой вены с пристеночным тромбозом. I - 80.8
3. СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКИЙ ДИАГНОЗ. Хронический тромбофлебит нижней полой вены с пристеночным тромбозом. Осложнения: тромбоэмболия обеих легочных артерий, жидкая крови в полостях сердца, стаз крови в сосудах микроциркуляции органов дыхания, венозное полнокровие внутренних органов.Соп. Закрытый перелом шейки правого бедра. Операции: 1) 31.10.07г. Закрытая репозиция шейки правого бедра.
4. При судебно-медицинском исследовании трупа обнаружены следующие телесные повреждения: закрытый перелом шейки правого бедра.
5. Смерть наступила в результате заболевания, верифицированного как хронический тромбофлебит нижней полой вены с пристеночным тромбозом, осложнившегося отрывом тромба и тромбоэмболией обеих легочных артерий, что обусловило острую легочно-сердечную недостаточность.

**Задача № 3** (УК-1, ПК-1, ПК-2,ПК-3, ПК-5, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10).

ОБСТОЯТЕЛЬСТВА ДЕЛА: в направлении на судебно-медицинское исследование трупа не указаны.

Представлена медицинская карта стационарного больного из ГКБ на имя С, 1947 г.р., который 7.10.07г. в 0-25 бригадой скорой помощи был доставлен в токсикологическое отделение. Со слов врача скорой помощи, злоупотреблял алкоголем 3 дня, 6.10 выпил около 700 мл водки, родные не смогли разбудить. При поступлении состояние тяжелое, сознание кома 1-2. Кожные покровы бледно-розовые, умеренной влажности. Склеры умеренно инъецированы. Зрачки обычные, равны. Фотореакция отсутствует. Рефлексы снижены. Мышечный тонус снижен. Дыхание спонтанное, адекватное, ЧДД 16-20\мин, везикулярное, проводится по всем полям, хрипов нет. АД 130/80 мм.рт.ст. Пульс 86 в минуту. Изо рта определяется запах алкоголя. Живот не вздут, участвует в акте дыхания, мягкий. Печень +2 см из под края реберной дуги. В 6-40 у больного развился судорожный синдром с последующей остановкой дыхания и сердечной деятельности. Реанимационные мероприятия без эффекта. В 7-15 07.10.07г. констатирована смерть больного.

ПОСМЕРТНЫЙ ДИАГНОЗ. Алкогольная интоксикация тяжелой степени. *Осложнения.* Токсическая энцефалопатия. Судорожный синдром. *Конкурирующий.* Острое нарушение мозгового кровообращения. Острая коронарная недостаточность.

Алкоголь – данных нет.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Данные анализов | | | | |
| Параметры  дата | 7.10 |  |  |  |
| гемоглобин | 170 |  |  |  |
| РОЭ | 2 |  |  |  |
| Амилаза | 90 |  |  |  |
| мочевина | 5,9 |  |  |  |
| Билирубин общ. | 12,4 |  |  |  |
| Прямой | 2,5 |  |  |  |
| непрямой | 9,9 |  |  |  |
| Белок крови | 80,9 |  |  |  |
| Калий | м/с |  |  |  |
| Натрий | м/с |  |  |  |
| сахар | 11,1 |  |  |  |
| АЛТ | 92,5 |  |  |  |
| Уд. вес мочи | 1015 |  |  |  |
| Белок мочи |  |  |  |  |
| Лейкоциты мочи | 0-1-2 |  |  |  |
| Эритроциты мочи |  |  |  |  |

НАРУЖНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ. Труп мужчины, доставлен без одежды, среднего телосложения, правильного удовлетворительного питания, длиной тела 175 см. Кожа бледно-серая, холодная на ощупь во всех отделах, в отлогих местах тела сливные, фиолетовые, не исчезающие и не меняющие цвет при надавливании трупные пятна. Трупное окоченение достаточно выражено во всех обычно исследуемых группах мышц. Склеры глаз мутные, тусклые, суховаты, кровоизлияний в соединительные оболочки глаз не отмечается, зрачки равновелики по 0,4 см диаметром. Голова правильной формы, кости черепа и лицевого скелета на ощупь целы. Грудная клетка цилиндрическая, эластичная, упругая, ребра на ощупь целы. Живот на одном уровне с грудной клеткой. Естественные отверстия тела и полости рта и носоглотки свободны, чистые. Слизистая оболочка губ синюшная, подсохшая. Анальное отверстие сомкнуто. Половые органы развиты правильно, по мужскому типу, яички в мошонке. Кости конечностей целы.

ПОВРЕЖДЕНИЯ. Каких-либо повреждений, кроме следов медицинских манипуляций, при исследовании не обнаружено. При проведении воздушной пробы – воздух из плевральных полостей и полостей сердца не получен.

ВНУТРЕННЕЕ ИССЛЕДОВАНИЕ

Извлечение органокомплекса произведено по методу **Шора,** с распилом ребер спереди. Череп вскрывался угловым распилом.

Масса органов.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Масса | **№ 305** | норма |
| Мозг | **1600** | До 1400 |
| Легкое правое | **570** | 450 |
| левое | **610** | 375 |
| Сердце | **350** | 200-400 |
| Печень | **1800** | 1200-2000 |
| Селезенка | **90** | 80-180 |
| Почки обе | **300** | 275-310 |
| Правая/Левая | **145/155** | - |

ПОЛОСТЬ ЧЕРЕПА. В кожно-мышечном лоскуте головы слева на границе затылочной и височной области слабо выраженное темно-красное кровоизлияние с четкими контурами диаметром 3 см. Кости свода и основания черепа целы. Твердая мозговая оболочка напряжена, серо-перламутрового цвета, блестящая, в синусах ее темная жидкая кровь в большом количестве. Субдурально справа по наружной поверхности мозга, распространяясь на базальную поверхность -гематома, состоящая из блестящих эластичных темно-вишневых свертков и темной густой жидкой крови общим объемом 150 мл. По базальной поверхности мозга диффузная инфильтрация кровью мягких мозговых оболочек на всю толщу, с выполнением кровью мозговых цистерн спереди зрительного перекреста и в области ножек мозга. Сосуды в области Вилизиева круга, как артерии, так и вены, с тонкими стенками, с множественными участками аневризматически растянутого просвета диаметром до 0,7 см, хаотично переплетены, четко визуализируется Вилизиев круг и основные мозговые артерии. В передней части Вилизиева круга, в устье правой передней мозговой артерии линейный разрыв одной из аневризм по передне-нижней поверхности сосуда, над ним разрыв мягких мозговых оболочек длиной 0,5 см.

Справа и слева в гипоталамусе, в веществе серого бугра и обонятельных луковиц симметричные очаговые, смыкающиеся между собой кровоизлияния на глубину до 1,5 см (на поперечном разрезе рисунок кровоизлияний напоминает «бабочку»), справа с образованием внутримозговой гематомы с жидкой кровью объемом 1 мл. Кровоизлияния в веществе мозга распространяются на правую ножку мозга. Пропитывание кровью гипофиза. Справа по наружной поверхности большого полушария сформировано ложе гематомы в виде вдавленного участка диаметром 5 см. Головной мозг исследовался методом Вирхова. Мягкие мозговые оболочки, вне кровоизлияния, тонкие, прозрачные с полнокровными сосудами, походу которых рассеянные точечные субарахноидальные кровоизлияния в глубине борозд. Борозды мозга сглажены, извилины уплощены. На миндаликах мозжечка кольцевидная полоса вдавления от краев большого затылочного отверстия, шириной 0,3 см, с губовидным выпячиванием вещества мозга внутри кольца и кровоизлияниями в глубине вдавленной полосы. Головной мозг дрябло-эластичный, на разрезах с смазанной границей серого и белого вещества и мраморным рисунком подкорковых ядер. Поверхности разрезов тускловаты, липнут к лезвию ножа. Желудочки мозга симметричны, обычного объема, эпендима их бледно-серая, блестящая, влажная, в полостях желудочков следы прозрачной соломенного цвета жидкости. Сосудистые сплетения обычного вида, полнокровны.

ОРГАНЫ ШЕИ, ГРУДНОЙ И БРЮШНОЙ ПОЛОСТЕЙ: язык синюшный, влажный, обложен серовато-желтым, не снимающимся налетом. Слизистые оболочки носоглотки синюшные, влажные, блестящие. В мягких тканях шеи повреждений и кровоизлияний не обнаружено. В плевральных полостях следы прозрачной жидкости, легкие выполняют 2\3 полостей, с блестящей, гладкой и влажной плеврой. Органы брюшной полости расположены анатомически правильно, в полости следы прозрачной жидкости соломенного цвета. Листки брюшины гладкие, влажные, блестящие. Просвет пищевода свободен, слизистая его бледно-серая, продольно складчатая. Вход и просвет гортани свободен, слизистая оболочка ее бледно-серая. Подъязычная кость и хрящи гортани целы, в мягких тканях ее повреждений не обнаружено. Просвет трахеи и главных бронхов свободен, хрящи трахеи целы. Щитовидная железа обычных размеров, с равновеликими долями, плотно-эластичная, темно-коричневая, на разрезе полнокровна, дольчатого строения. Аорта эластична, со следами жидкой крови в просвете и рассеянными липидными пятнами и множественными атеросклеротическими бляшками в разных стадиях развития в интиме.

Легкие выполняют 2/3 полостей, с блестящей, гладкой и влажной плеврой. Легкие синюшные в передних и темно-синюшные в задних отделах, неравномерно уплотнены, на разрезах пестрые, выбухающие темно-красно-серые очаги чередуются с западающими красными. Над поверхностями разрезов выступают бронхи в виде «гусиных перьев». Слизистые оболочки воздухо-проводящих путей светло-розовые, набухшие, в просвете небольшое количество жидкого желтого гноя. Бифуркационные лимфоузлы располагаются в виде пакетов диаметром от 1 до 2 см, эластичные, не спаянные между собой и с окружающими тканями, темно-синюшные, на разрезах сочные, с обычным рисунком. В полости перикарда следы прозрачной жидкости, листки его гладкие, влажные, блестящие. Сердце дрябло-эластичное, 11х10х9 см, с избыточным отложением жира под эпикардом. В полостях сердца немного жидкой темной крови с мелкими единичными темно-вишневыми свертками. Миокард розовато-синюшный, эластичный, с сетчатым разрастанием соединительной ткани, неравномерного кровенаполнения. Толщина стенки правого желудочка 0,3 см, левого 1,4 см. Клапанный и пристеночный эндокард утолщен, мутный, клапаны сформированы правильно. Коронарные артерии с неравномерно утолщенными стенками за счет полулунных и кольцевидных атеросклеротических бляшек с кальцинозом, с облитерацией просвета на 1/3.

Желудок пустой, содержимое кишечника отделам соответствует, слизистые оболочки желудочно-кишечного тракта бледно-серые. Мезентериальные лимфоузлы располагаются раздельно, диаметр их не более 1 см, эластичны. Печень 26х18х15х13 см, плотно-эластичная, желто-коричневая с поверхности и на разрезах, полнокровная, со смазанным рисунком долек. Просвет внепеченочных желчевыводящих путей свободно проходим. Поджелудочная железа обычных размеров, плотно-эластичная, бледно-серая, на разрезах – дольчатого строения. Селезенка 7х5х3 см, эластичная, синюшная с гипоплазией белой пульпы, на разрезах без соскоба. Надпочечники листовидной формы, обычных размеров, на разрезах граница слоев четкая. Почки равновелики, 12х7х5 см, дрябло-эластичные. Капсула сползает при надрезе, обнажая ровную поверхность. По краю разреза паренхима наползает на капсулу. На разрезах корковый слой - синюшный, с темно-красным крапом и подчеркнутым рисунком, мозговой слой также с подчеркнутым рисунком, граница слоев отчетливо выражена с полнокровием юкстагломерулярной зоны. Слизистые оболочки лоханок и чашечек бледно-синюшные, гладкие, блестящие, просвет их свободен. Мочеточники проходимы на всем протяжении, с бледно-серой слизистой. Мочевой пузырь пуст, слизистая оболочка его складчатая, бледно-серая, уретра свободно проходима.

**ДАННЫЕ ДОПОЛНИТЕЛЬНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ.**

1.Представлен акт судебно-химического исследования № 5748. При судебно-химическом исследовании вещественных доказательств, изъятых при вскрытии трупа, обнаружен этиловый спирт в концентрации: в крови 1,2 промилле, в моче 1,9 промилле.

2.А К ТСудебно-гистологического исследования № 6270. ЗАКЛЮЧЕНИЕ: Сосуды области передней части Вилизиева круга (маркировка «а») – артерии и вены с аневризматически растянутым просветом, стенки сосудов с очагами склероза, в ряде полей зрения утолщены с признаками начального атеросклероза в артериях, в ряде полей зрения резко истончены. В стенке одной из аневризматически измененных артерий на высоте истончения поперечный разрыв с мелкими некрозами в толще стенки. Среди артерий расположены нервные стволы зрительного тракта с интерстициальными кровоизлияниями. Головной мозг (базальные отделы) – множественные перивазальные кровоизлияния с разрушением вещества мозга, часть кровоизлияний из свежих эритроцитов, часть – с гемолизом эритроцитов, мелкие рассеянные очаги гемосидероза. Большое количество сосудов со стазом крови. В области части кровоизлияний сосуды в виде тонких бесструктурных контуров. В неповрежденных отделах мозга сосуды с разволокнеными утолщенными стенками с набуханием эндотелия. Клеточная реакция вокруг кровоизлияний не выявлена. Миокард – межуточный отек, неравномерная гипертрофия кардиоцитов, умеренный перивазальный склероз. Легкие – перивазальный и перибронхиальный пневмосклероз, гнойный эндобронхит, очаговый гемосидероз легких. Очаговый гнойный альвеолит в перибронхиальных отделах паренхимы. Очаговые ателектазы. Неравномерно выраженный межуточный и внутриальвеолярный отек с геморрагическим компонентом.

Задание:

* 1. Какие дополнительные исследования необходимо провести?
  2. Зашифровать заболевание в свидетельстве о смерти?
  3. Составить судебно-медицинский диагноз?
  4. Определить наличие телесных повреждений?
  5. Установить причину смерти?

Ответы:

1. Из трупа взяты: для судебно-гистологического исследования кусочки внутренних органов на патоморфологические изменения; для судебно-химического исследования кровь и моча на наличие алкоголя.
2. Свидетельство о смерти. В) цереброваскулярная болезнь. I 67.8.
3. СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКИЙ ДИАГНОЗ. Цереброваскулярная болезнь: множественные артериальные и венозные аневризмы сосудов базальной поверхности головного мозга. Осложнения: разрыв аневризмы в области устья правой передней мозговой артерии с диффузным субарахноидальным кровоизлиянием по базальной поверхности головного мозга и прорывом крови субдурально, субдуральная гематома со сдавлением головного мозга объемом 150 мл, смешанный инсульт в гипоталамусе, в веществе серого бугра и обонятельных луковиц, отек и набухание головного мозга с дислокацией; отек легких; гнойный эндобронхит, венозное полнокровие внутренних органов.
4. При судебно-медицинском исследовании трупа телесные повреждения не обнаружены.
5. Смерть наступила в результате заболевания, верифицированного как цереброваскулярная болезнь. Проявлениями заболевания явились множественные артериальные и венозные аневризмы сосудов базальной поверхности головного мозга. Заболевание осложнилось разрывом аневризмы в области устья правой передней мозговой артерии с диффузным субарахноидальным кровоизлиянием по базальной поверхности головного мозга и прорывом крови субдурально, субдуральная гематома со сдавлением головного мозга объемом 150 мл и смешанным инсультом в гипоталамусе, в веществе серого бугра и обонятельных луковиц. В финале развилась дислокация головного мозга с вклинением ствола в большое затылочное отверстие, что стало непосредственной причиной смерти. При поступлении пострадавшего в стационар в крови обнаружен этиловый спирт, концентрация которого соответствует легкой степени алкогольного опьянения по аналогии с живыми лицами.

**Задача № 4** (УК-1, ПК-1, ПК-2,ПК-3, ПК-5, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10).

ОБСТОЯТЕЛЬСТВА ДЕЛА: в направлении на судебно-медицинское исследование трупа не указаны.

Представлена медицинская карта стационарного больного из ГКБ на имя Б, 1976 г.р., который 30.09.07 в 7-30 бригадой скорой помощи был доставлен в НХО-2 с жалобами на головную боль, головокружение, тошноту, рвоту, общую слабость. Со слов больного упал дома, терял, сознание. Со слов врача скорой помощи был судорожный приступ. При поступлении состояние больного средней степени тяжести. Кожные покровы бледноваты, сухие, теплые на ощупь. Дыхание проводится по всем полям, хрипов нет. Тоны сердца приглушены ритмичны, ЧСС 76 ударов в минуту. АД=140/90 мм.рт.ст. Живот в акте дыхания участвует, при пальпации мягкий, безболезненный во всех отделах. Симптомов раздражения брюшины нет. Симптом двенадцатого ребра положителен справа. Сознание нарушено по типу оглушение 1-2. Изо рта запах похожий на алкоголь. Зрачки средних размеров, равны, горизонтальный нистагм. Фотореакция сохранена. Движения глазных яблок в полном объеме. Сухожильные рефлексы с рук равны, коленные равны, ахиллов равны.В позе Ромберга не устойчив, ПНП с промахиванием. Симптом Кернига 160 градусов, ригидность мышц затылка до 1см. Патологические стопные не вызываются. В лобно-височной области слева осадненность кожи. Отогемоназоликвореи не выявлено. Диагноз: закрытая черепно-мозговая травма, ушиб головного мозга, судорожный синдром. При ЭХО-ЭС от 01.10.07 смещения срединных структур головного мозга не выявлено. Дополнительные сигналы в передних отделах и в средне-задних больше слева. Проведена компьютерная томография головного мозга № 10831 от 02.10.07г.: травматических изменений костей свода черепа не выявлено; в височно-теменной области слева имеется контузионный очаг с кровоизлиянием 23х14 мм и отеком мозговой ткани 21х16 мм; срединные структуры головного мозга не смещены; желудочковая система и субарахноидальные пространства сужены; КТ-признаки гипертензионного синдрома. 03.10.07 осмотрен дежурным кардиологом, диагноз: гипертоническая болезнь 2, риск 3; гипертонический криз от 02.10.07г. При компьютерной томографии головного мозга № 10882 от 05.10.07г.: срединные структуры головного мозга не смещены; появился лакунарный ишемический очаг до 6,5 мм в диаметре в проекции лучистости мозолистого тела справа; зона кровоизлияния в проекции контузионного очага в теменной области слева несколько уменьшилась 20х11 мм, зона отека мозговой ткани в этой области остается. По дневниковым записям состояние больного постоянно тяжелое, жалобы на головную боль, с 03. 10. больной в сопоре, контакту недоступен, с 4.10. состояние крайней тяжести с падением АД до 100/60, диурез 50 мл. мочи в сутки. Несмотря на проводимое лечение, динамика заболевания отрицательная и 05.10.07 в 13-20 констатирована смерть больного.

ПОСМЕРТНЫЙ ДИАГНОЗ. Закрытая черепно-мозговая травма. Ушиб головного мозга 3 степени. *Сопутствующий.* Гипертоническая болезнь 3, риск 4. хроническая почечная недостаточность, стадия декомпенсации. *Осложнения.* Отек и набухание вещества головного мозга, отек легких, полиорганная недостаточность, острая дыхательная недостаточность. *Конкурирующий.* Острое пероральное отравление?

Алкоголь – данных нет.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Данные анализов | | | | |
| Параметры  дата | 30.09 | 1.10 | 4.10 | 5.10 |
| эритроциты | 2,7 | 2,37 | 2,56 | 3,01 |
| Цветной п. | 1,0 | 0,97 | 0,99 | 1,0 |
| гемоглобин | 88 | 17 | 85 | 100 |
| тромбоциты | 81 | 113 | 162 | 150 |
| Гематокрит |  | 21,9 | 23,3 | 28,6 |
| лейкоциты | 14,0 | 12,2 | 12,2 | 2,9 |
| базофилы |  |  | 1 |  |
| миелоциты |  |  |  | 22 |
| Юные |  |  |  | 25 |
| палочкоядерные | 4 | 3 | 40 | 31 |
| сегментоядерные | 85 | 88 | 48 | 7 |
| лимфоциты | 2 | 7 | 5 | 13 |
| моноциты | 9 | 2 | 5 | 2 |
| Плазматические клетки |  |  | 1 |  |
| Дегенеративные изменения нейтрофилов |  |  | + | +++ |
| Анизоцитоз |  | + | + | + |
| Пойкилоцитоз |  |  |  | + |
| Полихромазия |  | + |  | + |
| РОЭ | 44 | 35 | 52 | 55 |
| мочевина |  |  | 50,6 | 51,2 |
| креатинин |  |  | 1470 | 1350 |
| Билирубин общ. |  |  | м/с |  |
| Прямой |  |  | м/с |  |
| непрямой |  |  | м/с |  |
| Белок крови |  |  | 62,6 |  |
| Калий |  |  | 4,6 |  |
| Натрий |  |  | 140 |  |
| сахар |  |  | 5,9 |  |
| Уд. вес мочи |  |  | 1003 |  |
| Белок мочи |  |  | 380 |  |
| Лейкоциты мочи |  |  | 0-1 |  |
| Эритроциты мочи |  |  | 1-36 |  |

НАРУЖНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ. Труп мужчины, доставлен без одежды, среднего телосложения, правильного удовлетворительного питания, длиной тела 165 см. Кожа бледно-серая, холодная на ощупь во всех отделах, в отлогих местах тела сливные, фиолетовые, не исчезающие и не меняющие цвет при надавливании трупные пятна. Выраженная пастозность подкожной клетчатки нижних конечностей. Трупное окоченение достаточно выражено во всех обычно исследуемых группах мышц. Склеры глаз мутные, тусклые, суховаты, кровоизлияний в соединительные оболочки глаз не отмечается, зрачки равновелики по 0,5 см диаметром. Голова правильной формы, кости черепа и лицевого скелета на ощупь целы. Грудная клетка цилиндрическая, эластичная, упругая, ребра на ощупь целы. Живот на одном уровне с грудной клеткой. Естественные отверстия тела и полости рта и носоглотки свободны, чистые. Слизистая оболочка губ синюшная, подсохшая. Анальное отверстие сомкнуто, чистое. Половые органы развиты правильно по мужскому типу, яички в мошонке. Кости конечностей целы. ПОВРЕЖДЕНИЯ. Вокруг обоих глаз синюшные кровоподтеки в виде симптома «очков», диаметром по 5 см. Каких-либо повреждений, кроме следов медицинских манипуляций, при исследовании не обнаружено. При проведении воздушной пробы – воздух из плевральных полостей и полостей сердца не получен. При проведении судебно-медицинского исследования трупа использовались: кожные разрезы по методу **Медведева**.

ВНУТРЕННЕЕ ИССЛЕДОВАНИЕ Извлечение органокомплекса произведено по методу **Шора,** с распилом ребер спереди. Череп вскрывался угловым распилом. Масса органов.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Масса | **№ 303** | норма |
| Мозг | **1600** | До 1400 |
| Легкое правое | **1100** | 450 |
| левое | **990** | 375 |
| Сердце | **450** | 200-400 |
| Печень | **1700** | 1200-2000 |
| Селезенка | **110** | 80-180 |
| Почки обе | **-** | 275-310 |
| Левая | **120** |  |
| Правая | **35** |  |

ПОЛОСТЬ ЧЕРЕПА. Слева на границе затылочной и височной областей слабо выраженное кровоизлияние с размытыми контурами диаметром 3 см. Твердая мозговая оболочка напряжена, серо-перламутрового цвета, блестящая, в синусах ее темная жидкая кровь в большом количестве. Субдуральное пространство свободно.

Каких-либо кровоизлияний в мягких мозговых оболочках не выявлено, кроме перивазальных петехий. Мягкие мозговые оболочки тонкие, прозрачные с полнокровными сосудами. Головной мозг эластичный. Борозды мозга несколько сглажены, извилины слегка уплощены. Головной мозг исследовался методом Вирхова. При разрезах головного мозга в левом большом полушарии на уровне прецентральной извилины, не доходя до мягких мозговых оболочек на 0,4 см, в веществе мозга округлая внутримозговая гематома представленная эластичным единым темно-вишневым свертком крови диаметром 1,5 см. Каких-либо кровоизлияний в веществе мозга вокруг гематомы макроскопически не выявлено. Каких либо очагов некроза и иных повреждений вещества мозга, кроме вышеописанной гематомы - при исследовании не выявлено. На миндаликах мозжечка не выявлена кольцевидная полоса вдавления от краев большого затылочного отверстия. Головной мозг дрябло-эластичный, на разрезах с четкой границей серого и белого вещества и мраморным рисунком подкорковых ядер. Поверхности разрезов тускловаты, липнут к лезвию ножа. Желудочки мозга симметричны, обычного объема, эпендима их бледно-серая, блестящая, влажная, в полостях желудочков следы прозрачной соломенного цвета жидкости. Сосудистые сплетения обычного вида, полнокровны.

ОРГАНЫ ШЕИ, ГРУДНОЙ И БРЮШНОЙ ПОЛОСТЕЙ: язык синюшный, влажный, обложен сероватым, не снимающимся налетом. Слизистые оболочки носоглотки синюшные, влажные, блестящие. В мягких тканях шеи повреждений и кровоизлияний не обнаружено. В плевральных полостях по 200 мл прозрачной жидкости, легкие выполняют полости полностью, с блестящей, гладкой и влажной плеврой. Органы брюшной полости расположены анатомически правильно, в полости 500 мл прозрачной жидкости соломенного цвета. Листки брюшины гладкие, влажные, блестящие. Просвет пищевода свободен, слизистая его бледно-серая, продольно складчатая. Вход и просвет гортани свободен, слизистая оболочка ее бледно-серая. Подъязычная кость и хрящи гортани целы, в мягких тканях ее повреждений не обнаружено. Просвет трахеи и главных бронхов свободен, хрящи трахеи целы. Щитовидная железа обычных размеров, с равновеликими долями, плотно-эластичная, темно-коричневая, на разрезе полнокровна, дольчатого строения. Аорта эластична, со следами жидкой крови в просвете и рассеянными липидными пятнами.

Легкие мономорфно черно-вишневые с поверхности и на разрезах, «тяжелые». На разрезах на вышеуказанном фоне множественные серые, смыкающиеся между собой очаги, расползающиеся под пальцами. Слизистые оболочки воздухо-проводящих путей светло-розовые, набухшие. Бифуркационные лимфоузлы располагаются в виде пакетов диаметром от 1 до 2 см, эластичные, не спаянные между собой и с окружающими тканями, темно-синюшные, на разрезах сочные, с обычным рисунком. В полости перикарда 100 мл мутноватой с серым оттенком жидкости, листки его гладкие, влажные, тусклые. Сердце плотное, 14х14х12 см, с избыточным отложением жира под эпикардом. В полостях сердца немного жидкой темной крови. Миокард тусклый, эластичный, с сетчатым разрастанием бледно-серой ткани, неравномерного кровенаполнения. Толщина стенки правого желудочка 0,3 см, левого 2,5 см. Эпикард ярко розовый, мутноватый, влажный. Клапанный и пристеночный эндокард несколько утолщен, мутный, клапаны сформированы правильно. Коронарные артерии с неравномерно утолщенными стенками за счет полулунных и кольцевидных атеросклеротических бляшек с кальцинозом без облитерации просвета.

Желудок пустой, содержимое кишечника отделам соответствует, слизистые оболочки желудочно-кишечного тракта бледно-серые. Мезентериальные лимфоузлы располагаются раздельно, диаметр их не более 1 см, эластичны. Печень 23х16х15х10 см, полнокровная, плотно-эластичная, коричневая с поверхности, на разрезах темно-красным крапом. Просвет внепеченочных желчевыводящих путей свободно проходим. Поджелудочная железа обычных размеров, плотно-эластичная, бледно-серая, на разрезах – дольчатого строения. Селезенка 6х4х3 см, эластичная, синюшная с гипоплазией белой пульпы, на разрезах без соскоба. Надпочечники листовидной формы, обычных размеров, на разрезах граница слоев четкая. Почки: левая 11х4,5х3 см, правая 7х3х2 см. Поверхность почек мелко-бугристая, почки плотные, с поверхности и на разрезах, пестрые за счет множественных сероватых выбухающих очагов не более 0,5 см диаметром. Капсула плотно приращена, с трудом снимается тупым путем. На разрезах слои неразличимы из-за вышеуказанной пестроты. Слизистые оболочки лоханок и чашечек бледно-синюшные, гладкие, блестящие, просвет их свободен. Мочеточники проходимы на всем протяжении, с бледно-серой слизистой. Мочевой пузырь пуст, слизистая оболочка его складчатая, бледно-серая, уретра свободно проходима. В кишечнике зеленовато-коричневые каловые массы.

Данные дополнительных методов исследования:

**А К Т** Судебно-гистологического исследования № 6259. Судебно-медицинским экспертом П., стаж работы свыше 20 лет, категория высшая, произведено исследование кусочков внутренних органов от трупа Б., 1976 г.р. ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Легкие – множественные очаги некрозов паренхимы с большим количеством колоний кокков, с наличием гемосидерофагов и кровоизлияний в очагах некрозов. Вне некрозов лейкоцитарная инфильтрация межальвеолярных перегородок, выполнение просвета бронхов и альвеол сегментоядерными лейкоцитами с примесью макрофагов, клеточного детрита. Стаз крови в сосудах, внутриальвеолярные кровоизлияния.

Почки – клубочки деформированы, часть клубочков напоминает «проволочные петли», в части клубочков набухание мезангия, а в большинстве в строме клубочков эозинофильный фибриноидный некроз. В капиллярах клубочков неравномерное кровенаполнение. Большое количество частично склерозированных клубочков. Просвет капсулы Шумлянского свободен. пролиферация эндотелия отсутствует. В приносящих артериолах картина полиморфна, часть артериол с выраженным утолщением за счет склероза стенки, в части артериол фибриноидный некроз соединительной ткани. Аналогичные изменения во всех артериях почки. В части полей зрения вокруг клубочков умеренный мононуклеарный инфильтрат. Умеренный склероз в отдельных полях зрения области извитых канальцев 1 порядка. Рядом с этими участками канальцы с резко эктазированным просветом. В просвете части канальцев эозинофильные мономорфные массы, в части канальцев зернистые эозинофильные массы в небольшом количестве. В ряде полей зрения в просвете канальцев базофильные зернистые массы. В сосудах неравномерное кровенаполнение вплоть до стаза крови в венах с перивазальными кровоизлияниями.

Миокард – выражен межуточный отек. Неравномерная гипертрофия кардиоцитов. В поляризованном свете контрактурных изменений кардиоцитов не выявлено. Интрамуральные сосуды со склерозированными утолщенными стенками. В межуточной соединительной ткани мукоидные набухания. Эпикард утолщен с мукоидным набуханием и участками фибриноидного некроза соединительной ткани, незначительным разрастанием фибробластов, рассеянными гемосидерофагами. В клапанах фибриноидное набухание и фибриноидные некрозы соединительной ткани, наложения на клапанах отсутствуют.

Головной мозг – мягкие мозговые оболочки разволокнены за счет перивазального отека, артерии с утолщенными стенками за счет склероза, в отдельных полях зрения с участками мукоидного набухания соединительной ткани. Множественные перивазальные кровоизлияния. В коре головного мозга массивное выпадение нейронов с нарушением гистоархитектоники, часть сосудов с утолщенными стенками из-за набухания соединительной ткани. Выражен периваскулярный и перицеллюлярный отек. в других кусочках перивазальные внутримозговые кровоизлияния ниже коркового слоя, отделенные от мягких мозговых оболочек неповрежденным мозгом. Вокруг кровоизлияний некроз вещества мозга, выраженные внеклеточные гипергидратации и отсутствие перифокальной клеточной реакции. В кровоизлияниях гемолиз эритроцитов.

Селезенка – полное отсутствие лимфоидных фолликулов, выраженное полнокровие синусов и пульпы, утолщение и склероз стенок всех артерий, в артериях мелкого калибра эозинофильный склероз соединительной ткани.

Бифуркационные лимфоузлы – стаз крови в сосудах, отсутствие лимфоидных фолликулов, гипоплазия лимфоидной ткани. слизистая оболочка бронха в зоне бифуркации десквамирована, клеточная инфильтрация не выявлена.

Задание:

* + 1. Какие дополнительные исследования необходимо провести?
    2. Зашифровать заболевание в свидетельстве о смерти?
    3. Составить судебно-медицинский диагноз?
    4. Определить наличие телесных повреждений?
    5. Установить причину смерти?

Ответы:

* + - 1. 1.Из трупа взяты: для судебно-гистологического исследования кусочки внутренних органов на патоморфологические изменения; для судебно-химического исследования кровь и моча на наличие алкоголя.
      2. 2.Свидетельство о смерти. В) Хронический интракапиллярный гломерулонефрит. N 01.3.
      3. 3.СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКИЙ ДИАГНОЗ. Хронический интракапиллярный гломерулонефрит с исходом во вторично сморщенные почки, частичная атрофия правой почки, выраженный артерио- и гломерулосклероз почек, деформация клубочков до феномена «проволочных петель». Осложнения: почечная недостаточность – водянка полостей (двусторонний гидроторакс – по 200 мл, гидроперитонеум – 500 мл, гидроперикард – 100 мл), пастозность подкожной клетчатки нижних конечностей, серозный эпикардит; мукоидное, фибриноидное набухание и участки фибриноидного некроза соединительной ткани миокарда, сосудов сердца и почек; гипертонический синдром – гипертрофия миокарда левого желудочка сердца до 2,5 см, склероз сосудов головного мозга, кровоизлияние с образованием внутримозговой гематомы в теменной доле левого полушария головного мозга; двусторонняя гнойно-некротическая бронхопневмония, отек и набухание головного мозга; отек легких; венозное полнокровие внутренних органов.
      4. 4.При судебно-медицинском исследовании трупа обнаружены следующие телесные повреждения: кровоподтеки вокруг глаз в виде симптома очков. Повреждения не являются опасными для жизни в момент причинения, вреда здоровью не причинили, и не имеют какой либо связи со смертью. При исследовании трупа, каких либо данных за черепно-мозговую травму не выявлено, обнаруженное внутримозговое кровоизлияние имеет нетравматический характер и обусловлено разрывом патологически измененного сосуда при гипертоническом синдроме, связанным с основным заболеванием. Данных в истории болезни о наличия алкоголя в крови пострадавшего не обнаружено.
      5. 5.Смерть наступила в результате заболевания – хронического гломерулонефрита с исходом в нефросклероз и вторично сморщенные почки и осложнившегося острой почечной недостаточностью. Заключение подтверждается выявленной морфологической картиной (почки: левая 11х4,5х3 см, правая 7х3х2 см; поверхность почек мелко-бугристая; клубочки деформированы, часть клубочков напоминает «проволочные петли», в части клубочков набухание мезангия, а в большинстве в строме клубочков эозинофильный фибриноидный некроз. Большое количество частично склерозированных клубочков. В приносящих артериолах картина полиморфна, часть артериол с выраженным утолщением за счет склероза стенки, в части артериол фибриноидный некроз соединительной ткани. В части полей зрения вокруг клубочков умеренный мононуклеарный инфильтрат.) и данными медицинской документации – олигоанурия (введено 2023 мл жидкости, выведено – 200 мл, мочевина - 50, 6, креатинин – 1470).

**Задача № 5** (УК-1, ПК-1, ПК-2,ПК-3, ПК-5, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10).

ОБСТОЯТЕЛЬСТВА ДЕЛА: в направлении на судебно-медицинское исследование трупа не указаны.

Представлена медицинская карта стационарного больного из ГКБ на имя К, 1962 г.р., который 23.09.07 в 10-00 бригадой скорой помощи был доставлен в ХО-1 с жалобами на боли опоясывающего характера, тошноту, рвоту, сухость во рту, одышку. Заболел 20.09.07, когда после погрешностей в диете появились вышеперечисленные жалобы. Состояние прогрессивно ухудшалось – боли нарастали, появилась одышка. Из анамнеза установлено, что больной страдает сахарным диабетом 2 тип. При поступлении состояние тяжелое. В сознании, адекватен, ориентирован. Повышенного питания, правильного телосложения. Кожные покровы бледные, влажные. Периферические лимфоузлы не пальпируются. Дыхание везикулярное, проводится во всех отделах, хрипов нет. ЧДД 26 в минуту. Сердечные тоны ясные, ритмичные, шумов нет. Пульс 110 в минуту. АД 130/90 мм.рт.ст. Симптом «12 ребра» отрицательный с обеих сторон. Язык сухой, обложен белым налетом. Живот не вздут, симметричен, в акте дыхания участвует равномерно. При пальпации напряжен, болезненный в эпигастрии и обоих подреберьях. Симптомов раздражения брюшины нет. Притупления в отлогих местах нет. Печень по краю реберной дуги. Тонус сфинктера сохранен, ампула пуста, инфильтратов и болезненности стенок нет. Больной осмотрен терапевтом, диагноз: сахарный диабет 2 тип в стадии декомпенсации, кетоз от 23.09.07г. В 18-10 состояние больного резко ухудшилось. несмотря на проводимые реанимационные мероприятия в 18-50 23.09.07г. констатирована смерть больного.

ПОСМЕРТНЫЙ ДИАГНОЗ. Острый панкреатит, тяжелое течение. … шок. Эндотоксикоз тяжелой степени. ТЭЛА. ОДН. Острая сердечная недостаточность. *Конкурирующицй.* Острая спаечно-кишечная непроходимость. *Сопутствующий.* Сахарный диабет 2 тип, стадия декомпенсации, кетоз.

Алкоголь -

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Данные анализов | | | | |
| Параметры  дата | 23.09 |  |  |  |
| Гемоглобин | 202 |  |  |  |
| РОЭ | 6 |  |  |  |
| Мочевина | 23,3 |  |  |  |
| сахар | 17,3 |  |  |  |
| Кетоновые тела | 250 |  |  |  |

НАРУЖНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ. Труп мужчины, доставлен без одежды, среднего телосложения, удовлетворительного питания, длиной тела 174 см. Выраженная синюшность лица и верхних отделах грудной клетки. На уровне голеностопных суставов и на стопах по тыльной, наружной и внутренней поверхностям варикозное расширение подкожных вен до 0,5 см шириной. При послойных разрезах в просвете всех поверхностных вен жидкая темная кровь. Толщина подкожной жировой клетчатки на груди до 3х см, на животе до 7 см. Живот выше уровня грудной клетки, напряжен. Кожа в остальных отделах бледно-серая, холодная на ощупь во всех отделах, в отлогих местах тела сливные, фиолетовые, не исчезающие и не меняющие цвет при надавливании трупные пятна. Трупное окоченение достаточно выражено во всех обычно исследуемых группах мышц. Склеры глаз мутные, тусклые, суховаты, кровоизлияний в соединительные оболочки глаз не отмечается, зрачки равновелики по 0,6 см диаметром. Голова правильной формы, кости черепа и лицевого скелета на ощупь целы. Грудная клетка цилиндрическая, эластичная, упругая, ребра на ощупь целы. Естественные отверстия тела и полости рта и носоглотки свободны, чистые. Слизистая оболочка губ синюшная, подсохшая. Анальное отверстие сомкнуто. Половые органы развиты правильно. Кости конечностей целы.

ПОВРЕЖДЕНИЯ. Справа в подключичной области две точечных ранки по средней ключичной линии, с промежутком 0,5 см, без кровоизлияний вокруг них. Кровоизлияний в мягкие ткани подключичной области не выявлено. Каких-либо повреждений, кроме следов медицинских манипуляций, при наружном исследовании не обнаружено.

При проведении воздушной пробы – воздух из плевральных не получен, в правом предсердии единичные пузырьки воздуха..

ВНУТРЕННЕЕ ИССЛЕДОВАНИЕ

При проведении судебно-медицинского исследования трупа использовались: кожные разрезы по методу **Медведева**.

ВНУТРЕННЕЕ ИССЛЕДОВАНИЕ

Извлечение органокомплекса произведено по методу **Шора,** с распилом ребер спереди. Череп вскрывался угловым распилом.

Масса органов.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Масса | **№ 298** | норма |
| Мозг | **1200** | До 1400 |
| Легкое правое | **440** | 450 |
| левое | **430** | 375 |
| Сердце | **550** | 200-400 |
| Печень | **3400** | 1200-2000 |
| Селезенка | **250** | 80-180 |
| Почки обе | **520** | 275-310 |
| Правая/Левая | **260/260** |  |

ПОЛОСТЬ ЧЕРЕПА. Головной мозг исследовался методом Вирхова. Кожно-мышечный лоскут головы блестящий, полнокровный, без кровоизлияний и повреждений. Кости свода и основания черепа целы. Твердая мозговая оболочка несколько напряжена, серо-перламутрового цвета, блестящая, в синусах ее темная жидкая кровь в большом количестве. Субдуральное пространство свободно. Мягкие мозговые оболочки тонкие, прозрачные с полнокровными сосудами, по ходу которых рассеянные точечные субарахноидальные кровоизлияния в глубине борозд. Борозды мозга несколько сглажены, извилины слегка уплощены. Признаков дислокации мозга не выявлено. Головной мозг дрябло-эластичный, на разрезах с четкой границей серого и белого вещества и мраморным рисунком подкорковых ядер. Поверхности разрезов тускловаты, липнут к лезвию ножа. Желудочки мозга симметричны, обычного объема, эпендима их бледно-серая, блестящая, влажная, в полостях желудочков следы прозрачной соломенного цвета жидкости. Сосудистые сплетения обычного вида, полнокровны. Спинной мозг не вскрывался.

ОРГАНЫ ШЕИ, ГРУДНОЙ И БРЮШНОЙ ПОЛОСТЕЙ: язык синюшный, влажный, обложен серовато-желтым, не снимающимся налетом. Слизистая оболочка глотки, гортани и трахеи розового цвета, с просвете пенистая розовая жидкость в небольшом количестве. В мягких тканях шеи повреждений и кровоизлияний не обнаружено. В плевральных полостях следы прозрачной жидкости, легкие выполняют 2\3 полостей, с блестящей, гладкой и влажной плеврой. Органы брюшной полости расположены анатомически правильно, в полости следы прозрачной жидкости соломенного цвета. Листки брюшины гладкие, влажные, блестящие. Просвет пищевода свободен, слизистая его бледно-серая, продольно складчатая. Подъязычная кость и хрящи гортани целы, в мягких тканях ее повреждений не обнаружено. Просвет трахеи и главных бронхов свободен, хрящи трахеи целы. Щитовидная железа обычных размеров, с равновеликими долями, плотно-эластичная, темно-коричневая, на разрезе полнокровна, дольчатого строения. Аорта эластична, со смешанными сверками крови в просвете и рассеянными липидными пятнами и множественными атеросклеротическими бляшками в разных стадиях развития в интиме, при рассечении - края расходятся до 5 см. Под висцеральной плеврой, особенно, в прикорневых отделах легких и по базальным поверхностям, множественные точечные кровоизлияния. Легкие синюшные в передних и темно-синюшные в задних отделах, тестоватой консистенции. На разрезах темно-красные, мономорфные с четким рисунком из сосудов вытекает жидкая кровь в повышенном количестве. Слизистые оболочки воздухо-проводящих путей светло-розовые, набухшие. Бифуркационные лимфоузлы располагаются в виде пакетов диаметром от 1 до 2 см, эластичные, не спаянные между собой и с окружающими тканями, темно-синюшные, на разрезах сочные, с обычным рисунком. В полости перикарда следы прозрачной жидкости, листки его гладкие, влажные, блестящие Сердце 15х15х12 см, перикард обложен жиром, нисходящая ветвь левой коронарной артерии магистрального типа. В просвете правого желудочка и предсердия смешанные свертки крови. Аналогичные свертки в легочной стволе. Просвет коронарных артерий свободен, кровоизлияний вокруг артерий не выявлено, атеросклеротические изменение в виде минимальных полулунных утолщений стенок артерий, без облитерации просвета. Толщина стенки левого желудочка 1,5 см. Путь оттока слева 9 см, путь притока 8 см. Справа приток 8,5 см, отток 11 см. Миокард тусклый, дряблый, на разрезах глинистого вида, полнокровен. Клапаны сформированы правильно с тонкими створками.

При ревизии брюшной полости петли кишечника раздуты газами, спаек и каких либо препятствий не обнаружено. При извлечении органокомплекса по методу Шора резкое полнокровие нижней полой вены с наличием темно-вишневых свертков крови. Справа на уровне Боугеневой заслонки плоскостные спайки, слегка сужающие просвет кишки, признаков кишечной непроходимости не выявлено. Селезенка 27х20х4 см, дряблая расползается под пальцами, на разрезах темно-красная, белая пульпа не определяется, умеренный соскоб. Тонкий кишечник заслонкой выполнен темно-серой полужидкой кашицеобразной массой. При ревизии поджелудочной железы по малой кривизне желудка множественные спайки. Поджелудочная железа 19х5х5 см. На разрезах пестрая с тусклой поверхностью и отсутствием дольчатости. Пестрая, за счет чередующихся серо-красных и серо-желтых участков, в теле и хвосте поджелудочной железы дольчатость не определяется. Головка поджелудочной железы увеличена в диаметре до 7 см, плотная, безструктурная, темно-вишневого цвета, с множественными кровоизлияниями. При дальнейшей ревизии с тела поджелудочной железы на окружающую клетчатку распространяется черно-серого цвета инфильтрат диаметром 10 см. В центре вышеуказанного участка полость диаметром 1 см с грязно-зеленым кашицеобразным содержимым. Поджелудочная железа 550 грамм. Желчный пузырь напряжен. В пузыре 180 мл жидкой темной желчи, проходимость протока желчного пузыря сужена из-за его сужения до 0,2 см. Холедох проходим. Печень 31х24х12х19 см, желтая с поверхности и на разрезах, полнокровна. Слизистая желчного пузыря синюшная с прожилками черного цвета на слизистой, не снимающаяся тупым путем. Надпочечники листовидной формы. Почки равновелики, бобовидной формы 14х6х8 см, по 260 грамм. Очень дряблые, паренхима наползает на капсулу, капсула снимается легко, обнажая ровную поверхность. На разрезах слои не различимы, паренхима мономорфная синюшная, с темно-красным крапом и инъекциями сосудов.

**ДАННЫЕ ДОПОЛНИТЕЛЬНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ.**

**А К Т** Судебно-гистологического исследования № 6002. ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Поджелудочная железа – структура железы не определяется. Во всех полях зрения чередование жировых и паренхиматозных некрозов с лейкоцитарными инфильтратами и большим количеством гемосидерофагов.

Миокард – межуточный отек, фрагментация отдельных кардиоцитов до 3 степени, в части кардиоцитов релаксация саркомеров, выраженная фрагментация клеток сердечной мышцы. Отдельные кардиоциты с пикнотичными ядрами, не поляризуют свет, на гематоксилин-эозине - с мономорфной набухшей цитоплазмой. Отмечаются некрозы отдельных кардиоцитов. Сосуды миокарда с неравномерным кровенаполнением, разволокнеными стенками, набухшим эндотелием. В ряде полей зрения картина простого ожирения миокарда.

Селезенка – полнокровие синусов и пульпы, фолликулы мелкие без светлых центров с выраженной гипоплазией лимфоидной ткани.

Почки – тотальный некронефроз коркового слоя с некрозом как канальцевого, так и клубочкового аппарата. Неравномерное кровенаполнение сосудов вплоть до стаза.

Лейкоцитарная инфильтрация вокруг Холедоха с множественными некрозами в его стенке.

Легкие – ателектаз, межальвеолярные перегородки разволокнены за счет межуточного отека, множественные интерстициальные с прорывом в просвет альвеол кровоизлияния и большим количеством гемосидерофагов.

Печень – жировой гепатоз 3 степени с центродольковыми некрозами отдельных гепатоцитов, с малокровием синусоидов.

Двенадцатиперстная кишка – лимфо-лейкоцитарная инфильтрация слизистой, не распространяющаяся на подслизистый слой.

Головной мозг – массивное выпадение нейронов коры. В мягких мозговых оболочках перивазальный отек, неравномерное кровенаполнение сосудов вплоть до стаза. Выражен периваскулярный и перицеллюлярный отек. В мозжечке очаговые выпадения клеток Пуркинье. Неравномерное кровенаполнение сосудов. Перивазальные кровоизлияния в мягких мозговых оболочках.

Задание:

1. Какие дополнительные исследования необходимо провести?
2. Зашифровать заболевание в свидетельстве о смерти?
3. Составить судебно-медицинский диагноз?
4. Определить наличие телесных повреждений?
5. Установить причину смерти?

Ответы:

1. Из трупа взяты: для судебно-гистологического исследования кусочки внутренних органов на патоморфологические изменения; для судебно-химического исследования кровь и моча на наличие алкоголя.
2. Свидетельство о смерти В) панкреонекроз. К-85.
3. СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКИЙ ДИАГНОЗ. Тотальный смешанный панкреонекроз: в поджелудочной железе чередование жировых и паренхиматозных некрозов с лейкоцитарными инфильтратами и большим количеством гемосидерофагов. Осложнения: токсическое поражение миокарда - межуточный отек, фрагментация отдельных кардиоцитов до 3 степени, в части кардиоцитов релаксация саркомеров, выраженная фрагментация клеток сердечной мышцы, некрозы отдельных кардиоцитов; тотальный некронефроз; отек легких с геморрагическим компонентом; венозное полнокровие внутренних органов. Соп. Жировой гепатоз 3 ст. Фиброзные спайки в брюшной полости.
4. При судебно-медицинском исследовании трупа телесные повреждения не обнаружены.
5. Смерть наступила в результате заболевания – тотального смешанного панкреонекроза, что морфологически подтвердилось чередованием в поджелудочной железе жировых и паренхиматозных некрозов с лейкоцитарными инфильтратами и большим количеством гемосидерофагов. Заболевание осложнилось тотальным нефронекрозом и токсическим поражением миокарда. Данных за механическую кишечную непроходимость не выявлено. При судебно-химическом исследовании в крови и фрагменте мочевого пузыря не обнаружен этиловый спирт.

**6. Перечень практических умений по изучаемой теме**

(УК-1, УК-2, УК-3, ПК-5, ПК-6, ПК-10);

-применять на практике основы законодательства РФ о здравоохранении и директивные документы, определяющие деятельность органов и учреждений здравоохранения;

-оформлять типовые формы медицинской документации для бюро судебно-медицинской экспертизы;

**7. Рекомендации по выполнению НИР**

Примерная тематика по НИР по теме - не предусмотрена.

**8. Рекомендованная литература по теме занятия (обязательная, дополнительная, электронные ресурсы, включая законодательные и нормативно-правовые документы)**

**Занятие № 52**

**1. Индекс ОД.О.01.1.9.70 Тема: «Судебно-медицинская экспертиза вещественных доказательств. Экспертиза следов крови».**

**2. Форма организации занятия:** подготовка к практическому занятию.

**3. Перечень вопросов для самоподготовки по теме практического занятия:**

1. ВОПРОС Что называют вещественными доказательствами и какие из них являются объектами судебно-медицинской экспертизы? (УК-1, ПК-1, ПК-2,ПК-3, ПК-5, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10).

ОТВЕТ: Важным источником информации при расследовании уголовных дел, связанных с деяниями, направленными против жизни, здоровья и половой неприкосновенности, являются вещественные доказательства. В соответствии с УПК. РФ это «предметы, которые служили орудиями преступлений или сохранили на себе следы преступления, или были объектами преступных действий, а также деньги и иные ценности, нажитые преступным путем, и все другие предметы, которые могут служить средством к обнаружению преступления, установлению фактических обстоятельств дела, выявлению виновных либо к опровержению обвинения или смягчению ответственности» .

Объектом судебно-медицинской экспертизы являются вещественные доказательства биологического происхождения (труп, его органы и ткани), выделения человека (кровь, слюна, волосы, моча, кал) на разных предметах-носителях (одежда, орудие и пр.).

2. ВОПРОС Где проводится судебно-медицинская экспертиза различных вещественных доказательств? (УК-1, ПК-1, ПК-2,ПК-3, ПК-5, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10).

ОТВЕТ: В структуре Бюро СМЭ имеется ряд отделений для проведения лабораторных исследований, которые входят в состав отдела вещественных доказательств. Это судебно-биологическое отделение, предназначенное для исследования выделений человека. Чаще всего это кровь в разных формах, слюна, пот, сперма, волосы, и др. на разных предметах-носителях (одежда, орудие и др.). Криминалистическое отделение занимается исследованием повреждений на коже, костях, одежде, костных останков, травмировавшие орудия с помощью криминалистических методов исследования. Судебно-химическое отделение исследует органы, ткани, жидкости, изъятые из трупа человека, а также вещественные доказательства, доставленные с места происшествия (напитки, пищевые продукты). Объекты, исследуемые в этих отделениях, могут быть и небиологического происхождения. Например, микроосколки стекла, металлы, краска покрытия транспортных средств, волокна текстильных тканей, обнаруживаемые на травмировавшем орудии, транспортных средствах, одежде, в области половых органов и других предметах.

В некоторых Бюро СМЭ функционируют и другие отделения (цитологическое, геномной дактилоскопии).

3. ВОПРОС Кто изымает и направляет в соответствующее отделение Бюро СМЭ вещественные доказательства? (УК-1, ПК-1, ПК-2,ПК-3, ПК-5, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10).

ОТВЕТ: Выявление, изъятие, упаковка таких вещественных доказательств, как и образцов, проводятся судебно-медицинскими экспертами на месте происшествия, откуда они следователем направляются и доставляются в соответствующие отделы Бюро СМЭ. В этом случае он выносит постановление о назначении судебно-био-логической или медико-криминалистической экспертизы. К таким вещественным доказательствам относят следы крови, спермы, обрывки волос, пото-жировые отпечатки, реже мочу, кал, слюну, рвотные массы. В зависимости от подозрения на определенное преступление, это могут быть лекарственные средства, химические вещества, неизвестная жидкость, пища и напитки, материалы, использованные в качестве петли при механической асфиксии и т. д. Особое значение могут иметь подозреваемые травмировавшие орудия, одежда, останки и части трупа человека, любые предметы, вырезки или соско-бы с них, пятна, подозрительные на кровь, сперма или другие выделения человека.

При этом один и тот же предмет может оказаться объектом исследования разных экспертиз, и тогда следователь должен знать рациональную последовательность исследований, чтобы не испортить ранее проведенным исследованием следы и признаки, важные для последующего. Например, при расследовании убийства с нанесением колото-резаной раны груди обнаруженный при обыске нож следует направить на биологическую экспертизу с целью выявления следов крови, определения ее групповой принадлежности, а иногда также волос, наложения клеток ткани, волокон одежды. После этого нож целесообразно исследовать танатологу для определения возможности нанесения повреждения таким колюще-режущим орудием в определенных условиях. Наконец, он может быть передан на медико-криминалистическую экспертизу вместе с изъятым при вскрытии трупа поврежденным ребром для трассологического исследования с целью определения тождества.

С другой стороны, при исследовании трупа или освидетельствовании живого лица, сам судебно-медицинский эксперт может изъять кровь, либо снятую с трупа одежду с пятнами, на биологическое исследование; кости с повреждениями или изменениями для определения травмировавшего орудия, установления заболевания или возраста, череп неизвестного трупа для установления личности — в медико-криминалистическое отделение. В этом случае эксперт сам пишет направление с изложением обстоятельств дела и результатов вскрытия.

4. ВОПРОС Каковы особенности упаковки вещественных доказательств для направления их в лаборатории СМЭ? (УК-1, ПК-1, ПК-2,ПК-3, ПК-5, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10).

ОТВЕТ: Высушенные в комнатных условиях вещественные доказательства (одежда, марля с образцом) упаковываются таким образом, чтобы каждый объект был упакован отдельно, не касаясь другого, и промаркирован. Упаковочным материалом может быть бумага, конверт, пакет, картонная коробка. Нельзя пользоваться широко распространенными полиэтиленовыми материалами из-за конденсации влаги и возникновения гниения, пагубно влияющее на результаты дальнейшего исследования. В упаковочныйящик или пакет вкладывается опись вложенных объектов и копия постановления о назначении экспертизы.

5. ВОПРОС Какова общая организация проведения и оформления экспертизы вещественных доказательств? (УК-1, ПК-1, ПК-2,ПК-3, ПК-5, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10).

ОТВЕТ: Производство экспертизы вещественных доказательств регламентировано соответствующими Правилами судебно-медицинской экспертизы вещественных доказательств, многочисленными методическими рекомендациями, инструкциями Главного СМЭ РФ. Общая методика состоит в том, что вначале изучаются документы. Первое, что делает эксперт —это убеждается, что все объекты, указанные в постановлении о назначении экспертизы, доставлены и находятся в неизмененном состоянии.

Изучив обстоятельства дела и ознакомившись с вопросами, он составляет план работы. Все доставленные вещественные доказательства описываются как при осмотре, так и с использованием дополнительных методов исследования в рабочем журнале. В процессе исследования важно экономно использовать материал, применить все возможные современные методы исследования для доказательного решения поставленных вопросов. Затем составляется «Заключение судмедэксперта по исследованию вещественных доказательств» с выводами. В случаях исследования объекта, присланного судебно-медицинским экспертом из морга или амбулатории, составляется «Акт судебно-меди-цинского биологического исследования вещественного доказательства» или «Справка» с коротким, но аргументированным изложением результатов исследования.

Исследованное вещественное доказательство возвращается следователю вместе с заключением. Эксперт сам не может уничтожить вещественное доказательство, в каком бы состоянии оно ни находилось. Для этого необходимо разрешение следователя.

6. ВОПРОС  Как берутся объекты-образцы для судебно-биологической экспертизы при расследовании дел по половым преступлениям? (УК-1, ПК-1, ПК-2,ПК-3, ПК-5, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10).

ОТВЕТ: Перед судебно-медицинской экспертизой иногда ставятся вопросы, требующие исследования содержимого влагалища, полости рта, прямой кишки потерпевших, а также крови, спермы, слюны, волос, смывов и отпечатков с полового члена подозреваемых. Изъятие образцов необходимо производить с соблюдением следующих правил.

Содержимое влагалища у живых женщин целесообразно брать, как можно раньше, вскоре после совершения преступления. Сохранность сперматозоидов в половых путях женщины может достигать 5—7 дней, но количество их резко уменьшается уже в течение первых суток. Содержимое влагалища берется на чистый марлевый тампон с помощью пинцета, при этом обрабатываются не только своды, но наружный зев и шейка матки. Обработанным тампоном на чистые предметные стекла наносятся поверхностные мазки, которые сверху закрывают покровным стеклом. Наряду с этим направляют для контроля часть чистой марли.

Содержимое полости рта у живых потерпевших желательно изымать в течение суток с момента совершения преступления. Аналогично марлевым тампоном протирается слизистая оболочка губ, десен, зубы, лакуны, миндалины. После этого содержимое тампона переносится на предметное стекло и закрывается покровным стеклом. Отдельно упаковывают образец чистой марли.

Содержимое прямой кишки у живых потерпевших следует брать до дефекации. Предварительно делается смыв вокруг анального отверстия (тампон исследуется самостоятельно), и лишь после этого новым тампоном берут содержимое прямой кишки, вводя тампон на глубину 3—6 см.

Все тампоны с образцами перед упаковкой высушиваются.

При изъятии мазков-отпечатков с полового члена следует учитывать, что проведение подозреваемым гигиеническим мероприятий способно полностью исключить возможность обнаружения чужеродного биологического материала. Как правило, безрезультатно изъятие мазков-отпечатков позднее, чем через 3 дня после совершения преступления. При взятии отпечатков чистые, слегка смоченные водой предметные стекла одной из сторон прикладываются к наружной поверхности крайней плоти и венечной борозды, к головке полового члена. Отпечатки просушивают, стекла складывают отпечатками внутрь, проложив между ними спички, и связывают, предварительно промаркировав каждое стекло. Стекла укладывают в коробки и направляют на исследование. При взятии мазков, что менее желательно, марлевым тампоном, слегка смоченным водой, протирают названные выше участки, тампон просушивают, упаковывают и направляют на исследование.

Перечисленные выше объекты также изымаются судебными медиками танатологами (у трупов), а также судебными медиками или урологами, сексопатологами, гинекологами у живым лиц.

Важные вещественные доказательства можно получить, исследовав нодногтевое содержимое потерпевшим и подозреваемых. Для этого ногтевые пластинки срезаются очень острыми чистыми ножницами, полностью захватывая выступающий край ногтевой пластины (не повреждая мягкие ткани!). Во избежание утраты материала под-ногтевое содержимое исследуется первоначально на наличие микрочастиц текстильных волокон и лишь затем на наличие биологических объектов.

7. ВОПРОС Как изменяется кровь на месте происшествия, где на предметах-носителях ее лучше искать? (УК-1, ПК-1, ПК-2,ПК-3, ПК-5, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10).

ОТВЕТ: Наиболее частым объектом в биологической экспертизе является кровь, следы крови, обнаруживаемые на месте происшествия. Эксперт должен знать — изъята ли кровь из лужи в жидком виде или на марлю с последующим высушивани-ем, или сделан соскоб из пятен вместе со штукатуркой, либо пятно вырезано из обивки дивана вместе с тканью-носителем. Кровь может направляться из морга, где вскрывался труп, и тогда эксперт должен иметь представление, откуда и как изъята кровь, ибо правильность и место изъятия крови могут иметь значение для заключения. Следы крови на месте обнаружения могут иметь разную давность, иногда растянутую на месяцы и годы, что (как и попытки замыть следы) сказывается на внешнем виде крови, который меняется и под влиянием внешних факторов.

В биологическом отделении нередко кровь находят на одежде. Она может скрываться в обшлагах, карманах, куда заносится окровавленными пальцами, на задней поверхности пуговиц, на отворотах брюк, на подошве обуви и головном уборе, везде, к чему чаще прикасается рука. Другим частым объектом исследования в лаборатории является травмировавшее орудие. И в этом   
случае, кровь не всегда находится на видном месте, ибо преступник ее успевает смыть или стереть. На ноже она сохраняется в расщелинах между рукояткой и клинком, на топоре — вблизи топорища, в дефектах; на транспортных средствах, в зависимости от механизма его действия при нанесении травмы: на бампере, фарах, передней части капота — при наезде; на бампере колес и нижней поверхности крыльев —при переезде.

**4.Самоконтроль по тестовым заданиям данной темы**

1. НЕ ПОДЛЕЖАЩИЕ ИЗУЧЕНИЮ МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ СЛЕДОВ КРОВИ: (ПК-5)

1) Форма (конфигурация)

2) Размеры

3) Вязкость

4) Цвет

5) Направление и взаимное расположение

Правильный ответ: 3

2. НЕ ИМЕЕТ ПРАКТИЧЕСКОЙ ЗНАЧИМОСТИ В МАКРОСКОПИЧЕСКОМ ИССЛЕДОВАНИИ СЛЕДОВ КРОВИ: (ПК-5)

1) Выявление вероятного источника кровотечения

2) Установление частных признаков внешнего

строения орудия травмы

3) Доказательство пребывания подозреваемого на

месте происшествия

4) Восстановление обстоятельств и механизма

причинения телесных повреждений

5) Установление вероятного взаимного расположения

потерпевшего и нападавшего в момент следо образования

Правильный ответ: 2

3. НЕ ЯВЛЯЮТСЯ ЭЛЕМЕНТАРНЫМИ СЛЕДАМИ КРОВИ: (ПК-5)

1) Лужа

2) Пятно

3) След от брызг

4) Развод

5) Мазок, отпечаток

Правильный ответ: 4

4. ЭЛЕМЕНТАРНЫЙ СЛЕД, ОБРАЗУЕМЫЙ КАПЛЕЙ КРОВИ ПОСЛЕ ПОЛУЧЕНИЯ ДОПОЛНИТЕЛЬНОЙ КИНЕТИЧЕСКОЙ ЭНЕРГИИ: (ПК-5)

1) Лужа

2) Пятно

3) Потек

4) Мазок

5) След от брызг

Правильный ответ: 5

5. ЭЛЕМЕНТАРНЫЙ СЛЕД, ОБРАЗУЕМЫЙ ПАДАЮЩЕЙ ПОД ДЕЙСТВИЕМ СИЛЫ ТЯЖЕСТИ КАПЛИ КРОВИ НА ГОРИЗОНТАЛЬНУЮ ПОВЕРХНОСТЬ: (ПК-5)

1) Лужа

2) Пятно

3) Потек

4) Мазок

5) След от брызг

Правильный ответ: 2

6. ЭЛЕМЕНТАРНЫЙ СЛЕД, ОБРАЗУЮЩИЙСЯ ПРИ СОПРИКОСНОВЕНИИ ПОКРЫТОГО КРОВЬЮ ПРЕДМЕТА С КАКОЙ-ЛИБО ПОВЕРХНОСТЬЮ ПО КАСАТЕЛЬНОЙ (ТАНГЕНЦИАЛЬНО) : (ПК-5)

1) Лужа

2) Пятно

3) Потек

4) Мазок

5) След от брызг

Правильный ответ: 4

7. ЭЛЕМЕНТАРНЫЙ СЛЕД, ОБРАЗУЮЩИЙСЯ ПРИ СТЕКАНИИ БОЛЬШОЙ МАССЫ ИЛИ КРУПНЫХ КАПЕЛЬ КРОВИ ПОД ДЕЙСТВИЕМ СИЛЫ ТЯЖЕСТИ ПО ВЕРТИКАЛЬНОЙ ПОВЕРХНОСТИ: (ПК-5)

1) Лужа

2) Пятно

3) Потек

4) Мазок

5) Отпечаток

Правильный ответ: 3

8. ФАКТОР, НЕ ОКАЗЫВАЮЩИЙ ВЛИЯНИЯ НА ФОРМУ СЛЕДОВ КРОВИ: (ПК-5)

1) Калибр и вид кровеносного сосуда

2) Масса излившейся крови

3) Размеры орудия травмы

4) Угол падения капли крови

5) Дополнительная кинетическая энергия выливающейся крови

Правильный ответ: 3

9. ФАКТОРЫ ВНЕШНЕЙ СРЕДЫ, НЕ ВЛИЯЮЩИЕ НА ИЗМЕНЕНИЕ ЦВЕТА СЛЕДОВ КРОВИ: (ПК-5)

1) Температура среды

2) Движение воздуха

3) Атмосферные осадки

4) Солнечная радиация

5) УФ лучи

Правильный ответ: 2

10. ФАКТОРЫ, НЕ ВЛИЯЮЩИЕ НА ФОРМУ ПЯТЕН КРОВИ ПРИ ПАДЕНИИ КАПЕЛЬ ПОД ДЕЙСТВИЕМ СИЛЫ ТЯЖЕСТИ: (ПК-5)

1) Величина ускорения свободного падения капли

2) Угол падения капли

3) Форма следовоспринимающей поверхности

4) Степень шероховатости поверхности

5) Расстояние между источником кровотечения и преградой

Правильный ответ: 1

**5. Самоконтроль по ситуационным задачам**

Задача № 1. (УК-1, ПК-1, ПК-2,ПК-3, ПК-5, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10).

25 января 2011 года следственным отделом по г. Лесосибирску Главного следственного управления Следственного комитета Российской Федерации по Красноярскому краю возбуждено уголовное дело по признакам преступления, предусмотренного ч. 4 ст. 111 УК РФ по факту обнаружения трупа гр. С. с признаками насильственной смерти – одиночным колото-резанным ножевым ранением верхней трети правого бедра.

25 января 2011 года в ходе осмотра места происшествия по адресу:

г. Лесосибирск, ул. Южная, д. № 7, кв. № 12 обнаружен и изъят нож.

Вопросы:

1. Какое исследование нужно провести для установления наличия крови на ноже?

2. Если на ноже обнаружена кровь, как определить ее видовую принадлежность?

3. Если кровь принадлежит человеку, указать методы определения ее групповой принадлежности.

4. Методы определения половой принадлежности крови?

5. С чем сравнить групповую и половую принадлежность крови на ноже?

Эталон № 1.

1. Для определения наличия крови на вещественных доказательствах используются методы микроспектроскопии, восходящей тонкослойной хроматографии, тест-полоски.

2. Видовая принадлежность определяется методом встречного иммуноэлектрофореза в агаровом геле, либо с помощью тест-полосок.

3. Для определения антигенной характеристики крови используют метод абсорбции в количественной модификации, реакцию абсорбции-элюции; для выявления агглютининов – реакцию покровного стекла по Ляттесу.

4. Цитологическое исследование – определение полового хроматина.

5. С образцом крови проходящего по делу лица.

Задача № 2. (УК-1, ПК-1, ПК-2,ПК-3, ПК-5, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10).

В судебно-биологическое отделение на основании направления следователя доставлен тампон с содержимым влагалища гр. И. для установления наличия спермы.

Вопросы:

1. Какие ориентировочные методы можно использовать для определения наличия спермы?

2. Какие доказательные методы существуют для определения наличия спермы?

3. Если на тампоне обнаружена сперма, какое дополнительное исследование нужно провести?

4. Если тампон доставлен на основании направления, то какой документ должен быть составлен экспертом?

5. Какие рекомендации по дальнейшему исследованию тампону можно дать?

Эталон № 2.

1. Метод определения кислой фосфатазы с помощью реакции с картофельным соком.

2. Морфологический метод обнаружения сперматозоидов.

3. Определить наличие крови на тампоне.

4. Акт исследования вещественных доказательств.

5. Проведение молекулярно-генетического исследования.

Задача № 3. (УК-1, ПК-1, ПК-2,ПК-3, ПК-5, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10).

В судебно-биологическое отделение доставлено постановление о назначении судебно-биологической экспертизы по факту убийства гражданки Г. гражданином Б. В качестве вещественных доказательств предоставлены 5 волос с поверхности клеенки, обнаруженных на месте происшествия.

Вопросы:

1. Какие методы исследования существуют для решения вопроса, являются ли присланные объекты волосами?

2. Если данные объекты являются волосами, какими методами определяют их принадлежность человеку?

3. Какие методы определения групповой принадлежности волос человека?

4. Как отличить вырванный жизнеспособный волос от выпавшего?

5. С чем обычно сравнивают волосы-улики?

Эталон № 3.

1. Макроскопический и микроскопический методы исследования.

2. Микроскопический метод исследования: по оптическому краю волоса – размер зубцов, расстояние между зубцами, форме сердцевины волоса, соотношению сердцевины и коркового вещества, пигметофорам.

3. Реакция абсорбции-элюции.

4. У вырванного волоса сочная пигментированная луковица крючкообразной формы, с остатками влагалищных оболочек на стволе. У выпавшего отжившего волоса – луковица колбообразная, сухая.

5. Волосы-улики обычно сравнивают с образцами волос проходящих по данному уголовному делу лиц.

Задача № 4. (УК-1, ПК-1, ПК-2,ПК-3, ПК-5, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10).

На месте обнаружения трупа неустановленной женщины с признаками насильственной смерти (рубленая рана на голове), в квартире, при осмотре места происшествия, обнаружен топор с пятнами вещества бурого цвета, с присохшими к нему пучком волос. На полу и на обоях стен обнаружены также засохшие пятна вещества бурого цвета. Для дальнейшего исследования необходимо изъять вещественные доказательства.

Вопросы:

1. Как правильно изъять орудие преступления?

2. Что делать с волосами?

3. Как правильно изъять следы крови с пола?

4. Как правильно изъять следы крови с обоев на стенах?

5. Какие образцы для сравнительного исследования должны быть предоставлены?

Эталон № 4.

1. Топор изымается целиком, упаковывается в чистую бумагу, сверток опечатывается и подписывается соответствующим образом (название вещественного доказательства, когда и где изъято вещественное доказательство). Необходимо также указать всех присутствующих при изъятии лиц с их подписями.

2. Волосы должны быть изъяты с топора перед его упаковкой. Волосы должны быть изъяты в виде пучка, упакованы в отдельный пакет, опечатаны и снабжены соответствующими надписями.

3. Следы с пола должны быть изъяты в виде соскоба, который производится чистым скальпелем, либо в виде смыва на марлевый тампон, смоченный чистой водой. Смыв просушивается. Соскоб или смыв упаковываются в бумажные пакеты, которые опечатываются и подписываются соответствующим образом. Одновременно, с незапятнанного участка делаются контрольный соскоб с пола или смыв, которые также упаковываются в отдельные бумажные пакеты, которые подписываются и опечатываются.

4. С обоев следы крови могут изыматься в виде соскоба. Также возможно вырезать запятнанный фрагмент обоев. Все упаковывается в отдельные пакеты, опечатывается и маркируется соответствующим образом. В отдельные пакет изымается незапятнанный участок обоев в качестве контроля.

5. Для сравнительного исследования должны быть предоставлены: образец крови потерпевшей неустановленной женщины, а также образцы ее волос с пяти областей головы.

Задача № 5. (УК-1, ПК-1, ПК-2,ПК-3, ПК-5, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10).

Для проведения судебно-биологического исследования доставлены рубашка подозреваемого И., а также высушенные на марле образцы крови потерпевшего Б. и образцы крови и слюны подозреваемого И. При исследовании, на рубашке подозреваемого И. обнаружена кровь человека и выявлен антиген А. В образце крови потерпевшего Б. выявлен антиген А и агглютинин бета, в образце крови подозреваемого И. выявлен антиген Н и агглютинины альфа и бета.

Вопросы:

1. Какова групповая принадлежность крови потерпевшего Б.?

2. Какова групповая принадлежность крови подозреваемого И.?

3. Какова групповая принадлежность следов крови на рубашке?

4. Кому могут принадлежать следы крови на рубашке?

5. От кого исключается происхождение данных следов?

Эталон № 5.

1. Кровь потерпевшего Б. относится к Аβ группе.

2. Кровь подозреваемого И. принадлежит к 0αβ группе.

3. Выявление антигена А свидетельствует о происхождении его от лица, имеющего Аβ группу.

4. Кровь на рубашке подозреваемого И. могла произойти от потерпевшего Б.

5. Подозреваемому И. кровь на рубашке не принадлежит.

**6. Перечень практических умений по изучаемой теме**

(УК-1, УК-2, УК-3, ПК-5, ПК-6, ПК-10);

-применять на практике основы законодательства РФ о здравоохранении и директивные документы, определяющие деятельность органов и учреждений здравоохранения;

-оформлять типовые формы медицинской документации для бюро судебно-медицинской экспертизы;

**7. Рекомендации по выполнению НИР**

Примерная тематика по НИР по теме - не предусмотрена.

**8. Рекомендованная литература по теме занятия (обязательная, дополнительная, электронные ресурсы, включая законодательные и нормативно-правовые документы)**

**Занятие № 53**

**1. Индекс: ОД.О.01.1.9.72 Тема: «Судебно-медицинская экспертиза вещественных доказательств. Исследование выделений, волос, частиц органов и тканей»**

**2. Форма организации занятия:** подготовка к практическому занятию.

**3. Перечень вопросов для самоподготовки по теме практического занятия:**

1. ВОПРОС Какие вопросы и в какой последовательности решаются судебно-биологической экспертизой при исследовании крови? (УК-1 УК-2 ПК-5 ПК-6 ПК-10)

ОТВЕТ: При исследовании крови на различных объектах могут ставиться перед экспертом разные вопросы, но первый из них всегда является основным: имеется ли в пятне или жидкости кровь? А затем отвечать на вопросы: принадлежит ли кровь человеку или животному? При положительном результате целесообразно продолжить исследование с целью установления групповой принадлежности крови. По существу этот же вопрос иногда ставится по другому:

может ли кровь принадлежать определенному лицу? Затем устанавливают по крови пол, региональное происхождение, давность образования кровяных следов, количество излившейся крови и отвечают на другие вопросы.

2. ВОПРОС Как судебно-биологическая экспертиза решает вопросы наличия и видовой принадлежности крови? (УК-1 УК-2 ПК-5 ПК-6 ПК-10)

ОТВЕТ: На месте происшествия иногда применяют предварительные пробы с трехпроцентной перекисью водорода, при закапывании которой на пятно кровь вспенивается; либо бензидиновую пробу. На пятно или соскоб наносят 2—3 капли насыщенного раствора бензидина с перекисью водорода или люминалом. При наличии крови сразу появляется синее окрашивание. Однако эти пробы неспецифичны и дают ориентировочный результат. В лаборатории же наличие крови в исследуемом объекте в основном решается по обнаружению составной части крови — гемоглобина. Точнее всего это делать с помощью высокочувствительного спектрального исследования. Учитывая, что для каждого производного гемоглобина характерны определенные по количеству и месту расположения полосы поглощения на спектре — эти особенности используются для установления наличия крови. Так, для обычной крови (соединения гемоглобина с кислородом) — оксигемоглобина характерны две полосы поглощения в желто-зеленой части спектра, для гемоглобина — одна широкая и т.д. Если крови мало — применяют микроспектральную насадку на микроскоп. Для определения наличия крови распространен также хромато-графический метод, при исследовании свежей крови — выявление под микроскопом форменных элементов крови (эритроцитов, лейкоцитов). В последнем варианте исследования попутно по величине и другим признакам эритроцитов можно установить видовую принадлежность крови. Но обычно вопрос о том, человеку или животному принадлежит кровь, решается с помощью широко распространенной реакции преципитации Ф. Я. Чистовича. Для ее осуществления в пробирки с вытяжкой из исследуемого пятна (антиген) наслаивают преципитирующую сыворотку (антитело) человека или предполагаемого животного. Затем устанавливается, в какой пробирке, то есть с какой сывороткой образовался преципитат в виде кольца помутнения на границе соприкосновения вытяжки и сыворотки. В экспертной практике применяют и другие разновидности этой реакции —электропреципитации, а также иммунофлюоресцен-ции.

Видовая принадлежность устанавливается и по «У»-хроматину, свойственному только мужчинам и самцам горилл, которые в наших регионах не встречаются.

3. ВОПРОС Как определяется групповая принадлежность крови? (УК-1 УК-2 ПК-5 ПК-6 ПК-10)

ОТВЕТ: После решения вопроса о том, что кровь принадлежит человеку, устанавливается ее группа. Еще в начале XX века было установлено, что все люди по способности их сыворотки и эритроцитов крови агглюинировать, то есть склеиваться, делятся на 4 группы, из которых первые две встречаются наиболее часто. Групповые антигены передаются по наследству.

В эритроцитах содержатся агглютиногены А, В, О (И), а в сыворотке агглютинины альфа и бет-та. Эта система,, названная АВО, наиболее распространена среди населения планеты. Антигены крови формируются с 3-го по 6-и месяц внутриутробной жизни, они устойчивы к внешним воздействиям и могут сохраняться очень долго. Однако, когда исследуемые лица оказываются одной группы, используют другие эритроцитар-ные системы: Р. Льюис, резус и другие из 9 групп. Выявление антигенов системы АВО наиболее просто проводить количественным методом абсорбции антигенов. Однако в связи с его малой чувствительностью и требованием большого количества материала применяют реакцию абсорбции — элюции и смешанной агглютинации.

4. ВОПРОС Можно ли по анализу крови устанавливать особенности личности? (УК-1 УК-2 ПК-5 ПК-6 ПК-10)

ОТВЕТ: Это исследования состояния хромосом, выявления их нарушений. В мазках крови женщин с помощью люминесцентной микроскопии в норме выявляются две половые хромосомы XX, в то время как для мужчин характерны разные хромосомы — ХУ. Известно, что клеточное ядро содержит в норме 46 хромосом, но бывают аномалии, когда их 47. Эти нарушения приводят к болезням, а также к антропометрическим, психологическим особенностям, которые используются в криминологии. В нашей стране из-за идеологических установок эти наследственные признаки не использовались, да и в настоящее время используются редко. Между тем, доказано, что лишняя Х-хро-мосома наблюдается у евнуховидных, вялых, безвольных людей, имеющих низхий интеллект и повышенные сексуальные влечения. Так, у профессиональных проституток отмечается большой процент таких аномалий. Лишняя У-хромосома обнаруживается чаще у мужчин с высоким ростом, отличающихся несдержанностью, грубостью, агрессивным характером. Такие аномалии значительно чаще (хотя и необязательно) встречаются у преступников, совершивших убийство или нанесших тяжкий вред здоровью. Установление подобных аномалий помогает наряду с другими доказательствами при расследовании подобных дел.

5. ВОПРОС Есть ли методы, с помощью которых по крови можно отождествлять личность? (УК-1 УК-2 ПК-5 ПК-6 ПК-10)

ОТВЕТ: Да, это молекулярно-генетическое исследование — метод геномной дактилоскопии, которыйвыявляет индивидуальные особенности клеточных ядер, в частности наследственного материала — ДНК (дезоксирибонуклеиновой кислоты). Открытый в 1985 году англичанином Джефрисом, он позволяет визуализировать участки гепома человека в виде графического набора полос наподобие коммерческого кода товаров. Эта система, учитывая число, интенсивность и расположение по вертикали полос поддается количественному анализу. Достоинство метода в том, что он позволяет получать результат с исключительно малым количеством крови, но главное — это возможность делать вывод с почти стопроцентной точностью, чего в судебно-медицинской практике иными способами достичь невозможно.

6. ВОПРОС Что следует направлять для проведения молекулярно-генетических исследований? (УК-1 УК-2 ПК-5 ПК-6 ПК-10)

ОТВЕТ: Во-первых, следует отметить, что эта дорогостоящая экспертиза проводится только после проведения судебно-биологической экспертизы на месте в региональном бюро СМЭ с объектами и образцами. В качестве объекта могут направляться высушенные следы крови — на предмете-носителе (не смывы), высушенные частицы органов или тканей, тампоны с содержимым влагалища, волосы с луковицами. Образец крови на марле, сложенной в три слоя, с пятном диаметром в 5 см. Все объекты должны быть высушенными и не иметь гнилостных изменений.

7. ВОПРОС Каково судебно-медицинское значение исследования волос, как они изучаются? (УК-1 УК-2 ПК-5 ПК-6 ПК-10)

ОТВЕТ: Волосы обнаруживают на месте происшествия, на предполагаемом орудии, транспортныхсредствах, на одежде и теле подозреваемых и потерпевших. Вначале эксперт должен удостовериться, что присланный материал является волосом, затем решается вопрос, кому — человеку или животному он принадлежит. ECAFI это волос человека, то устанавливается региональное происхождение волоса, (то есть с какой части тела), сходство его с волосами подозреваемого, подвергался он каким-то физическим или химическим воздействиям, выпал он или вырван, а иногда решаются и другие вопросы.

Волосы исследуют визуально, отмечая их длину, цвет, форму, а затем под микроскопом. При этом измеряют их толщину, изучают строение волоса. Дополнительную информацию получают при микроскопии поперечных срезов, а иногда с применением некоторых других методов исследования.

8. ВОПРОС Как устанавливают, что обнаруженный объект является волосом? (УК-1 УК-2 ПК-5 ПК-6 ПК-10)

ОТВЕТ: Достоверно это решается при микроскопическом исследовании, которое выявляет характерное для волоса строение. Стержень волос состоит из кутикулы — наружного слоя, под которой расположен корковый слой с клетками пигмента, определяющий цвет волос. Центральная часть волоса — сердцевина в тонких волосах человека может отсутствовать. В нижней части волоса, внутри кожи имеется корень, окутанный влагалищными оболочками — луковица.

9. ВОПРОС Каково характерное строение волос человека? (УК-1 УК-2 ПК-5 ПК-6 ПК-10)

ОТВЕТ: Волосы человека отличаются от волос животного строением кутикулы, коркового слоя исердцевины. У него клетки кутикулы нежные, слабо-зубчатые, линии рисунка волнистые. Корковый слой широкий, сердцевина узкая, прерывистая. Особенности строения волоса иногда позволяют устанавливать класс, вид, а иногда конкретно животное.

**4. Самоконтроль по тестовым заданиям данной темы**

1. НЕ ПОДЛЕЖАЩИЕ ИЗУЧЕНИЮ МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ СЛЕДОВ КРОВИ: (ПК-5)

1) Форма (конфигурация)

2) Размеры

3) Вязкость

4) Цвет

5) Направление и взаимное расположение

Правильный ответ: 3

2. НЕ ИМЕЕТ ПРАКТИЧЕСКОЙ ЗНАЧИМОСТИ В МАКРОСКОПИЧЕСКОМ ИССЛЕДОВАНИИ СЛЕДОВ КРОВИ: (ПК-5)

1) Выявление вероятного источника кровотечения

2) Установление частных признаков внешнего

строения орудия травмы

3) Доказательство пребывания подозреваемого на

месте происшествия

4) Восстановление обстоятельств и механизма

причинения телесных повреждений

5) Установление вероятного взаимного расположения

потерпевшего и нападавшего в момент следо образования

Правильный ответ: 2

3. НЕ ЯВЛЯЮТСЯ ЭЛЕМЕНТАРНЫМИ СЛЕДАМИ КРОВИ: (ПК-5)

1) Лужа

2) Пятно

3) След от брызг

4) Развод

5) Мазок, отпечаток

Правильный ответ: 4

4. ЭЛЕМЕНТАРНЫЙ СЛЕД, ОБРАЗУЕМЫЙ КАПЛЕЙ КРОВИ ПОСЛЕ ПОЛУЧЕНИЯ ДОПОЛНИТЕЛЬНОЙ КИНЕТИЧЕСКОЙ ЭНЕРГИИ: (ПК-5)

1) Лужа

2) Пятно

3) Потек

4) Мазок

5) След от брызг

Правильный ответ: 5

5. ЭЛЕМЕНТАРНЫЙ СЛЕД, ОБРАЗУЕМЫЙ ПАДАЮЩЕЙ ПОД ДЕЙСТВИЕМ СИЛЫ ТЯЖЕСТИ КАПЛИ КРОВИ НА ГОРИЗОНТАЛЬНУЮ ПОВЕРХНОСТЬ: (ПК-5)

1) Лужа

2) Пятно

3) Потек

4) Мазок

5) След от брызг

Правильный ответ: 2

6. ЭЛЕМЕНТАРНЫЙ СЛЕД, ОБРАЗУЮЩИЙСЯ ПРИ СОПРИКОСНОВЕНИИ ПОКРЫТОГО КРОВЬЮ ПРЕДМЕТА С КАКОЙ-ЛИБО ПОВЕРХНОСТЬЮ ПО КАСАТЕЛЬНОЙ (ТАНГЕНЦИАЛЬНО) : (ПК-5)

1) Лужа

2) Пятно

3) Потек

4) Мазок

5) След от брызг

Правильный ответ: 4

7. ЭЛЕМЕНТАРНЫЙ СЛЕД, ОБРАЗУЮЩИЙСЯ ПРИ СТЕКАНИИ БОЛЬШОЙ МАССЫ ИЛИ КРУПНЫХ КАПЕЛЬ КРОВИ ПОД ДЕЙСТВИЕМ СИЛЫ ТЯЖЕСТИ ПО ВЕРТИКАЛЬНОЙ ПОВЕРХНОСТИ: (ПК-5)

1) Лужа

2) Пятно

3) Потек

4) Мазок

5) Отпечаток

Правильный ответ: 3

8. ФАКТОР, НЕ ОКАЗЫВАЮЩИЙ ВЛИЯНИЯ НА ФОРМУ СЛЕДОВ КРОВИ: (ПК-5)

1) Калибр и вид кровеносного сосуда

2) Масса излившейся крови

3) Размеры орудия травмы

4) Угол падения капли крови

5) Дополнительная кинетическая энергия выливающейся крови

Правильный ответ: 3

9. ФАКТОРЫ ВНЕШНЕЙ СРЕДЫ, НЕ ВЛИЯЮЩИЕ НА ИЗМЕНЕНИЕ ЦВЕТА СЛЕДОВ КРОВИ: (ПК-5)

1) Температура среды

2) Движение воздуха

3) Атмосферные осадки

4) Солнечная радиация

5) УФ лучи

Правильный ответ: 2

10. ФАКТОРЫ, НЕ ВЛИЯЮЩИЕ НА ФОРМУ ПЯТЕН КРОВИ ПРИ ПАДЕНИИ КАПЕЛЬ ПОД ДЕЙСТВИЕМ СИЛЫ ТЯЖЕСТИ: (ПК-5)

1) Величина ускорения свободного падения капли

2) Угол падения капли

3) Форма следовоспринимающей поверхности

4) Степень шероховатости поверхности

5) Расстояние между источником кровотечения и преградой

Правильный ответ: 1

**5.Самоконтроль по ситуационным задачам**

**Задача № 1.** (УК-1 УК-2 ПК-5 ПК-6 ПК-10)

В судебно-биологическое отделение предоставлено постановление о назначении экспертизы по факту причинения смерти по неосторожности гражданину Ф. В совершении данного преступления подозревается гражданин М. В качестве вещественных доказательств предоставлены рубашка и брюки потерпевшего, а также куртка и брюки подозреваемого М. Кроме того, предоставлены высушенные на марле образцы крови потерпевшего Ф. и подозреваемого М.

1. Какое исследование надо провести в первую очередь.

2. Каким методы исследования должны быть использованы для определения наличия крови?

3. Если на одежде потерпевшего и подозреваемого будет обнаружена кровь, какое исследование должно быть следующим.

4. Какими методами должна определяться групповая принадлежность крови в пятнах на вещественных доказательствах.

5. На основании чего должны строится экспертные выводы по данному уголовному делу?

Эталон № 1.

1. В первую очередь необходимо провести исследование по определению группы крови в образцах крови потерпевшего и подозреваемого.

2. Микроспектроскопия, тонкослойная хроматография, возможно использование теста на гемоглобин.

3. Определение видовой принадлежности крови.

4. Реакция абсорбции в количественной модификации, реакция абсорбции-элюции, реакция покровного стекла по Ляттесу.

5. На основании сравнения групповой принадлежности в образцах крови потерпевшего и подозреваемого с групповой характеристикой крови в пятнах на вещественных доказательствах.

**Задача № 2.** (УК-1 УК-2 ПК-5 ПК-6 ПК-10)

Для исследования предоставлены смывы с пола, соскоб со стены. Для сравнительного исследования предоставлены образцы крови потерпевшего Н. и подозреваемого С. В образце крови потерпевшего Н. выявлены антигены А и В, агглютинины не выявлены. В образце крови подозреваемого С. выявлен лишь антиген В, агглютинины не выявлены. В соскобе со стены и смыве с пола обнаружена кровь человека. При определении ее групповой принадлежности выявлены антиген В и агглютинин альфа.

1. Какова групповая принадлежность крови потерпевшего Н.?

2. Какова может быть группа крови подозреваемого С.?

3. К какой группе относится кровь в смыве с пола и в соскобе со стены?

4. Может ли кровь на вещественных доказательствах принадлежать потерпевшему Н.?

5. Может ли кровь на вещественных доказательствах принадлежать подозреваемому С.?

Эталон № 2.

1. Кровь потерпевшего Н. принадлежит к АВ группе.

2. Кровь подозреваемого С. принадлежит к Вα группе.

3. В соскобе со стены и в смыве с пола кровь принадлежит человеку с Вα группой крови.

4. Происхождение крови в соскобе со стены и смыве с пола от потерпевшего Н. исключается.

5. Кровь на выше перечисленных вещественных доказательствах могла произойти от подозреваемого С., при наличии у него повреждений, сопровождавшихся наружным кровотечением.

**Задача № 3.** (УК-1 УК-2 ПК-5 ПК-6 ПК-10)

Из обстоятельств уголовного дела известно, что 08.12.2011 года, в промежуток времени с 03 час. 00 мин. до 04 час. 00 мин. гражданин Л., находясь в помещении сауны «Волна», расположенной по адресу: г. Красноярск, ул. Краснодарская, 6 «Д», совершил в отношении гражданки З. на менее 4-х насильственных половых актов без презерватива, против ее воли. Во время совершения половых насильственных актов гражданка З. оказывала сопротивление, царапала гражданина Л, ногтями, кусала.

1. Какие вещественные доказательства могут быть изъяты для проведения судебно-биологического исследования?

2. Какое исследования должно быть проведено в обязательном порядке?

3. Нужно ли изымать срезы ногтевых пластин с пальцев рук потерпевшей З.

4. Какое исследование срезов ногтевых пластин должно быть назначено.

5. Какие образцы должны быть предоставлены для сравнительного исследования?

Эталон № 3.

1. Тампон с содержимым влагалища потерпевшей З., возможно также изъятие ее вещей, которые были на ней в момент совершения преступления.

2. Определение наличия спермы морфологическим методом.

3. Обязательно.

4. Наличие крови, ее вид, групповая принадлежность, цитологическое исследование для определения клеток глубоких слоев кожи.

5. Образцы крови и слюны потерпевшей З. и подозреваемого Л.

**Задача № 4.** (УК-1 УК-2 ПК-5 ПК-6 ПК-10)

Из обстоятельств уголовного дела известно, что 16.11.2010 г., около 00 часов 40 минут, гражданин А., находился на ул. Больничная п. Абан около магазина ИП Пашков, где был избит неизвестным лицом, после чего от полученных повреждений скончался в реанимационном отделении МУЗ «Абанская ЦРБ».

18.11.2010 г. по подозрению в совершении данного преступления был задержан гражданин П. У подозреваемого П. изъята куртка, брюки, ботинки. На куртке, брюках и ботинках подозреваемого найдена кровь. При определении видовой принадлежности крови, с вырезками из пятен крови на куртке и брюках получены положительные результаты, с сыворотками преципитирующими белок крови человека. Со смывами со следами крови с ботинок подозреваемого П. получены положительные результаты с сыворотками, преципитирующими белок крови свиньи.

1. Кому принадлежит кровь на куртке и брюках подозреваемого П.?

2. Кому принадлежит кровь на ботинках подозреваемого П.?

3. Пятна крови на каких вещественных доказательствах подлежат дальнейшему исследованию для определения их групповой характеристики?

4. Нужно ли определять в данном случае групповую принадлежность следов крови на ботинках.

5. Каковы будут выводы в отношении пятен крови на ботинках П.?

Эталон № 4.

1. На куртке и брюках кровь принадлежит человеку.

2. На ботинках подозреваемого П. кровь принадлежит свинье.

3. Для определения групповой принадлежности исследуют следы крови на куртке и брюках.

4. Групповая принадлежность крови на ботинках, в данном случае, не исследуется, поскольку это кровь животного, без примеси крови человека, поэтому антигенная характеристика этих следов не имеет значения.

5. В выводах должно быть отражено, что кровь на ботинках подозреваемого П. принадлежит свинье.

**Задача № 5.** (УК-1 УК-2 ПК-5 ПК-6 ПК-10)

В судебно-биологическое отделение предоставлена веревка с места происшествия, которой предположительно был задушен гражданин С. В совершении данного преступления подозревается гражданин М. На разрешение эксперту были поставлены вопросы о наличии пота на веревке, его групповой принадлежности и о возможности происхождение данного пота от потерпевшего С. или подозреваемого Н.

1. Каким методом определяется наличие пота?

2. Какой химический реактив используется для выявления следов пота на вещественных доказательствах?

3. Какими методом определятся групповая принадлежность следов пота?

4. Какие образцы проходящих по делу лиц должны быть предоставлены для сравнительного исследования.

5. Для чего предоставляются образцы желчи и слюны?

Эталон № 5.

1. Методом восходящей тонкослойной хроматографии на силуфолевых пластинках.

2. Нингидрин.

3. Поскольку пот является слабым выделением, то для определения его групповой принадлежности следует использовать реакцию абсорбции-элюции.

4. Если потерпевший труп, то в данном случае для сравнительного исследования должны быть предоставлены образцы крови и желчи. У подозреваемого для проведения данной экспертизы должны быть забраны образцы крови и слюны.

5. Для определения категории выделительства.

**6. Перечень практических умений по изучаемой теме**

(УК-1, УК-2, УК-3, ПК-5, ПК-6, ПК-10);

-применять на практике основы законодательства РФ о здравоохранении и директивные документы, определяющие деятельность органов и учреждений здравоохранения;

-оформлять типовые формы медицинской документации для бюро судебно-медицинской экспертизы;

**7. Рекомендации по выполнению НИР**

Примерная тематика по НИР по теме - не предусмотрена.

**8. Рекомендованная литература по теме занятия (обязательная, дополнительная, электронные ресурсы, включая законодательные и нормативно-правовые документы)**

**Занятие № 54**

**1. Индекс: ОД.О.01.1.9.74** **Тема: «Судебно-медицинская экспертиза вещественных доказательств. Экспертиза выделений (следы спермы, следы пота)».**

**2. Форма организации занятия:** подготовка к практическому занятию.

**3. Перечень вопросов для самоподготовки по теме практического занятия:**

1. ВОПРОС Как определяют, к какой региональной области тела относится волос? (УК-1 УК-2 УК-3 ПК-5 ПК-6 ПК-10)

ОТВЕТ: Региональное происхождение волоса устанавливают всегда при решении вопроса о сходстве, но иногда оно имеет самостоятельное значение и помогает определить характер насилия. Решают это на основании совокупности признаков: длины, толщины, формы поперечного сечения, характера свободного конца, расположения пигмента на протяжении стержня. Так, можно определить шесть региональных групп. На голове волосы длинные, как иногда на бороде и усах. Волосы бровей и ресниц короткие, как и волосы с бороды они толстые.

Поперечное сечение волос бороды, лобка, подмышечной впадины разное. Волосы головы в поперечнике обычно округлой или овальной формы, бровей и век — в виде эллипса или почковидной формы, усов, бороды — треугольной или четырехугольной формы с закругленными углами, поперечное сечение у лобковых и подмышечных волос в виде эллипса или почки.

2. ВОПРОС Как установить вырван или выпал волос, подвергался ли он каким-либо воздействиям? (УК-1 УК-2 УК-3 ПК-5 ПК-6 ПК-10)

ОТВЕТ: При решении вопроса вырван волос или выпал обращают внимание на строение корня. Если там сохранилась луковица, но она сухая, ороговевшая без влагалищных оболочек, то это выпавший — отживший волос; вырванный жизнеспособный — имеет луковицу, покрытую влагалищными оболочками или их обрывками, состоит из жизнедеятельных клеток. По особенностям концевой части волоса с известной долей осторожности можно высказаться о действовавшем орудии. При действии тупого предмета он неровный, ступенчатый, расщепленный, при действии острого — ровный. Термическое действие устанавливается по вздутию, наличию пузырьков воздуха под микроскопом, по обугливанию и изменению цвета. Изменение первоначального цвета волос при обесцвечивании пергидролем или окрашивании определяется по расположению пигмента, изменению цвета волоса в области окрашивания кутикулы и коркового слоя.

3. ВОПРОС Как изменяются волосы при поздних трупных изменениях?

ОТВЕТ: Волосы долго противостоят гниению. Поэтому, когда мягкие ткани загнили, то особенно большое значение имеет выявление характера изменений и повреждений. В зависимости от условий пребывания трупа (земля, воздух, вода, температура) волосы меняют цвет. В земле через несколько десятилетий они становятся красно-бурыми, красно-рыжими. Они теряют эластичность, тускнеют, но сохраняют свою структуру.

4. ВОПРОС Можно ли по волосам устанавливать половую и групповую их принадлежность? (УК-1 УК-2 УК-3 ПК-5 ПК-6 ПК-10)

ОТВЕТ: Исследование влагалищной оболочки корневой, реже стержневой, части волоса позволяет в их ядрах определять половой Х-или У-хроматин, а также антигены системы АВО. Однако для решения вопроса о сходстве волос учитывают наряду с этим комплекс факторов (длина, толщина, цвет, особенности строения и др.).

5. ВОПРОС Какие следы наложения, помимо крови и волос, встречаются на травмировавшем орудии?

ОТВЕТ: На различных острых орудиях, тупых предметах, в определенных условиях на огнестрельном оружии, а также на транспортных средствах при соударении с телом человека или его одеждой остаются клеточные элементы поврежденных тканей и органов, текстильные волокна материалов одежды. В отличие от крови и волос выявление клеток животного происхождения и установление органно-тканевой принадлежности может позволить отождествить орудие, ибо, например, клетки печени или головного мозга при проникающих ранениях с повреждением этих органов не могут случайно попасть на орудие. При обнаружении на орудии набора разных текстильных поврежденных слоев одежды и совпадении их характеристик с контрольными волокнами также можно с большой долей вероятности сделать вывод об использовании орудий. Иногда следы-наложения поврежденных тканей могут помочь в определении видовой, групповой и половой принадлежности.

Судебно-биологическая экспертиза, особенно крови и клеточных объектов, приобретает большое значение при расследовании катастроф с массовыми жертвами и расчленением трупов, когда возникает вопрос об их опознании, а также при криминальных расчленениях трупов с целью установления принадлежности отдельных частей.

6. ВОПРОС Как обнаружить и изъять пятна спермы? (УК-1 УК-2 УК-3 ПК-5 ПК-6 ПК-10)

ОТВЕТ: При расследовании преступлений против половой неприкосновенности и половой свободы важным вещественным доказательством являются следы спермы. В разделе экспертизы живых лиц мы касались значения и методов изъятия семенной жидкости у свидетельствуемых, а в начале этого ответа отметим, как следует отбирать образцы при половых преступлениях для направления в отдел вещественных доказательств. На месте происшествия следует целиком изымать постельное или нательное белье и после высу-шивания направить в биологический отдел. С высохших пятен на теле женщины, либо на твердых предметах, иногда и тканях можно получать слепки на прозрачную липкую пленку. Затем липкая сторона окрашивается, наклеивается на предметное стекло и изучается под микроскопом.

В биологическом отделении, после ознакомления с обстоятельством и вопросами, изложенными в постановлении, эксперт-биолог приступает к исследованию предмета-носителя с целью поисков пятен спермы. По внешнему виду оно серовато-желтоватое с извилистыми более темными краями крахмальной плотности, а при облучении ультрафиолетовыми лучами флюоресцирует бледно-голубоватым цветом.

Именно эти пятна надлежит исследовать для доказательства наличия спермы.

7. ВОПРОС Какие методы используются в лаборатории, чтобы доказать, что в пятне действительно сперма? (УК-1 УК-2 УК-3 ПК-5 ПК-6 ПК-10)

ОТВЕТ: Таких методов много. Они делятся на ориентировочные и доказательные. К первой группеотносятся микроспектральныс реакции, реакции на выявление ферментов спермы (ЛДГ)-лактаг-дегидрогеназы, гистаминазы и др. Однако большое расгтрос^граненке, особенно при загрязнении предмета-носителя или замывании пятна, применяют реакцию с картофельным соком. Для этого вытяжку из пятна смешивают с картофельным соком, который обычно вызывает агглютинацию эритроцитов крови. Если же в пятне присутствует действительно сперма, то эта способность теряется и агглютинация не наступает.

Однако обычно вывод о наличии спермы делается после морфологического исследования спермы. Для этого делают вырезку из пятна, на предметном стекле расщепляют материал, окрашивают его обычными или флюоресцирующими красителями и изучают под микроскопом с увеличением в 600 раз. Обнаружение целого сперматозоида, то есть с головкой, шейкой и хвостиком, является неопровержимым доказательством наличия спермы. При отрицательном результате следует иметь в виду, что в сперме могут отсутствовать сперматозоиды или быть патологически измененными, разрушенными. Поэтому вывод об отсутствии спермы делать нельзя без использования реакции с картофельным соком или хроматографического исследования, который является весьма чувствительным и возможен при незначительном количестве материала. Применяют с целью доказательства спермы и метод качественного определения кислой фосфатазы — фермента, содержащегося в сперме.

Распространение в последние годы получило хроматографкческое исследование пятен спермы и смешанных пятен и другие доказательные методы.

8. ВОПРОС Как определяют группу спермы? (УК-1 УК-2 УК-3 ПК-5 ПК-6 ПК-10)

ОТВЕТ: После.решения этого вопроса устанавливается групповая специфичность спермы с целью определения возможности происхождения ее от определенного лица. Обычно в семенной жидкости, как и в выделениях из матки, мочевого пузыря, а также в поте, слюне, слезах содержатся те же антигены, что и в крови этого человека. Поэтому при выявлении спермы берут для сравнения с ней кровь подозреваемого. Исключение бывает очень редко, примерно в одном из 100000 случаев, но оно лишний раз доказывает исключительную важность безошибочного и точного исследования. Ярким примером в этом отношении может служить дело Чика-тило, у которого группа крови не совпала с группой спермы, обнаруженной у растерзанного им ребенка.

Следует отметить еще одну особенность подобных исследований — выделительство. У 75% людей антигены крови присутствуют в слюне и других выделениях в таком количестве, что выявляются. Это «выделители». Но у некоторых антигены в крови выражены очень слабо и не обнаруживаются, их называют «невыделителям?!». Поэтому устанавливается категория выделительства, что достигается исследованием, помимо крови, еще и слюны, которая дополнительно направляется в лабораторию на исследование в качестве образца. Для установления принадлежности спермы определенному лицу кроме антигенов системы АВО исследуют и некоторые ферменты.

9. ВОПРОС Какие еще выделения целесообразно изымать для назначения судебно-медицинской экспертизы? (УК-1 УК-2 УК-3 ПК-5 ПК-6 ПК-10)

ОТВЕТ: Исследование при необходимости можно проводить со следами любых выделений. Наиболее часто это пятна пота, которые нередко остаются на одежде, носках, обуви, в пото-жировых отпечатках рук и пятнах слюны, обнаруживаемых на окурках сигарет, платках, салфетках, остатках пищи. Для доказательства этих выделений пользуются биохимическими исследованиями с целью выявления аминокислоты сери-на, содержащейся в поте, или амилазы — в слюне. Реакция абсорбции-элюции с некоторыми модификациями позволяет определять групповую специфичность по системе АВО. Реже на судебно-биологическую экспертизу представляется моча, кал и другие выделения.

**4. Самоконтроль по тестовым заданиям данной темы**

1. ПЕРОКСИДАЗНЫМИ СВОЙСТВАМИ ОБЛАДАЮТ СЛЕДУЮЩИЕ СУБСТРАТЫ: (ПК-5)

1) Митохром

2) Гемоглобин, цитохром, миоглобин

3) Птиалин

4) Аналин

5) Гемоглобин

Правильный ответ: 2

2. К ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫМ МЕТОДАМ УСТАНОВЛЕНИЯ НАЛИЧИЯ СПЕРМЫ ОТНОСИТСЯ: (ПК-5)

1) Электрофоретический

2) Исследование в УФ лучах

3) Стереомикроскопический

4) Рентгенологический

5) Реакция на холин

Правильный ответ: 5

3. К ДОКАЗАТЕЛЬНЫМ МЕТОДАМ УСТАНОВЛЕНИЯ НАЛИЧИЯ СПЕРМЫ ОТНОСИТСЯ: (ПК-5)

1) Сфирический

2) Гистологический

3) Биохимический

4) Микрокристаллический, электрофоретический, морфологический

5) Хроматографический

Правильный ответ: 4

4. В СПЕРМАТОЗОИДЕ РАЗЛИЧАЮТ СЛЕДУЮЩИЕ ЧАСТИ: (ПК-5)

1) Тело

2) Нога

3) Рука

4) Головка, шейка, хвост

5) Глаз

Правильный ответ: 1

5. К МОРФОЛОГИЧЕСКОМУ ПРИЗНАКУ ПАТОЛОГИЧЕСКИ ИЗМЕНЕННОГО СПЕРМАТОЗОИДА НЕ ОТНОСИТСЯ: (ПК-5)

1) Отсутствие ядра

2) Наличие двух головок

3) Наличие двух хвостов

4) Отсутствие хвоста

5) Отсутствие гловки

Правильный ответ: 1

6. В СПЕРМАТОЗОИДЕ НЕ СОДЕРЖАТСЯ СЛЕДУЮЩИЕ АНТИГЕННЫЕ СИСТЕМЫ: (ПК-5)

1) АВ0

2) MNSs

3) Резус

4) Кидд

5) Льюис и Р

Правильный ответ: 5

7. НАЛИЧИЕ АГГЛЮТИНИНОВ В СПЕРМЕ И СЛЮНЕ СВЯЗАНО С: (ПК-5)

1) Методикой исследования

2) Методикой забора

3) Феноменом выделительства агглютининов

4) Методикой выделения

5) Методикой выбора

Правильный ответ: 3

8. АГГЛЮТИНОГЕНЫ В ПЕРИКАРДИАЛЬНОЙ ЖИДКОСТИ НЕВЫДЕЛИТЕЛЕЙ СОДЕРЖАТСЯ: (ПК-5)

1) В жидкой части

2) В клеточных элементах

3) В жидкой части и клеточных элементах

4) Не выявляются

5) В густой части

Правильный ответ: 2

9. КАТЕГОРИЮ ВЫДЕЛИТЕЛЬСТВА МОЖНО УСТАНАВЛИВИТЬ СЛЕДУЮЩИМИ РЕАКЦИЯМИ: (ПК-5)

1) Абсорбции агглютининов в количественной модификации, реакцией иммунофлуоресценции

2) Абсорбции-элюции

3) Реакция преципитации

4) Реакция элюции

5) Реакция абсорбции

Правильный ответ: 1

10. ПРИ ПРОВЕДЕНИИ РЕАКЦИИ АБСОРБЦИИ В КОЛИЧЕСТВЕННОЙ МОДИФИКАЦИИ К СЫВОРОТКАМ ПРЕДЪЯВЛЯЮТ СЛЕДУЮЩИЕ ТРЕБОВАНИЯ: (ПК-5)

1) Титр сывороток 1:82, наличие в сыворотке иммуноглобулинов класса M

2) Титр сывороток 1:62, наличие в сыворотке иммуноглобулинов класса G

3) Титр сывороток 1:32, наличие в сыворотке иммуноглобулинов класса М

4) Наличие в сыворотке иммуноглобулинов класса А

5) Наличие в сыворотке иммуноглобулинов класса В

Правильный ответ: 3

**5. Самоконтроль по ситуационным задачам**

**Задача № 1** (УК-1 УК-2 УК-3 ПК-5 ПК-6 ПК-10)

10 января 2012 года следственным отделом по г. Канску Главного следственного управления Следственного комитета Российской Федерации по Красноярскому краю возбуждено уголовное дело по признакам преступления, предусмотренного ч. 4 ст. 111 УК РФ по факту обнаружения трупа гр. С. с признаками насильственной смерти – одиночным колото-резанным ножевым ранением верхней трети правого бедра.

10 января 2012 года в ходе осмотра места происшествия по адресу: ул. Южная, д. № 7, кв. № 12 обнаружен и изъят нож.

1. Какое исследование нужно провести для установления наличия крови на ноже?

2. Если на ноже обнаружена кровь, как определить ее видовую принадлежность?

3. Если кровь принадлежит человеку, указать методы определения ее групповой принадлежности.

4. Методы определения половой принадлежности крови?

5. С чем сравнить групповую и половую принадлежность крови на ноже?

Эталон № 1.

1. Для определения наличия крови на вещественных доказательствах используются методы микроспектроскопии, восходящей тонкослойной хроматографии, тест-полоски.

2. Видовая принадлежность определяется методом встречного иммуноэлектрофореза в агаровом геле, либо с помощью тест-полосок.

3. Для определения антигенной характеристики крови используют метод абсорбции в количественной модификации, реакцию абсорбции-элюции; для выявления агглютининов – реакцию покровного стекла по Ляттесу.

4. Цитологическое исследование – определение полового хроматина.

5. С образцом крови проходящего по делу лица.

**Задача № 2.** (УК-1 УК-2 УК-3 ПК-5 ПК-6 ПК-10)

В судебно-биологическое отделение на основании направления следователя доставлен тампон с содержимым влагалища гр. А. для установления наличия спермы.

1. Какие ориентировочные методы можно использовать для определения наличия спермы?

2. Какие доказательные методы существуют для определения наличия спермы?

3. Если на тампоне обнаружена сперма, какое дополнительное исследование нужно провести?

4. Если тампон доставлен на основании направления, то какой документ должен быть составлен экспертом?

5. Какие рекомендации по дальнейшему исследованию тампону можно дать?

Эталон № 2.

1. Метод определения кислой фосфатазы с помощью реакции с картофельным соком.

2. Морфологический метод обнаружения сперматозоидов.

3. Определить наличие крови на тампоне.

4. Акт исследования вещественных доказательств.

5. Проведение молекулярно-генетического исследования.

**Задача № 3.** (УК-1 УК-2 УК-3 ПК-5 ПК-6 ПК-10)

В судебно-биологическое отделение доставлено постановление о назначении судебно-биологической экспертизы по факту убийства гражданки О. гражданином Д. В качестве вещественных доказательств предоставлены 5 волос с поверхности клеенки, обнаруженных на месте происшествия.

1. Какие методы исследования существуют для решения вопроса, являются ли присланные объекты волосами?

2. Если данные объекты являются волосами, какими методами определяют их принадлежность человеку?

3. Какие методы определения групповой принадлежности волос человека?

4. Как отличить вырванный жизнеспособный волос от выпавшего?

5. С чем обычно сравнивают волосы-улики?

Эталон № 3.

1. Макроскопический и микроскопический методы исследования.

2. Микроскопический метод исследования: по оптическому краю волоса – размер зубцов, расстояние между зубцами, форме сердцевины волоса, соотношению сердцевины и коркового вещества, пигметофорам.

3. Реакция абсорбции-элюции.

4. У вырванного волоса сочная пигментированная луковица крючкообразной формы, с остатками влагалищных оболочек на стволе. У выпавшего отжившего волоса – луковица колбообразная, сухая.

5. Волосы-улики обычно сравнивают с образцами волос проходящих по данному уголовному делу лиц.

**Задача № 4.** (УК-1 УК-2 УК-3 ПК-5 ПК-6 ПК-10)

24.10.2011г. на месте обнаружения трупа неустановленной женщины с признаками насильственной смерти (рубленая рана на голове), в квартире, при осмотре места происшествия, обнаружен топор с пятнами вещества бурого цвета, с присохшими к нему пучком волос. На полу и на обоях стен обнаружены также засохшие пятна вещества бурого цвета. Для дальнейшего исследования необходимо изъять вещественные доказательства.

1. Как правильно изъять орудие преступления?

2. Что делать с волосами?

3. Как правильно изъять следы крови с пола?

4. Как правильно изъять следы крови с обоев на стенах?

5. Какие образцы для сравнительного исследования должны быть предоставлены?

Эталон № 4.

1. Топор изымается целиком, упаковывается в чистую бумагу, сверток опечатывается и подписывается соответствующим образом (название вещественного доказательства, когда и где изъято вещественное доказательство). Необходимо также указать всех присутствующих при изъятии лиц с их подписями.

2. Волосы должны быть изъяты с топора перед его упаковкой. Волосы должны быть изъяты в виде пучка, упакованы в отдельный пакет, опечатаны и снабжены соответствующими надписями.

3. Следы с пола должны быть изъяты в виде соскоба, который производится чистым скальпелем, либо в виде смыва на марлевый тампон, смоченный чистой водой. Смыв просушивается. Соскоб или смыв упаковываются в бумажные пакеты, которые опечатываются и подписываются соответствующим образом. Одновременно, с незапятнанного участка делаются контрольный соскоб с пола или смыв, которые также упаковываются в отдельные бумажные пакеты, которые подписываются и опечатываются.

4. С обоев следы крови могут изыматься в виде соскоба. Также возможно вырезать запятнанный фрагмент обоев. Все упаковывается в отдельные пакеты, опечатывается и маркируется соответствующим образом. В отдельные пакет изымается незапятнанный участок обоев в качестве контроля.

5. Для сравнительного исследования должны быть предоставлены: образец крови потерпевшей неустановленной женщины, а также образцы ее волос с пяти областей головы.

**Задача № 5.** (УК-1 УК-2 УК-3 ПК-5 ПК-6 ПК-10)

Для проведения судебно-биологического исследования доставлены рубашка подозреваемого Ю., а также высушенные на марле образцы крови потерпевшего Г. и образцы крови и слюны подозреваемого Ю. При исследовании, на рубашке подозреваемого И. обнаружена кровь человека и выявлен антиген А. В образце крови потерпевшего Б. выявлен антиген А и агглютинин бета, в образце крови подозреваемого И. выявлен антиген Н и агглютинины альфа и бета.

1. Какова групповая принадлежность крови потерпевшего Г.?

2. Какова групповая принадлежность крови подозреваемого Ю.?

3. Какова групповая принадлежность следов крови на рубашке?

4. Кому могут принадлежать следы крови на рубашке?

5. От кого исключается происхождение данных следов?

Эталон № 5.

1. Кровь потерпевшего Г. относится к Аβ группе.

2. Кровь подозреваемого Ю. принадлежит к 0αβ группе.

3. Выявление антигена А свидетельствует о происхождении его от лица, имеющего Аβ группу.

4. Кровь на рубашке подозреваемого Ю. могла произойти от потерпевшего Г.

5. Подозреваемому Ю. кровь на рубашке не принадлежит.

**6. Перечень практических умений по изучаемой теме**

(УК-1, УК-2, УК-3, ПК-5, ПК-6, ПК-10);

-применять на практике основы законодательства РФ о здравоохранении и директивные документы, определяющие деятельность органов и учреждений здравоохранения;

-оформлять типовые формы медицинской документации для бюро судебно-медицинской экспертизы;

**7. Рекомендации по выполнению НИР**

Примерная тематика по НИР по теме - не предусмотрена.

**8. Рекомендованная литература по теме занятия (обязательная, дополнительная, электронные ресурсы, включая законодательные и нормативно-правовые документы)**

**Занятие № 55**

1. **Индекс: ОД.О.01.1.9.76 Тема: «Медико-криминалистические методы исследования объектов судебно-медицинской экспертизы».**

**2. Форма организации занятия: подготовка к практическому занятию.**

**3. Перечень вопросов для самоподготовки по теме практического занятия:**

1. ВОПРОС Какие методы применяют в медико-криминалистическом отделении для идентификации и отождествления травмирующего орудия? (УК-1 ПК-1 ПК-2 ПК-3 ПК-5 ПК-7 ПК-8 ПК-9 ПК-10)

ОТВЕТ: Обнаруженный на трупе, орудии, ином предмете след вначале фиксируется с помощью масштабной макро- или микрофотографии, иногда с этой целью могут использоваться стереофотография, рентгенография. Затем, если объект на трупе, он изымается с непременным сохранением первоначального состояния и сохраняется, лучше без специальной фиксации, при хранении в холодильнике.

Изучение повреждений проводится с применением стереомикроскопии, контактно-диффузионного или иного метода определения металла, рентгенографии и других физико-технических методов исследования. В ряде случаев целесообразно получить подобное повреждение подозреваемым предметом (после его исследования). Чтобы получить аналогичное повреждение для сравнения с исследуемым, непременнымтребованием является максимально возможное повторения тех же условий на трупе. Это касается локализации, механизма действия, направления, движения предмета, положения потерпевшего, а при нанесении повреждения через одежду — учитывать это. Иногда подобное повреждение наносится по хорошо след-воспринимающему предмету, например, пластмассе. Такие экспертные эксперименты документируются протоколом. Полученные таким образом повреждения фиксируются масштабной макро- и микрофотографией, рентгенографией, получением слепков в тех же условиях (размер, ракурс, освещение), в каких это делалось при исследовании неизвестного повреждения. После этого проводится сравнение. Сначала визуально отбирается аналогичный по групповым особенностям участок, подвергается сравнительной оценке путем фотоналожения или фотосмешения отдельных частных признаков. Иногда это делается непосредственно на специальных микроскопах сравнения или криминалистическом, в которых в одном разделенном на две половины поле зрения видны трассы в виде бороздок или выступов. Расположенные в одном направлении трассы одного повреждения перемещаются с помощью препаратоводителя с целью их совмещения с трассами другого повреждения. В случае полного их совмещения решается вопрос об их тождестве.

Эти методы можно объединить названием — трассологические. Они заимствованы из криминалистики, но приспособлены для исследования биологических объектов и отличаются необходимостью быть пригодными для сравнения, наглядными, которые можно повторить с целью проверки.

2. ВОПРОС Как организована и каким образом производится медико-криминалистическая экспертиза трупа с целью установления личности неизвестного человека? (УК-1 ПК-1 ПК-2 ПК-3 ПК-5 ПК-7 ПК-8 ПК-9 ПК-10)

ОТВЕТ: Исследование трупа неизвестного лица на-чинается эксперт-танатолог. Однако эта работа продолжается в медико-криминалистическом отделении.

Отождествление личности основано на индивидуальной неповторимости особенностей человека и использования для сравнения комплекса признаков. Для этого применяют фотоснимки, рентгенограммы, зубную формулу и особенности зубного аппарата, зафиксированные в медицинских документах, данные о заболеваниях.

Прижизненная фотография используется для сравнения с посмертно полученной фотографией и описанием трупа (в основном головы, лица, особенностей анатомического строения тела), по методу словесного портрета, на чем мы останавливались при ответе на вопрос об особенностях исследования трупа неизвестного лица. Значение медико-криминалистической экспертизы возрастает при разрушении трупа поздними трупными изменениями, особенно гниением, вплоть до ске-летирования, при воздействии пламени и других физических факторов. При судебно-медицинс-кой экспертизе массовых поражений разработаны организационные методы работы с большим количеством одновременно поступающих неопознанных трупов. Вначале следует провести их сортировку, составить алгоритм действия отдельных бригад, систематизировать опознавательные ориентиры. Процедуру опознания проводить в определенном порядке, используя для этого компьютерную фиксацию всех особенностей каждого трупа.

3. ВОПРОС Как используется прижизненная фотография подозреваемого для установления его личности? (УК-1 ПК-1 ПК-2 ПК-3 ПК-5 ПК-7 ПК-8 ПК-9 ПК-10)

ОТВЕТ: Для этого посмертная фотография изготавливается в таком ракурсе и размере, как и прижизненная. При исследовании костных останков прижизненная фотография сопоставляется с черепом неизвестного. Производится их совмещение, для чего могут быть использованы разные методы. Фотосмещение начинается с изготовления негативов головы пропавшего человека, на который производят совмещение одномасштабной фотографии черепа по соответствующим ориентирам. Затем делается отпечаток, на котором окончательно решается, все ли точки совпали. Вывод о том, что труп принадлежит человеку, фотография которого представлена, делается на основании результатов фотосмещения и комплекса других данных (совпадения возраста, пола, роста, сравнительных особенностей зубов, индивидуальных признаков). Особенно целесообразно использовать для установления личности метод компьютерного наложения рентгенограммы головы неизвестного с прижизненной фотографией. Объективизируют результаты применение математического анализа. Особенно широко применяется рентгенография черепа в связи с отсутствием правовой базы и нарушением этических норм для отделения головы с целью исследования.

4. ВОПРОС Какое значение в установлении личности на трупе неизвестного лица имеет исследование особенностей кожного рисунка? (УК-1 ПК-1 ПК-2 ПК-3 ПК-5 ПК-7 ПК-8 ПК-9 ПК-10)

ОТВЕТ: Во всех случаях, когда есть с чем сравнить, исследование пальцевых узоров рисунка кожи ладоней и ступней имеют большое, а иногда решающее значение. Надо отметить, что при отторжении эпидермиса вследствие механических повреждений, мацерации или гниения рисунок сохраняется на собственно коже. Как известно, это объект исследования криминалистов. При гниении, мумификации или термическом воздействии манипуляции с кистью или реставрацию кожи производит судебно-медицинский эксперт, подготавливая их для криминалиста. Сравнение пальцевых или других рисунков может быть не только с регистрационными отпечатками, снимаемыми у преступников, но и с отпечатками, полученными у их близких родственников, так как индивидуальность узора передается по наследству. Важно, что даже на обожженном и обугленном трупе нередко остаются пригодные для исследования кожные покровы подошв и ладоней. На практике не используются рисунки строения нёба, языка, которые также индивидуальны и одинаковы у родителей и детей.

5. ВОПРОС Что относят к особым приметам и какое они имеют значение для опознания личности? (УК-1 ПК-1 ПК-2 ПК-3 ПК-5 ПК-7 ПК-8 ПК-9 ПК-10)

ОТВЕТ: Особыми приметами называют врожденные или приобретенные редко встречаемые признаки. К первым относят аномалии развития костной системы, особенно черепной и грудной клетки, конфигурацию и топографию частей лица (выступающий подбородок, цвет радужки, форма носа и ушной раковины, родимые пятна, родинки).

О значении антигенных и хромосомных факторов при исследовании тканей мы говорили при рассмотрении вопросов исследования крови.

Приобретенными особыми приметами могут быть татуировки, пигментации, травматические и послеоперационные рубцы, бородавки, последствия болезни и переломов, внутрикостные металлические штифты, аппарат, стимулирующий сердечную деятельность, металлизация и прочие особенности профессиональной деятельности.

**4. Самоконтроль по тестовым заданиям данной темы**

1. ФОТОГРАФИРОВАНИЕ В ИНФРАКРАСНЫХ ЛУЧАХ НЕ ПРИМЕНЯЮТ ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ И ФОТОГРАФИЧЕСКОЙ ФИКСАЦИИ СЛЕДУЮЩИХ ОБЪЕКТОВ: (ПК-5)

1) Скрытые и малозаметные кровоподтеки

2) Залитые кровью следы

3) Копоть и зерна пороха в области входного огнестрельного отверстия

4) Следы горюче-смазочных веществ на одежде

5) Следы крови на одежде, цвет которых маскируется цветом ткани

Правильный ответ: 4

2. ФОТОГРАФИРОВАНИЕ ВИДИМОЙ ЛЮМИНЕСЦЕНЦИИ В СУДЕБНОЙ МЕДИЦИНЕ НЕ ПРИМЕНЯЕТСЯ ДЛЯ ДОСТИЖЕНИЯ СЛЕДУЮЩИХ ЦЕЛЕЙ: (ПК-5)

1) Ориентировочное определение природы люминесцирующих веществ

2) Определение слабо различимых следов копоти выстрела на одежде

3) Установление и фотографическая фиксация формы, размеров выявленных люминесцирующих следов на объектах

4) Обнаружение визуально неразличимых или малоразличимых наложений спермы, крови,

смазочных масел

5) Установление и фотографическая локализации выявленных люминесцирующих следов на объектах

Правильный ответ: 2

3. МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ, НЕ ПРИМЕНЯЕМЫМИ В ОТДЕЛЕНИИ МЕДИЦИНСКОЙ КРИМИНАЛИСТИКИ: (ПК-5)

1) Рентгенография и рентгеноскопия

2) Стереорентгенография

3) Микрорентгенография

4) Гистохимический

5) Рентгенограмметрия

Правильный ответ: 4

4. РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИЙ МЕТОД ПРИ ИССЛЕДОВАНИИ ПОВРЕЖДЕНИЙ ТВЕРДЫМИ ТУПЫМИ ПРЕДМЕТАМИ НЕ ПРИМЕНЯЮТ ДЛЯ ДОСТИЖЕНИЯ СЛЕДУЮЩИХ ЦЕЛЕЙ: (ПК-5)

1) Установление механизма образования переломов костей

2) Получение топографии костных отломков до исследования трупа

3) Обнаружение микрочастиц и наложений различных веществ

4) Определение по характеру переломов направления действия силы

5) Определение механизма перелома

Правильный ответ: 3

5. ПРИ ИССЛЕДОВАНИИ ПОВРЕЖДЕНИЙ КОЛЮЩЕ-РЕЖУЩИМИ ПРЕДМЕТАМИ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИЙ МЕТОД НЕ ПРИМЕНЯЮТ ДЛЯ ДОСТИЖЕНИЯ СЛЕДУЮЩИХ ЦЕЛЕЙ: (ПК-5)

1) Определение особенностей сквозных повреждений плоских костей

2) Определение направления раневого канала в теле умершего

3) Обнаружение различных микрочастиц в просвете раневого канала

4) Установление формы и размеров погруженной части повреждающего орудия в паренхиматозных органах

5) Установление формы погруженной части повреждающего орудия в паренхиматозных органах

Правильный ответ: 3

6. ПРИ ОГНЕСТРЕЛЬНЫХ ПОВРЕЖДЕНИЯХ ТЕЛА ЧЕЛОВЕКА РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИЙ МЕТОД НЕ ИСПОЛЬЗУЮТ ДЛЯ УСТАНОВЛЕНИЯ: (ПК-5)

1) Наличие, локализация снаряда или его частей

2) Вид снаряда

3) Входное и выходное отверстия

4) Направление движения снаряда в теле

5) Последовательность выстрелов

Правильный ответ: 5

7. ПРИ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКОМ ИССЛЕДОВАНИИ ТРУПА СО СЛЕПЫМ ОГНЕСТРЕЛЬНЫМ ПОВРЕЖДЕНИЕМ НЕ ФИКСИРУЮТ СЛЕДУЮЩИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ СНАРЯДА: (ПК-5)

1) Масса

2) Форма

3) Размеры

4) Интенсивность тени

5) Характер контуров

Правильный ответ:1

8. РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКАЯ КАРТИНА ОТЛОЖЕНИЯ СЛЕДОВ МЕТАЛЛА В ВИДЕ КОЛЬЦЕВИДНОЙ ТЕНИ В ОБЛАСТИ ВХОДНОГО ОГНЕСТРЕЛЬНОГО ОТВЕРСТИЯ НА КОСТИ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ ПРИ

ПОРАЖЕНИИ: (ПК-5)

1) Оболочечной пулей

2) Безоболочечной пулей

3) Пулей специального назначения

4) Резиновой пулей

5) При холостом выстреле

Правильный ответ: 2

9. ВОЗРАСТ ЧЕЛОВЕКА НЕ УСТАНАВЛИВАЮТ ПРИ ПОМОЩИ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКОГО МЕТОДА ПО СЛЕДУЮЩИМ ПРИЗНАКАМ: (ПК-5)

1) Наличие синостозов

2) Тени остеофитов

3) Остеопороз

4) Фрагментация костей

5) Наличие центров окостенения в определенных участках костей

Правильный ответ: 4

10. ИССЛЕДОВАНИЕ В ИНФРАКРАСНЫХ ЛУЧАХ ПРИ ЭКСПЕРТИЗЕ ПОТЕРПЕВШИХ, ОБВИНЯЕМЫХ И ДРУГИХ ЛИЦ НЕ ПОЗВОЛЯЕТ УСТАНОВИТЬ: (ПК-5)

1) Форма и размеры скрытых и малозаметных кровоподтеков

2) Частицы лакокрасочных веществ

3) Рисунки "выцветших" или подвергшихся удалению татуировок

4) Форма и величина зоны отложения на коже невидимых при обычном освещении дополнительных факторов выстрела

5) Наличие, форма и размеры поглощающих ИК-лучи инородных тел в глубоких слоях собственно кожи

Правильный ответ: 2

**5. Самоконтроль по ситуационным задачам**

**Задача № 1.** (УК-1 ПК-1 ПК-2 ПК-3 ПК-5 ПК-7 ПК-8 ПК-9 ПК-10)

«ОБСТОЯТЕЛЬСТВА ДЕЛА. В направлении указано: «направляются части скелетированных останков человека, упакованные в 3 целлофановых пакета: № 1, № 2, № 3, обнаруженных в лесном массиве в районе с .Березовского района 18 июля 2012 года». Других сведений в направлении нет.

ПРЕДСТАВЛЕННЫЕ МАТЕРИАЛЫ И БИОЛОГИЧЕСКИЕ ОБЪЕКТЫ.

19 июля 2012 года в МКО ККБСМЭ водителем Федорук представлено:

1. Направление на медико-криминалистическое исследование, вынесенное следователем Березовского МСО ГСУ СК РФ от 18.07.2012г.

2. Скелетированные останки, упакованные в три пакета.

И С С Л Е Д О В А Н И Е

**1. Исследование костных останков.**

1.1.Останки доставлены и упакованы в три бумажных пакета. Они распакованы, сортированы, разложены согласно их анатомической принадлежности, сфотографированы. При их исследовании установлено, что останки предоставлены отдельными костями скелета. Среди останков имеется одежда в виде: черной футболки с длинным черным рукавом из полусинтетической ткани, с биркой на вороте «VERSASE». Перед футболки в черно-белую горизонтальную полоску. Футболка загрязнена, рукава - полуистлевшие с множественными дефектами. Внутри футболки две лопаточных кости. На костных останках таза имеются мужские трусы из хлопчатобумажной ткани, синего цвета в бело-красную полоску квадратами. Трусы полуистлевшие. Среди костей скелета имеется череп без нижней челюсти. Мягкие ткани на черепе отсутствуют. На верхней челюсти имеются все зубы, за исключением 4-го слева, лунка которого остроконечная, зияет (посмертная утрата), и 5-го слева, лунка которого заращена (прижизненная утрата). В полости черепа содержимого нет. Также имеются две лопаточные кости с практически полностью сохранившимися реберным каркасом, где отсутствуют 10-е и 11-е ребра и ключичные кости, которые соединены между собой за счет частично сохранившихся мягкими тканями черно-коричневого цвета, засохших. В области концов всех ребер с обеих сторон повреждения с признаками воздействия зубов животных. Среди костей позвоночника имеются: 1-2-й шейные позвонки, 5-7-ые шейные позвонки, затем все позвонки грудного отдела, поясничного отдела с крестцом. Кости таза, бедренные кости, права большеберцовая и малоберцовая кости соединены между собой в один комплекс, за счет частично сохранившихся мягких тканей черно-серо-коричневого цвета, засохшие. Левая малоберцовая и большеберцовая кости находятся отдельно, и также соединены между собой. Длина бедренной кости – 468 мм, длина плечевой кости 338 мм, длина большеберцовой кости – 371 мм. Имеется правый подколенник и фрагмент костей стопы с основанными фалангами, концы которых с признаками воздействия животных. Кроме этого имеются две плечевые кости, левая лучевая и плечевая кости и фрагменты левой кисти. Каких-либо механических повреждений, за исключением повреждений от воздействия зубов животных при исследовании останков не обнаружено. Для дальнейшего исследования изъяты: череп и правая бедренная кость. Костные опилки направлены в судебно-биологическое отделение для определения групповой принадлежности тканей.

**2. Исследование черепа.**

2.1. На исследование представлен череп человека с мягкими тканями. Череп подвергался мацерации в течении несколько суток в проточной горячей воде. После этого мягкие ткани были тупо удалены, а отделы черепа скреплены между собой мягкой проволокой и сфотографированы. Череп массивный, тяжелый, надбровные дуги и надпереносье выражены, лоб скошен кзади. Горизонтальные ветви нижней челюсти развернуты кнаружи. Сосцевидные отростки и затылочный бугор выражены. Хорошо выражены бугристости и шероховатости на костях основания черепа. Вышеописанные данные свидетельствуют о принадлежности представленного на исследование черепа лицу мужского пола. Череп по боковым поверхностям приплюснут, лицевой череп вытянут в сагиттальном направлении, «собачьи ямки» углублены. На задней поверхности сохранившихся зубов каких-либо особенностей не отмечается. Вышеописанные данные свидетельствуют о принадлежности черепа лицу европеоидной расы. Шов между основной и затылочными костями заращен. Швы костей черепа изнутри все полностью заращены. Венечный шов снаружи заращен на всем протяжении, за исключением нижнебоковых участков. Также полностью заращен сагиттальный шов и большая часть затылочного. Вышеописанные данные свидетельствуют о принадлежности черепа лицу, чей возраст около 30 лет. Слева параллельно франкфуртской горизонтали на 25 мм выше скуловидного отростка, на чешуе левой височной кости имеется полный сквозной перелом последней, края которого отвесные, без сколов и деформации, то есть деформация кости на растяжение. Передний конец этого перелома затем продолжается в расхождение шва между основной и височной костью слева, затем продолжается в перелом, идущий через тело основной кости, слева от турецкого седла, затем идет кпереди до петушиного гребня, где и заканчивается. Причем в области передней черепной ямки правая половина указанного перелома ниже левой на 2 мм. При осмотре краев перелома видно, что они без сколов и деформаций, отвесные. Далее задняя часть перелома на левой чешуе височной кости продолжается в расхождение шва между левой височной костью и левой теменной на расстоянии до 2 мм и это расхождение заканчивается в точке лямбда. Таким образом, характер краев перелома черепа свидетельствует в пользу посмертного его происхождения, вследствие распирающего действия увеличенного в объеме промерзшего содержимого полости черепа.

**3. Исследование бедренной кости.**

3.1. С целью определения костного возраста бедренная кость исследовалась в жестких рентгеновских лучах полученных при помощи аппарата «Армовил -9», где на полученной рентгенограмме в описании рентгенолога-консультанта ККБ №1 Красицкого И.И. указано: ««Эпифиз синостозирован с метафизом, линия синостоза прослеживается на всем протяжении. Головка округлой формы, суставная поверхность гладкая, костные разрастания по ее краям отсутствуют, субхондральная пластинка не утолщена. Структура губчатого вещества метаэпифиза мелко-ячеистая, однородная, балки его не утолщены. Контуры метадиафиза гладкие, компактный костный слой толстый, однородный. Верхняя граница костно-мозговой полости находится у нижнего края малого вертела. Заключение: костный возраст 20-30 лет». С целью удаления мягких тканей, бедренная кость помещалась под горячую проточную воду, после чего мягкие ткани удалялись механически, объект высушивался, исследовался визуально и с помощью стереомикроскопа МБС 10, фотографировался фотокамерой «Olimpus E-510». При этом установлено, что поверхность бедренной кости гладкая, кость крепкая, массивная, эпифизарная линия прослеживается, более в центральных отделах, головка округлой формы, суставная ее поверхность гладкая, костные разрастания по краям отсутствуют, структура губчатого вещества мелкоячеистая, компактный костный слой толстый, плотный, однородный, верхняя граница костно-мозговой полости находится у нижнего края малого вертела. Описанные анатомо-морфологические свойства свидетельствуют о принадлежности кости лицу, чей возраст около 25-35 лет.

3.2. Определение длины тела. Длина правой бедренной кости составляет 438 мм, что по таблицам Троттер и Глезер соответствует длине тела около 180 см.

**Вопросы:**

1. Какого пола человек, чьи останки представлены на исследование?

2. Какой возраст человека, чьи останки представлены на исследование?

3. Какова причина смерти человека, чьи останки представлены на исследование?

4. Имеются ли на представленных останках следы повреждений? Если да, то причинены они при жизни или после смерти? Имеются ли на представленных останках какие-либо особые приметы, в виде переломов и др.?

5. Какова давность наступления смерти человека, чьи останки представлены на исследование?»

Эталон:

1. Представленные на исследование останки принадлежат телу мужского пола

2. Возрастом около 30 лет, европеоидной расы, длиной тела около 180 см.

3. Установить причину смерти лица, которому принадлежали останки, не представилось возможным, так как отсутствовали полностью мягкие ткани и внутренние органы, а также часть скелета.

4. На представленных костных останках обнаружены повреждения посмертного характера двух видов:

а) повреждения ребер, таза возникли от воздействия зубов животных;

б) посмертный перелом костей черепа, расположенный на левой половине последнего в виде перелома чешуи левой височной кости и расхождения швов на левой половине черепа возник вследствие распирающего действия увеличенного в объеме промерзшего содержимого полости черепа.

5. Характер трупных изменений, обнаруженных на костных останках свидетельствует о том, что смерть лица, которому принадлежали костные останки, наступила около года назад к моменту их обнаружения.

**Задача № 2.** (УК-1 ПК-1 ПК-2 ПК-3 ПК-5 ПК-7 ПК-8 ПК-9 ПК-10)

Исследование проводилось для определения: Наличия и механизма образования повреждения, возможен ли переезд туловища или конечностей легковым автомобилем.

ОБСТОЯТЕЛЬСТВА ДЕЛА. В направлении указано: «в ДТП (мотоциклист, столкновение с передней частью легкового автомобиля)». Других сведений в направлении нет.

ПРЕДСТАВЛЕННЫЕ МАТЕРИАЛЫ И БИОЛОГИЧЕСКИЕ ОБЪЕКТЫ.

27 июля 2012 года МКО ККБСМЭ судмедэкспертом ККБСМЭ предоставлено:

1. Направление на медико-криминалистическое исследование, вынесенное судмедэкспертом ККБСМЭ от 27.07.2012 г.

2. Кости правой голени (большеберцовая и малоберцовая кости), кости правого плеча, кости правого бедра, 2-11 ребер слева, грудина от трупа гр. А, 1989 г.р., зарегистрированного в морге ККБСМЭ

И С С Л Е Д О В А Н И Е:

1. Изучены данные вскрытия по представленной копии «Заключения эксперта» от 27 июля 2012г.: «…Кости левых верхней и нижней конечностей на ощупь целы. Отмечается патологическая подвижность правой верхней конечности на уровне верхней трети плеча и нижней трети предплечья, так же отмечается патологическая подвижность правого бедра на уровне верхней трети и правой голени на уровне средней трети. …На передней поверхности грудной клетки от уровня 7 межреберья по передне-подмышечной линии, распространяясь косо-вертикально вверх и в право до уровня правого надплечья располагается синюшно-фиолетовый, местами пестрого вида овально-вытянутый кровоподтек размерами 45х6см, располагающийся на расстоянии от 124см до 158см от уровня подошвенной поверхности стоп. …На правой боковой поверхности грудной клетки от уровня края реберной дуги, распространяясь вверх до правого плеча располагается аналогичный по свойствам выше описанному кровоподтек размерами 37х8см, располагающийся на расстоянии от 125см до 162см от уровня подошвенной поверхности стоп. … На задней поверхности правой голени на уровне нижней трети на расстоянии от 2см до 17см от уровня подошвенной поверхности стоп располагаются две ссадины аналогичные по свойствам выше описанным размерами 2,5х1см в верхней части и 12х6см в нижней части. … Обнаружен полный косо-поперечный перелом правой малоберцовой кости в средней трети (на задней поверхности зона разрыва, на передней зона долома). Обнаружен оскольчатый перелом правой большеберцовой кости на уровне средней трети на 22см выше подошвенной поверхности стоп с отломком треугольной формы, основанием расположенным на внутренней поверхности. Обнаружен линейный перелом нижнего эпифиза правой большеберцовой кости. Проведен распил большеберцовой и малоберцовой костей на уровне верхней трети и их вычленение в нижней части. Обнаружен оскольчатый перелом правой бедренной кости на уровне верхней трети с двумя отломками, располагающимися со стороны внутренней поверхности. Ниже и выше зоны данного перелома проведены распилы бедренной кости. Обнаружен оскольчатый перелом правой плечевой кости на уровне верхней трети и полный поперечный перелом правой локтевой кости на уровне нижней трети с зоной разрыва на передней поверхности и долома на задней. Проведен распил ниже зоны перелома правой плечевой кости и вычленение головки плечевой кости. … Обнаружен полный поперечный перелом тела грудины между 3 и 4 ребрами. Обнаружены полные поперечные переломы 2,4-11 ребер слева по линиям от среднеключичной до переднеподмышечной. Данные ребра далее не исследованы, изъяты для медико-криминалистического исследования».

2. Для дальнейшего исследования маркированные представленные объекты подверглись мацерации. После чего, с них тупо удалены мягкие ткани. Костные фрагменты соединены по их анатомической принадлежности и сфотографированы (см. фото).

3. На исследование представлены фрагмент (нижние две трети) костей правой голени длиною 26 см, на которых отступя вниз от уровня отпила костей на 11 см имеются 2 полных перелома большеберцовой и малоберцовой костей. Перелом на большеберцовой кости в виде костного треугольника шириной основания 6 см, причем, вершина этого треугольника направлена слева направо, т.е. деформация костей на растяжение располагается на наружной поверхности костей голени, а сжатия на внутренней. Аналогичного характера перелом на том же уровне располагается на малоберцовой кости только треугольник шириной основания 1,5 см.

4. Представлен фрагмент правой бедренной кости длиною 23 см на котором отступя от верхнего края вниз на 8 см имеется полный перелом, причем, перелом в виде треугольника шириной основания 6 см, вершина которого направлена к наружной поверхности правого бедра, где имеется деформация кости на растяжение, т.е. нет элементов выкрашивания, края перелома ровные, отвесные, а основание треугольника располагается на внутренней поверхности правого бедра, где имеются признаки деформации кости на сжатие, т.е. выкрашивание костного фрагмента в виде треугольника.

5. Фрагмент правого плеча длиною 22 см, на нем имеется полный перелом тела кости, отступя вниз от вершины головки правого плеча 11 см, причем, перелом в виде треугольника равнобедренного шириной основания 7 см, причем, вершина этого треугольника располагается на задней поверхности тела кости и здесь имеются признаки разрыва (растяжения) кости, а на передней поверхности кости деформация ее на сжатие.

6. Представлена грудина состоящая из рукоятки, тела и мечевидного отростка, причем, в области тела имеется 2 поперечных расположенных параллельно друг другу перелома на передней поверхности тела длиною верхней 3 см, а нижней 4 см. По краям имеются выкрашивания костной ткани, т.е. элементы деформации кости на сжатие, а со стороны внутренней поверхности повреждений кости нет. Следовательно, переломы возникли по типу перелома «зеленой ветки».

7. На исследование представлены со 2 по 11 ребра слева, при этом, видно, что по срединно-ключичной линии имеются переломы ребер, причем, переломы на 2, 3, 5, 6, 7, 8, 9, 10 ребрах переломы на наружной костной пластинке с элементами деформации кости на растяжение, т.е. края перелома отвесные, без сколов и деформации, а на внутренней с элементами деформации костной ткани на сжатие. Переломы же на 2 и 11 ребрах по типу «зеленой веточки», когда линия перелома имеется только на внутренней поверхности с элементами деформации костной ткани на сжатие.

**Вопросы:**

1. Повреждения обнаруженные на фрагментах костей правой голени, механизм травмы?

2. Повреждения обнаруженные на фрагменте правого бедра, механизм травмы?

3. Повреждения обнаруженные на фрагменте правого плеча, механизм травмы?

4. Повреждения обнаруженные на грудине и ребрах, механизм травмы?

5. Стадия ДТП (наезд, переезд и т.п.)?

Эталон:

1. На представленных фрагментах костей правой голени обнаружено по перелому, которые возникли от воздействия тупого твердого предмета (предметов) и направление воздействующей силы было слева направо.

2. На фрагменте правого бедра обнаружен полный перелом последнего, который возник от воздействия тупого твердого предмета, причем направление воздействующей силы было слева направо.

3. На представленном фрагменте правого плеча обнаружен перелом, который возник от воздействия твердого тупого предмета (предметов) причем направление воздействующей силы было спереди назад.

4. На представленных грудине и 2-11 ребрах слева обнаружены переломы, которые являются конструкционными и возникли одномоментно от воздействия тупого твердого предмета (предметов), с ограниченной контактирующей поверхностью, причем, направление воздействия было спереди назад в области передней поверхности грудной клетки слева в районе окологрудинной линии слева.

5. Вопрос стадии ДТП (наезд, переезд и т.п.) решается после тщательного анализа данных исследования одежды потерпевшего, транспортных средств, осмотра места происшествия ДТП.

**Задача № 3**. (УК-1 ПК-1 ПК-2 ПК-3 ПК-5 ПК-7 ПК-8 ПК-9 ПК-10)

Исследование проводилось для определения: наличия, характера и механизма огнестрельных повреждений, дистанции выстрела, характеристики травмирующего орудия, наличия следов металлизации и следов инородных включений.

ОБСТОЯТЕЛЬСТВА ДЕЛА. В направлении указано: «в лесном массиве около деревни…… района с огнестрельным ранением головы». Других сведений в направлении нет.

ПРЕДСТАВЛЕННЫЕ МАТЕРИАЛЫ И БИОЛОГИЧЕСКИЕ ОБЪЕКТЫ.

25 января 2012 года в медико-криминалистическое отделение ККБСМЭ, были представлены:

1. Направление на медико-криминалистическое исследование, вынесенное судмедэкспертом от 16 января 2012 г.

2. Голова и препарат кожи от трупа гр. Н., 1977 г. рождения.

3. Копия «Заключения эксперта» от 16 января 2012г. на имя гр. Н. на 3-х листах.

**И С С Л Е Д О В А Н И Е**

1. В «Заключении эксперта» указано, что со стороны свода черепа овальный дефект кожных покровов на участке около 21х18 см, через который свободно просматривается полость черепа с множественными отломками основания черепа, которые имеют неправильно трапециевидную неправильную прямоугольную форму, полуовальную и треугольную форму. Отломки не соединены с друг другом, имеют диастаз (расхождение) до 0,56-1 см, при этом рыхло фиксированы к мягким тканям черепа. Вещество головного мозга в полости черепа полностью отсутствует. По периферии вышеописанного дефекта мягких тканей черепа со стороны лобной поверхности слева обильное закопчение мягких тканей, располагающееся на участке 8х4 см, мягкие ткани в области данного закопчения имеют насыщенный алый цвет. На 5 см вправо и на 1,5 см влево от средней линии дефект мягких тканей со стороны скуловой, подбородочной областей справа и частично скуловой области слева. Он располагается на участке 13х10 см с обнажением правой скуловой кости, правой ветви нижней челюсти и альвеолярных отростков с зубами верхней и нижней челюстей справа. Так же через данный дефект мягких тканей просматривается свободно язык и верхнее небо (след от посмертного объедания мягких тканей лица животными, при нахождении тела потерпевшего в лесу после наступления смерти). Не исключается, что ход раневого канала при выстреле из огнестрельного оружия проходил спереди назад и слева направо, длиной около 22 см».

2. Доставленный лоскут кожи сухой, плотный, не маркирован.

ОПРЕДЕЛЕНИЕ ОРУЖЕЙНОЙ СМАЗКИ. С помощью лампы КД 33-Л лоскут кожи осмотрен в ультрафиолетовых лучах. Свечения характерного для минеральных масел не выявлено.

РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ. Для определения инородных включений произведена рентгенография кожного лоскута в мягких лучах аппаратом РЕИС-И. На рентгенограмме определяются рентгенактивные плотные включения от точечных до 3-2мм.

ОПРЕДЕЛЕНИЕ МЕТАЛЛИЗАЦИИ. Применен контактно-диффузионный метод исследования по общепринятой методике. Реактивом-растворителем служил 20% раствор уксусной кислоты, реактивом-проявителем - раствор сернистого натрия. Контактограмма фрагмента лоскута кожи с лобной области (см. ниже) сделана с обеих сторон. Контактограмма лоскута кожи с теменных областей произведена с изнаночной поверхности. На контактограмме лобной области с лицевой поверхности коричневое окрашивание в виде коротких параллельных штрихов, единичных точек и небольших гомогенных участков. На изнаночной поверхности окрашивание преимущественно в виде множественных кучно расположенных точек и гомогенных участков. На контактограмме с изнаночной поверхности теменных областей окрашивание в виде множественных мелких и крупных точек. Цвет окрашивания характерен для свинца. Контактограммы хранятся в архиве МКО. Для дальнейшего исследования лоскут кожи восстановлен в спиртово-уксусном растворе Ратневского, при изучении использован стереомикроскоп МБС-2. Препарат кожи неопределенной формы 25х22 см с длинными черными волосами. От основного лоскута отходит лентообразный участок кожи 25х1-3 см, который практически без волос, но с участками бровей, т.е. эта часть лоскута с лобной области. Остальная часть препарата относится к теменным областям. Верхний край лентоподобной части лоскута крупно-волнисто-зубчатый, не осаднен, стенки гладкие, местами слегка скошены, местами расположены короткие надрывы. На второй части лоскута в косо продольном направлении разделения в виде разрывов длиной 9, 12 и 3 см. Края их ровные, не осаднены, совпадают при складывании, стенки гладкие, отвесные. Изменений волос не установлено. Со стоны изнаночной поверхности редко расположены мелкие плотные частицы, похожие на костную ткань. Таким образом, на препарате кожи множественные повреждения с признаками разрывов, частицами свинца и участками копоти.

3. Череп с остатками мягких тканей, которые удалены механически после мацерации в теплой воде. Череп представлен порядка 48 фрагментами разнообразной формы от 1х1 до 15х10см и множеством осколков. Произведена анатомическая реставрация 16 фрагментов, которые соединены между собой медной проволокой. Не сопоставимая часть фрагментов включает тело верхней челюсти, скат затылочной кости с передним краем большого отверстия, фрагмент левой скуловой кости, левую скуловую дугу и более мелкие фрагменты костей свода и основания. После реставрации видно, что основание черепа отсутствует. Справа в лобно-теменно-височной области справа и в лобно-теменно-височно-затылочной области слева с распространением на кости лицевого скелета слева значительные дефекты, края которых волнисто-зубчатые за счет радиальных и концентрических линий. На реставрированном своде радиальные переломы расположены косо продольно. Края их на НКП и ВКП четко совпадают. Плоскость излома отвесная. Эти переломы соединяют дугообразные переломы свода, выпуклостью обращенные кзади. Ближе к основанию черепа справа на черепе дугообразные переломы выпуклостью обращены вверх. Дугообразны переломы с признаками разрыва на ВКП. Местами в краях их следы сжатия на НКП. На нижней челюсти слева между 5 и 6 зубом косо поперечный перелом тела с признаками разрыва на внутренней поверхности и долома на наружной (разгибательный перелом). Таким образом, локализация и морфологические признаки повреждений черепа характерны для образования их вследствие гидродинамического эффекта огнестрельного снаряда. В виду значительных дефектов следов входного отверстия не обнаружено. Локализация, форма и морфологические признаки повреждений мягких тканей и костей свидетельствует о выстреле в голову спереди свинецсодержащим огнестрельным снарядом с близкой дистанции.

**Вопросы:**

1. Какие повреждения имеются на представленных на экспертизу кожных лоскутах полученных с трупа?

2. Какие повреждения имеются на представленном на экспертизу черепе полученного с трупа?

3. Каков механизм их образования?

4. Описать входное отверстие?

5. Дистанция выстрела?

Эталон:

1. На препарате кожи множественные раны с признаками разрывов, частицы свинца и участки копоти.

2. На черепе множественные переломы.

3. Локализация и морфологические признаки которых характерны для образования повреждений вследствие гидродинамического эффекта огнестрельного снаряда.

4. В виду значительных дефектов черепа следов входного отверстия не обнаружено.

5. Локализация, форма и морфологические признаки повреждений мягких тканей и костей свидетельствует о выстреле в голову спереди свинец содержащим огнестрельным снарядом с близкой дистанции.

Задача № 4.

ОБСТОЯТЕЛЬСТВА ДЕЛА. В постановлении указано: «01.07.2012 г. в лесном массиве, расположенном на расстоянии 50 метров от СНТ на 24 км а/д «Енисейский тракт» обнаржены останки неустановленного трупа мужчины».

МАТЕРИАЛЫ ДЕЛА И ВЕЩЕСТВЕННЫЕ ДОКАЗАТЕЛЬСТВА.

25 июля 2012 года в МКО ККБСМЭ из регистратуры морга ККБСМЭ Фукс предоставлено:

1. Постановление о назначении медико-криминалистической экспертизы, вынесенное следователем СО ГСУ СК РФ По КК от 03.07.2012г.

2. Костные останки неустановленного мужчины.

И С С Л Е Д О В А Н И Е:

1. Костные останки представлены в стандартном четном п/э пакете с механической застежкой, размером 200х80 см. По всктырии в нем оказались скелетированные человеческие костные останки перемешанные с желтой и зеленой травой. При осмотре останков видно, что имеется череп с нижней челюстью, мягкие ткани на которых сохранились в области подбородка на нижней челюсти. Далее, грудная клетка в виде каркаса состоящего из 12 правых и 12 левых ребер соединенных хрящами посредством грудины, которая состоит из рукоятки тела и отростка. Мягких тканей на каркасе нет, имеется только 12 грудных позвонков на которых также мягкие ткани отсутствуют. Далее отдельно имеется правая и левая ключицы, правая и левая лопатки, 2 плечевые кости, по две правой и левой костей предплечья, причем, слева имеется кисть в положении сжатого «кулака» и на тыльной поверхности этого кулака имеется черного цвета высохшая кожа. Кости таза, состоящие из крестца и 2 подвздошных костей, правая и левая бедренные кости, правые и левые кости голени, причем, слева на стопе и голеностопе имеется 2 шерстяных вязаных носка, внутренний из белой шерсти, наружный из черной, имеется также 5 поясничных позвонков. Других костей не было выявлено. Механических повреждений на представленных костях выявлено не было.

Для дальнейшего исследования взят череп с нижней челюстью и правая бедренная кость.

Кости черепа вместе с нижней челюстью подверглись мацерации в горячей воде. После чего мягкие ткани были тупо удалены, а кости высушены и смонтированы по их анатомической принадлежности.

ОПРЕДЕЛЕНИЕ ПОЛА. Череп с хорошо развитыми сосцевидными отростками, нижняя челюсть ее углы развернуты кнаружи. Надбровье развито удовлетворительно. Носовая точка углублена. Глазницы приближаются к квадратной форме. Кзади. Указанные признаки позволяют отнести череп к лицу мужского пола.

ОПРЕДЕЛЕНИЕ ВОЗРАСТА. Швы черепа изнутри заращены. Шов между затылочной и основной костью также заращен. При осмотре стреловидного шва в обелионной части имеется заращение последнего на расстоянии 30 мм. Имеются отдельные участки заращения лямбдавидного шва. При осмотре верхней и нижней челюсти видно, что на верхней челюсти зубы полностью отсутствуют, лунки их гладко заращены. На нижней челюсти сохранились лунки 1,2,3,4,5 слева и 1-5 справа. Лунки остальных зубов гладко заращены. Таким образом, степень зарастания швов на черепе и изменение в стоматологическом статусе свидетельствуют в пользу того, что лицу, которому принадлежал череп более 60 лет.

ОПРЕДЕЛЕНИЕ РАСЫ. Лицевой череп представленного черепа как бы сплюснут сбоков, основание носа значительно выстоит кпереди, собачьи ямки хорошо выражены. Носовая точка углублена. Небо узкое. Таким образом, указные признаки свидетельствуют в пользу принадлежности черепа европеоидной расе.

Определение длины тела. Длина правой бедренной кости составляет 410 мм, что по таблице Мануврие соответствует длине тела (рост 154 см).

**Вопросы:**

1. Принадлежит представленные на экспертизу фрагменты тела, человеку или животному?

2. Если человеку, то одному или нескольким?

3. Установить пол, возраст, расу?

4. Каковы механизмы образования и орудие причинения повреждений, имеющихся у фрагмента трупа?

5. Причина смерти?

ОТВЕТ:

1. На исследование представлены скелетированные кости человека.
2. Скелетированные кости пренадлижат одному человеку.
3. Возраст которого более 60-ти лет, мужского пола, европеоидной расы, длина тела (рост 154 см).

4. Каких-либо механических повреждений на представленных костях выявить не удалось.

5. Установить причину смерти не представилось возможным в виду отсутствия внутренних органов.

**Задача № 5.** (УК-1 ПК-1 ПК-2 ПК-3 ПК-5 ПК-7 ПК-8 ПК-9 ПК-10)

**ОБСТОЯТЕЛЬСТВА ДЕЛА.** В постановлении указано: «В период времени с 21.00 часов 23.11.2011 по 02.00 часов 24.11.2011 гр. М. находился в доме, где совместно с гр. Н., гр. В. распивал спиртные напитки. В ходе распития спиртного между гр. М. с одной стороны и гр. Н. с другой произошла ссора. В результате данной ссоры гр. М. нанес один удар ладонью своей правой руки в левую часть лица гр. Н. После этого гр. Н. выбежала на улицу и побежала в сторону огорода вышеуказанного дома. Где гр. М. догнал гр. Н. и нанес ей три удара имеющимся при себе ножом в область различных частей тела последней. От полученных телесных повреждений гр. Н. скончалась на месте происшествия. Кроме того, после совершения убийства гр. Н. в период с 21.00 часов 23.11.2011 по 02.00 часов 24.11.2011 гр. М. находясь в огороде дома, услышал крик: «Спасите!», «Помогите!». Обернувшись гр. М. увидел гр. В., которая побежала в сторону калитки ограды вышеуказанного дома. В это время у гр. М. возник преступный умысел, направленный на убийство двух лиц, гр. В., с целью скрыть другое преступление, а именно совершенное им убийство гр. Н. После чего гр. М. побежал за гр. В. с целью убийства последней, где в ограде вышеуказанного дома догнал гр. В. взял в ограде вышеуказанного дома металлическую труба, после чего нанес ей один удар в область головы. После этого гр. М. волоком затащил труп гр. В. в баню вышеуказанного дома, где, металлической трубой, которой ранее нанес телесное повреждение гр. В., нанес ей множественное количество ударов в область головы и убил её. Согласно выводов проведенной в его отношении амбулаторной комплексной психолого-психиатрической судебной экспертизы гр. М. страдает умственной отсталостью легкой степени со значительными нарушениями поведения, требующими ухода и лечения. Степень выраженности умственного развития такова, что лишает гр. М. способности осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий и руководить ими. В рамках настоящего уголовного дела в судебно-биологическое отделение ККБСМЭ назначена биологическая судебная экспертиза вещественных доказательств: ножа и трубы по окончании которой, указанное вещественное доказательство – труба будет представлено для проведения данной экспертизы. У судебно-медицинского эксперта ККБСМЭ были изъяты 5 кожных лоскутов с головы трупа гр. Н». Других сведений в постановлении нет.

МАТЕРИАЛЫ ДЕЛА И ВЕЩЕСТВЕННЫЕ ДОКАЗАТЕЛЬСТВА . 26 января 2012 года в медико-криминалистическое отделение ККБСМЭ, следователем были представлены:

1. Постановление о назначении медико-криминалистической экспертизы, вынесенное следователем от 15 января 2012 г.

2. Пять препаратов кожи от трупа гр. Н.

3. Нож, изъятый в ходе осмотра места происшествия, находится в судебно-биологическом отделении, и после проведения биологической экспертизы будет передан в медико-криминалистическое отделение.

4. Копия «Заключения эксперта» от 26 ноября 2011г на имя гр. Н. на 6-ти листах.

02.02.2012 предоставлен нож, упакованный в черный п/э пакет, опечатан при помощи печати судебно-биологического отделения ККБСМЭ, обозначен синим маркером «74», сохранена первичная упаковка и маркировка.

**И С С Л Е Д О В А Н И Е**

1. В «Заключения эксперта» указано: «Рана №1 – расположена на боковой поверхности шеи справа по передней поверхности кивательной мышцы на расстоянии 129 см от подошвенной поверхности стоп в косовосходящем направлении, ориентированная на 10 и 4 часов соответственно циферблата часов, с ровными краями, верхним П-образным нижним острым концом, длиной при сведенных краях 1,7 см. Рана №2 - расположена на переднебоковой поверхности шеи справа кнутри от раны №1 через перешеек 0,5 см, на расстоянии 128 см от подошвенной поверхности стоп в косовосходящем направлении, ориентированная на 11 и 5 часов соответственно циферблата часов, с ровными краями, верхним П-образным нижним острым концом, длиной при сведенных краях 1,6 см. Рана №3 – расположена на передней повоерхности грудной клетки по средне-ключичной линии во 2 межреберье на расстоянии 120 см от подошвенной поверхности стоп в косовосходящем направлении, ориентированная на 10 и 4 часов соответственно циферблата часов, с ровными краями, верхним П-образным нижним острым концом, длиной при сведенных краях 2,0 см. Рана №4 – расположена по задней поверхности правого лучезапястного сустава в косовосходящем направлении, ориентированная на 11 и 5 часов соответственно циферблата часов, с ровными краями, острыми концами, с повреждением кожи и подкожной клетчатки, длиной при сведенных краях 1,7 см. Рана №5 – расположена на наружной поверхности левого предплечья в нижней трети дугообразной формы, с ровными краями, острыми концами, с повреждением кожи и подкожной клетчатки, длиной при сведенных краях 4,5 см. Рана №6 - расположена на ладонной поверхности левой кисти дугообразной формы, с ровными краями, острыми концами, с повреждением кожи и подкожной клетчатки, длиной при сведенных краях 2,0 см. Раневой канал раны №1, расположенной на боковой поверхности шеи справа по передней поверхности кивательной мышцы, идет спереди назад, сверху вниз, справ налево, повреждает по ходу раневого канала кожу, подкожную клетчатку, общую сонную артерию, слепо заканчивается в заглоточном пространстве, с общей длиной раневого канал не менее 7,0 см. Раневой канал раны №2, расположенной на переднебоковой поверхности шеи справа, идет спереди назад, сверху вниз, справа налево, повреждает по ходу раневого канала кожу, подкожную клетчатку, трахею, заканчивается в просвете трахеи, с общей длиной раневого канала не менее 5,0 см. Раневой канал раны №3, расположенной на передней поверхности грудной клетки справа, идет спереди назад, сверху вниз, справа налево, повреждает по ходу раневого канала кожу, подкожную клетчатку, плевру, проникает в плевральную полость, повреждает верхнюю долю правого легкого, где слепо заканчивается, с общей длиной раневого канала не менее 13,0 см».

2. Доставленные лоскуты кожи сухие, плотные, с наличием повреждений, не обозначены. Для изучения они восстановлены в спиртово-уксусном растворе Ратневского. При описании препараты условно пронумерованы.

Препарат кожи №1 неопределенной формы 4,5х2,5 см. На нем сквозная щелевидная рана с ровными, совпадающими при складывании краями, длиной 16 мм. Стенки ее гладкие, скошенные. Один конец повреждения (на фото левый) М-образный, шириной около 1 мм с полоской осаднения в окружности. Противоположный конец остроугольный с отходящим вблизи дополнительным разрезом. Инородных включений не обнаружено. Морфологические признаки раны изображены графической кодировкой. Они свидетельствуют о воздействии плоского клинка колюще-режущего орудия, имеющего лезвие и обух.

Препарат кожи №2 трапециевидный 5х2 см. На нем две сквозные раны. На препарате слева (см. фото) рана щелевидная, слегка дугообразная с ровными, совпадающими при складывании краями, длиной 14 мм. Стенки ее гладкие, скошены. Левый конец повреждения (ориентир по фото) М-образный шириной около 1 мм с приподнятым правым углом. Рана справа щелевидная с ровными, совпадающими при складывании краями, длиной 10 см. Стенки ее гладкие, скошены, левый конец повреждения ближе к П-образному, шириной около 1 мм с приподнятым правым углом. Противоположный конец остроугольный с отходящим вблизи коротким дополнительным разрезом. Инородных включений не обнаружено. Морфологические признаки раны изображены графической кодировкой. Они свидетельствуют о воздействии плоского клинка колюще-режущего орудия, имеющего лезвие и обух.

Препарат кожи №3 трапециевидный 2х2 см. На нем сквозная щелевидная рана с ровными, совпадающими при складывании краями, длиной 12 мм. Стенки ее гладкие, несколько скошены. Верхний конец (ориентир по фото) остроугольный, противоположный в виде П-образного осаднения шириной 1 см с отходящим вбок разрывом. Инородных включений не обнаружено. Морфологические признаки раны изображены графической кодировкой. Они свидетельствуют о воздействии плоского клинка колюще-режущего орудия, имеющего лезвие и обух.

Препарат кожи №4 трапециевидный 3х2 см. На нем сквозная щелевидная рана с ровными, совпадающими при складывании краями, длиной 21 мм. Стенки ее гладкие, довольно отвесные. Левый конец (ориентир по фото) остроугольный, противоположный приближается к М-образному в виде боковых надрывов на общую длину до 3 мм. Инородных включений не обнаружено. Морфологические признаки раны изображены графической кодировкой. Они свидетельствуют о воздействии плоского клинка колюще-режущего орудия, имеющего лезвие и обух.

Препарат кожи №5 трапециевидный 3х2 см. На нем сквозная щелевидная рана с ровными, совпадающими при складывании краями, длиной 14 мм. Стенки ее гладкие, отвесные с красными волокноподобными включениями. Правый конец раны (ориентир по фото) М-образный шириной около 1мм. Противоположный конец остроугольный с отходящим вблизи коротким дополнительным разрезом. Морфологические признаки раны изображены графической кодировкой. Они свидетельствуют о воздействии плоского клинка колюще-режущего орудия, имеющего лезвие и обух.

Сравнительным исследованием морфологических признаков описанных ран усматриваются признаки сходства в форме и размерах, которые позволяют считать возможным причинение повреждений клинком одного ножа, имеющего лезвие и обух, толщина следообразующей части которого была около 1 мм.

3. Нож кухонный. Ручка из текстолита в виде 2-х накладок, фиксированных к клинку 2-мя заклепками из желтого металла. Клинок из серого металла с прямолинейным П-образным со скосом обухом, ребра которого несколько заовалены. Лезвие со скосом, двусторонней заточки шириной до 1 мм. Кромка его умеренно острая с мелкими забоями и завалами преимущественно в области скоса. Острие в виде крупной точки. В 2,5 см от основания клинок деформирован влево на угол примерно 15 градусов. Длина клинка по лини острия около 17 см, толщина обуха около 1 мм. Ширина клинка через каждый 1 см от острия: 7, 11, 14, 16, 18, 20, 20, 20, 20 и далее с постепенным уменьшением до 19 мм. Длина скоса обуха 55 мм. Высота скоса 6 мм. Длина скоса лезвия 60 мм.

4. ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЕ И СРАВНИТЕЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ. Для установления морфологических особенностей повреждений от воздействия клинка доставленного ножа на биоманекене путем ударов в направлении указанного при и следовании трупа раневого канала причинено четыре повреждения с погружением клинка на глубину 5-8 см. Лоскут кожи с экспериментальными ранами был подсушен и восстановлен в спиртово-уксусном растворе. Полученные повреждения щелевидные с ровными, совпадающими при складывании краями, длиной 15-17мм. Лезвийные концы их остроугольные. Обушковые приближаются к М-образным шириной около 1мм. У двух ран приподняты левые углы. Устойчивые морфологические признаки ран изображены графической кодировкой. Они отображают основные конструктивные данные клинка. Сравнительным исследованием морфологических признаков подлинных раны и устойчивых морфологических признаков экспериментальных повреждений выявлены признаки сходства в форме и размерах, позволяющее считать возможным причинения подлинных повреждений клинком доставленного ножа.

**Вопросы:**

1. Каков характер повреждений на препаратах кожи?

2. Каков механизм повреждений на препаратах кожи?

3. Каковы конструктивные особенности орудия, которым были причинены повреждения на представленных на экспертизу кожных лоскутах полученных с трупа?

4. Одним или разными орудиями могли быть причинены повреждения?

5. Не образовались ли данные повреждения от представленного вещественного доказательства: ножа?

Эталон:

1. На пяти препаратах кожи обнаружены колото-резаные раны.

2. Раны с признаками воздействия одного плоского клинка колюще-режущего орудия?

3. Имеющего лезвие и обух, ширина следообразующей части которого была около 1мм.

4. Сравнительным исследованием морфологических признаков ран выявляются признаки сходства в форме и размерах, что может свидетельствовать о возможности причинения повреждений одним плоским клинком колюще-режущего орудия.

5. Повреждения могли быть причинены доставленным ножом.

**6. Перечень практических умений по изучаемой теме**

(УК-1, УК-2, УК-3, ПК-5, ПК-6, ПК-10);

-применять на практике основы законодательства РФ о здравоохранении и директивные документы, определяющие деятельность органов и учреждений здравоохранения;

-оформлять типовые формы медицинской документации для бюро судебно-медицинской экспертизы;

**7. Рекомендации по выполнению НИР**

Примерная тематика по НИР по теме - не предусмотрена.

**8. Рекомендованная литература по теме занятия (обязательная, дополнительная, электронные ресурсы, включая законодательные и нормативно-правовые документы)**

**Занятие № 56**

**1. Индекс: ОД.О.01.1.10.80 Тема: «Судебно – медицинская экспертиза определения возраста».**

**2. Форма организации занятия:** подготовка к практическому занятию.

**3. Перечень вопросов для самоподготовки по теме практического занятия:**

1. ВОПРОС Какие объекты исследуются в медико-кримивалисти-ческом отделении и с какой целью? (УК-1 УК-2 ПК-5 ПК-6 ПК-10)

ОТВЕТ: Медико-криминалистическая экспертиза вещественных доказательств проводится в соответствующем отделении бюро СМЭ экспертами-медиками, прошедшими соответствующую специализацию. Объектами исследования являются труп неизвестного лица, скелетированный, иногда расчлененный труп, отдельные его части, костные останки, извлеченные из трупа раны и кости с повреждениями, а также травмировавшее орудие и одежда.

В соответствии с правилами производства физико-технической (медико-криминалистической) экспертизы в этих отделениях устанавливается:

Характер и механизм образования повреждения.

Травмировавший предмет по повреждениям на теле и одежде.

По костным останкам их видовая, возрастная принадлежность, рост, производится индивидуальная идентификация и давность захоронения.

Возраст человека.

Механизм образования следов крови на орудии, одежде, других объектах судебно-медицин-ской экспертизы.

Таким образом, чаще всего экспертиза проводится по поводу идентификации орудия или личности и, в связанных с ними, более редких случаях по определению механизма и давности нанесения травмы, давности захоронения трупа или его останков и др.

2. ВОПРОС Как устанавливаются вид, особенности орудия и механизм его действия? (УК-1 УК-2 ПК-5 ПК-6 ПК-10)

ОТВЕТ: Определения вида и групповой идентификации тупого и острого орудия мы касались в соответствующих разделах. Их проводит эк-сперт-танатолог с участием медика-криминалиста, которому направляется тот или иной объект. Задача, как правило, ограничивается определением сходства предмета по повреждению, путям выявления отдельных идентифицируемых его признаков. Например, установлено, что рана нанесена тупым твердым предметом, но дополнительное исследование позволяет установить, что повреждение нанесено металлическим предметом, в составе которого имеется железо, а также форму его ударной поверхности.

Или другой пример: при вскрытии определено, что рана нанесена колюще-режущим орудием с односторонней заточкой клинка, но дополнительное медико-криминалистическое исследование выявило еще один признак — форму конечной, погруженной в тело части клинка. Установление же индивидуальных особенностей орудия, то есть его отождествление, проводится только в медико-криминалистическом отделении, так как требует знаний и методов исследования, которыми не обладает эксперт общего профиля. Это касается преимущественно тупых и острых предметов, то есть холодного оружия, ибо отождествление огнестрельного оружия является компетенцией эксперта-криминалиста, специалиста в области судебной баллистики. Иногда такая экспертиза проводится комплексно с участием судебно-меди-цинского эксперта.

3. ВОПРОС Что понимают под отождествлением травмирующего орудия и по каким следам и объектам оно устанавливается? (УК-1 УК-2 ПК-5 ПК-6 ПК-10)

OTBETs Вообще, отождествление — это установление того или иного конкретного предмета по следам, под которыми понимают материальное отображение внешнего строения и особенностей следообразующей поверхности травмировавшего предмета. След возникает в результате его взаимодействия со следовоспринимающей поверхностью в зависимости от ее твердости, пластичности, устойчивости, способности к деформациям, наличия преграды и ее качества в виде одежды, а также от механизма, направления и силы действия предмета.

В зависимости от этих многочисленных условий след-повреждение (различают еще и след-наложение) может быть различным, но в определенных условиях остаются следы с индивидуальными особенностями. Обычно с этой целью успешно исследуют повреждения костей, хрящей, но нельзя отказываться от осмотра повреждений кожи, на которой тоже могут оставаться пригодные для отождествления следы. В некоторых случаях интерес могут представлять следы, оставляемые на одежде и обуви.

**4.Самоконтроль по тестовым заданиям данной темы**

1. ОСНОВНЫЕ ИЗМЕРИТЕЛЬНЫЕ МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ, НЕ ПРИМЕНЯЕМЫМИ В ОТДЕЛЕНИИ МЕДИЦИНСКОЙ КРИМИНАЛИСТИКИ (ПК-5)

1) Определение массы

2) Термометрия

3) Измерение линейных расстояний

4) Определение углов

5) Определение косяков

Правильный ответ: 2

2. ЛИНЕЙНЫЕ РАССТОЯНИЯ НЕ ОПРЕДЕЛЯЮТ С ПОМОЩЬЮ СЛЕДУЮЩИХ ПРИБОРОВ(ПК-5)

1) Жесткие линейки и мягкие ленты

2) Штангенциркуль

3) Микрометр

4) Курвиметр

5) Специальные микроскопы

Правильный ответ: 4

3. ДЛЯ УСТАНОВЛЕНИЯ МАССЫ ОБЪЕКТОВ В СУДЕБНОЙ МЕДИЦИНЕ НЕ ИСПОЛЬЗУЮТ СЛЕДУЮЩИЕ ТИПЫ ВЕСОВ(ПК-5)

1) Торговые или медицинские весы

2) Напольные бытовые весы

3) Технические весы

4) Торсионные весы

5) Аналитические весы

Правильный ответ: 2

4. В ПОЛЯРИЗОВАННОМ СВЕТЕ НЕ МОГУТ БЫТЬ ИССЛЕДОВАНЫ СЛЕДУЮЩИЕ ОБЪЕКТЫ (ПК-5)

1) Кости

2) Волосы

3) Текстильные волокна

4) Металлические орудия травмы

5) Гистологические препараты органов и тканей человека

Правильный ответ: 4

5. С ПОМОЩЬЮ ФАЗОВО-КОНТРАСТНОЙ МИКРОСКОПИИ НЕ ИССЛЕДУЮТСЯ СЛЕДУЮЩИЕ ОБЪЕКТЫ (ПК-5)

1) Волосы

2) Текстильные волокна

3) Частицы металла

4) Поверхность повреждений

5) Микрочастицы стекла, пластмассы

Правильный ответ: 3

6. ОСНОВНЫЕ ВИДЫ ЗАПЕЧАТЛЕВАЮЩЕЙ ФОТОГРАФИИ, НЕ ПРИМЕНЯЕМЫЕ В СУДЕБНОЙ МЕДИЦИНЕ (ПК-5)

1) Масштабная фотография

2) Цветная фотография

3) Исследовательская фотография

4) Цветоделительная фотография

5) Стереоскопическая фотография

Правильный ответ: 3

7. ОСНОВНЫЕ ВИДЫ ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКОЙ ФОТОГРАФИИ, ПРИМЕНЯЕМЫЕ В СУДЕБНОЙ МЕДИЦИНЕ (ПК-5)

1) Фотографирование не видимой люминесценции

2) Фотографирование не видимой области спектра

3) Фотографирование в секционной

4) Фотографирование в ИК-лучах, в УФ-лучах, видимой люминесценции

5) Фотографирование в видимой области спектра

Правильный ответ: 4

8. В СУДЕБНОЙ МЕДИЦИНЕ НЕ ПРИМЕНЯЮТСЯ СЛЕДУЮЩИЕ МИКРОФОТОГРАФИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ (ПК-5)

1) В проходящем и отраженном свете

2) В рентгеновских лучах

3) В темном поле

4) В поляризованном свете

5) Фазово-контрастный

Правильный ответ: 2

9. ЦВЕТНУЮ ФОТОГРАФИЮ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ ТРУПА НЕ ПРИМЕНЯЮТ В СЛЕДУЮЩИХ СЛУЧАЯХ (ПК-5)

1) Когда воспроизведение цвета имеет самостоятельное значение

2) Для выявления изменения цветовой окраски в органах и тканях трупа

3) Для запечатления совпадений и несовпадений цвета сравниваемых объектов

4) При необходимости отметить разницу в цвете фотографических деталей, незаметных на черно-белых фотоотпечатках

5) При необходимости дактилоскопирования трупа в целях идентификации

Правильный ответ: 5

10. СТЕРЕОСКОПИЧЕСКУЮ ФОТОГРАФИЮ В СУДЕБНОЙ МЕДИЦИНЕ НЕ ПРИМЕНЯЮТ ПРИ ИССЛЕДОВАНИИ СЛЕДУЮЩИХ ОБЪЕКТОВ

1) Повреждения одежды (ПК-5)

2) Обнаруженные в теле инородные предметы

3) Следы крови на вещественных доказательствах

4) Механические повреждения и следы на мягких, хрящевой и костной тканях

5) Отчлененные части для получения представления об общем виде и об отдельных особенностях их поверхностей

Правильный ответ: 3

**5. Самоконтроль по ситуационным задачам**

**Задача № 1.** (УК-1 УК-2 ПК-5 ПК-6 ПК-10)

«ОБСТОЯТЕЛЬСТВА ДЕЛА. В постановлении указано: «Обнаружен на дороге по ул. Школьная с огнестрельным ранением брюшной полости».

ПРЕДСТАВЛЕННЫЕ МАТЕРИАЛЫ И БИОЛОГИЧЕСКИЕ ОБЪЕКТЫ.

06 июля 20.. года в МКО ККБСМЭ предоставлено:

1. Постановление на медико-криминалистическую экспертизу.

2. Препарат кожи с раной передней брюшной стенки от трупа Иванова И.Е., 1992г.р.

3. Копия «Акта» № ...

И С С Л Е Д О В А Н И Е:

1. Изучены данные вскрытия по представленной копии «Заключения эксперта» №.. от . июля 20…г.: «…На передней брюшной стенке справа, на расстоянии от средней линии 2,7 см, на уровне пупка прослеживается рана в виде округлого дефекта «минус-ткань», из просвета которого выпадают петли тонкого кишечника; дефект диаметром в горизонтальной плоскости 3,3 см в вертикальной плоскости 3 см, края его не ровные мелко-фестончатые, кровоподтечные с прокрашиванием в ярко-красноватый цвет; на верхней полуокружности дефекта несколько справа прослеживается осаднение по краю дефекта на ширину до 0,2 см; на верхней полуокружности слева от края дефекта распространяется осаднение кожи в форме неправильного «равнобедренного» треугольника углом направленным вверх и несколько влево, размером 1,5х1,5 см; на высоте от уровня подошвенной поверхности стоп 99 см. …Прослеживаются округлые дефекты минус ткань диаметром по 0,2 см, со сквозными и слепыми раневыми каналами на нижней2 доле правого легкого, с внедрением металлических округлых частиц (дроби) диаметром 0,3 в межреберные мыщцы 8-9 межреберья справа по подмышечным линиям, с кровоизлияниям в межреберные мышцы. Имеются сквозные повреждения диафрагмы справа, в виде округлых дефектов «минус-ткань» диаметром по 0,2 см,с неровными краями пропитанными кровью на ширину до 0,2 см. …Прослеживается размозжение петель тонкого кишечника, с наличием дефекта брызжейки тонкого кишечника 8х4 см, с множественными разволокненными разрывами, пропитанными кровью, на протяжении брызжейки тонкого кишечника прослеживается множественные округлые сквозные дефекты «минус-ткань» (10) диаметром до 0,3 см, с неровными краями пропитанными кровью; по периферии прослеживаются очаги пропитанные кровью на слепой кишке. По ходу раневого канала прослеживается также размозжение мышц таза больше справа, с очагами забрюшинной гематомы справа, с повреждением стенки мочевого пузыря справа, прослеживаются пропитанные кровью оболочки мошонки; в мышцах таза справа обнаружен эпицентр скопления множественных округлых металлических частиц, матовых, серого цвета (дробь), диаметром 0,3 см, а также в забрюшинной гематоме справа обнаружена деформированная фрагментированная пластмассовая оболочка пыжа».

2. Доставленный препарат кожи подсохший, плотный, промаркирован.

ОПРЕДЕЛЕНИЕ ОРУЖЕЙНОЙ СМАЗКИ. С помощью лампы КД 33-Л препарат кожи осмотрен в ультрафиолетовых лучах. Свечения характерного для минеральных масел не выявлено.

РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ. Произведена рентгенография в мягких лучах аппаратом РЕИС-И. На рентгенограмме препарата кожи в окружности повреждения рентгенположительные участи различной интенсивности.

ОПРЕДЕЛЕНИЕ МЕТАЛЛИЗАЦИИ. Применен контактно-диффузионный метод исследования по общепринятой методике. Для выявления свинца реактивом-растворителем был 25% раствор уксусной кислоты, реактивом-проявителем - раствор сернистого натрия. На контактограмме наружной поверхности препарата кожи в окружности повреждения участки окрашивания коричневого цвета, что свидетельствует о наличие свинца.

Для дальнейшего исследования лоскут кожи восстановлен в спиртово-уксусном растворе Ратневского.

ВИЗУАЛЬНОЕ И СТЕРЕОМИКРОСКОПИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ (микроскоп МБС-2).

Препарат кожи трапециевидной формы размером 50х50х30 мм. В центре препарата округлый дефект диаметром 14 мм с крупнозубчатым неровным краем, осадненным в виде пояска на ширину до 3 мм. Стенка дефекта размозжена, крупнобугристая. В левом верхнем сегменте на участке треугольной формы 15х15 мм отсутствие глубоких слоев эпидермиса. На противоположном крае стенка скошена с наличием 4 радиальных разрывов длиной 3-4 мм. Включений в области повреждения не выявлено».

**Вопросы:**

1. Механизм образования повреждения?
2. Направление воздействия?
3. Вид огнестрельного снаряда?
4. Дистанция выстрела?
5. Состав огнестрельного снаряда?

Ответы

1. На препарате кожи входная огнестрельная рана, о чем свидетельствует наличие «дефекта ткани», пояска осаднения и обтирания.
2. Направление выстрела спереди назад, несколько снизу вверх, о чем свидетельствует направление раневого канала.
3. Рана причинена компактно действующим дробовым огнестрельным снарядом, о чем свидетельствует обнаруженные в брюшной полости дробины и фрагментированные части пыжа.
4. Характер повреждения, и топография отложения копоти свидетельствует о причинении повреждения с близкой дистанции (в пределах компактного действия дроби).
5. Контактно-диффузионным исследованием установлено, что в состав снаряда входил свинец.

**Задача № 2.** (УК-1 УК-2 ПК-5 ПК-6 ПК-10)

«ОБСТОЯТЕЛЬСТВА ДЕЛА. В постановлении указано: «Настоящее уголовное дело возбуждено 31 октября 2011 г. следственным отделом по факту обнаружения трупа… В ходе осмотра места происшествия установлено, что на трупе, обнаруженном на расстоянии 9 метров слева от проселочной дороги, имеются обширные дефекты мягких тканей, расположенные на задней поверхности нижних конечностей, таза, поясницы с обнажением костей скелета и внутренних органов брюшной и грудной полости. На передней поверхности грудной клетки справа в области 4-5 межреберья обнаружена одна колото-резанная рана, а также обнаружен кровоподтек в области левого глаза.. Кроме того, в ходе осмотра места происшествия обнаружен и изъят нож».

МАТЕРИАЛЫ ДЕЛА И ВЕЩЕСТВЕННЫЕ ДОКАЗАТЕЛЬСТВА.

марта 20 года в МКО ККБСМЭ ст. следователем предоставлено:

1. Постановление о назначении медико-криминалистической экспертизы, вынесенное ст. следователем.

2. Два препарата кожи с раной с трупа.

3. Нож, изъятый 31.10.2011 г. в ходе осмотра места происшествия в лесном массиве.

И С С Л Е Д О В А Н И Е:

1. Исследование препаратов кожи.

Доставленные на исследование препараты кожи темно-серые подсохшие с целью восстановления свойств были помещены в водно-спиртово-уксусный раствор, приготовленный по прописи А.Н. Ратневского. После раствора препараты восстановились, стали светло-серыми, эластичными, были исследованы визуально, при помощи стереомикроскопа МБС-10, сфотографированы. При этом установлены следующие морфологические особенности.

Препарат кожи с раной №2 овальной формы 50х40 мм. На нем имеется прямолинейная рана длиной со сведенными краями 19 мм. Края раны ровные, достаточно хорошо сопоставимые. В виду отсутствия надкожицы осаднение не определяется. Стенки гладкие, слегка скошены. На стенках большое количество черных включений крошковидного характера. Один конец раны острый, противоположный П-образный с закругленными вершинами, шириной около 1,5 мм.

Препарат кожи с раной №1 четырехугольный 62х43 мм. Препарат частично лишен надкожицы. В центре его рана длиной со сведенными краями 20 мм. Края ровные неосаднены. Один конец раны острый, отходящие от него стенки гладкие, без посторонних наложений, одна слегка скошена, противоположная подрыта. Противоположный конец раны М-образный с хорошо выраженными заостренными вершинами, ширина его 1,5 мм. Ребра раневого канала соответствуют концам раны.

3. Нож типа финского с деревянной ручкой. У заднего конца ее наконечник, а у переднего – кольцо из блестящего серебристого металла. Клинок из серебристого блестящего металла с П-образным дугообразновогнутым обухом с хорошо выраженными ребрами. Лезвие со скосом, двусторонней заточкой шириной до 1 мм. Кромка достаточно острая, острие в виде точки. Длина клинка по линии острия 135 мм. Толщина обуха 2 мм. Примерно в 5 см от острия толщина обуха постепенно уменьшается и в области острия составляет порядка 0,5 мм. В 12 мм от основания клинка на обушковом крае дугообразная выемка, а позади нее отверстие диаметром 2 мм. Ширина клинка через каждый см от острия: 7, 11, 14, 17, 18, 19, 19, 20, 22, 23, 25, 28 мм. Длина скоса лезвия 50 мм, высота скоса 25 мм.

4. ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЕ И СРАВНИТЕЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ. Для установления морфологических особенностей повреждений от воздействия клинка доставленного ножа на биоманекене путем ударов в направлении указанных при исследовании трупа раневых каналов причинены повреждения на глубину 8-12см. Лоскут кожи с экспериментальными ранами был подсушен и восстановлен в спиртово-уксусном растворе. Полученные повреждения щелевидные с ровными, совпадающими при складывании краями, длиной 18-23мм. Лезвийные концы их остроугольные, обушковые М-образные шириной около 1,5мм.

Сравнительным исследованием морфологических признаков подлинных ран и устойчивых морфологических признаков экспериментальных повреждений выявлены признаки сходства в форме и линейных размерах. Различия наблюдается в степени выраженности отдельных элементов, что может быть обусловлено условиями механизма следообразования».

Вопросы:

1. Какие повреждения имеются на представленных на экспертизу кожных лоскутах полученных с трупа? Каков механизм их образования?

2. Каково количество ударов, воздействий, которыми причинены повреждения на представленных на экспертизу кожных лоскутах полученных с трупа?

3. Каковы конструктивные особенности орудия, которым были причинены повреждения на представленных на экспертизу кожных лоскутах полученных с трупа?

4. Одним или разными орудиями могли быть причинены повреждения?

5. Могли ли быть причинены повреждения на представленных на экспертизу кожных лоскутах полученных с трупа ножом, представленным на экспертизу?

Ответы

1. На препаратах кожи по одной ране с морфологическими признаками колото-резаных.
2. Воздействий, которыми причинены повреждения на представленных на экспертизу кожных лоскутах полученных с трупа было два.
3. Раны на препаратах кожи образовались в результате воздействия плоского клинка колюще-режущего орудия, имеющего в следообразующей части острое лезвие и обух, в сечении близкий к П-образному, толщиной около 1,5 мм. Ширина клинка на уровне погружения около 19-20мм
4. Сравнительным исследованием морфологических признаков ран выявляются признаки сходства в форме и размерах, что может свидетельствовать о возможности причинения повреждений одним плоским клинком колюще-режущего орудия.
5. Результаты экспериментального и сравнительного исследования свидетельствуют о возможности причинения повреждений представленным ножом.

**Задача № 3**. (УК-1 УК-2 ПК-5 ПК-6 ПК-10)

Исследование проводилось для определения: «Характер повреждений, свойства травмирующего предмета, механизм образования?»

ОБСТОЯТЕЛЬСТВА ДЕЛА. В направлении указано: «Обнаружен в лесу». Других сведений в направлении нет.

ПРЕДСТАВЛЕННЫЕ МАТЕРИАЛЫ И БИОЛОГИЧЕСКИЕ ОБЪЕКТЫ. 23 ноября 2012 года в МКО ККБСМЭ предоставлены:

1. Направление на медико-криминалистическое исследование.

2. Край раны с задней поверхности грудной клетки, фрагмент костей свода и основания черепа от трупа .

3. «Заключения эксперта» № ХХХ.

**И С С Л Е Д О В А Н И Е**

1. В «Заключении эксперта» № ХХХ указано, что на туловище циркулярная рана с неровными, мелко и крупнофистончатыми краями, которые проходят по передней стенке грудной клетки на 2 см ниже яремной вырезки, на уровне правой ключицы и на 8 см ниже левой ключицы, по левой боковой стенке грудной клетки на уровне 2 межреберья. Справа по верхней поверхности правого плеча, по задней стенке грудной клетки на уровне верхнего края лопаток. В области края раны по всем поверхностям имеются вертикально и косо-вертикально ориентированные поверхностные и глубокие раны, местами с мелкофистончатыми краями, острыми концами. Некоторые из ран находятся на некотором удалении от края. Длина ран от 0,3 до 3 см. Обнаружен линейный перелом, условный центр которого расположен на 3 см ниже затылочного бугра, на 3 см левее срединной линии. От центра перелома линия № 1 следует кпереди, несколько влево по заднечерепной ямке, доходит до пирамиды височной кости и затухает. Вторая линия от центра перелома следует вправо и несколько кверху, пересекает нижнюю выйную линию затылочной кости, переходит на правую половину затылочной кости и затухает. Край раны с задней стенки грудной клетки и череп направлены в МКО для определения характера повреждений и свойств травмирующего предмета, механизма образования повреждений. Приведены также данные из протокола осмотра места происшествия, где указано, что: «… Вышеуказанные отделы головы без мягких тканей, которые на имеющихся костях представлены отдельными участками розово-красного цвета, без следов пропитывания кровью. Поверх вышеуказанных отделов головы определяются элементы снега. Местами на мягких тканях, остатках их и костях определяются множественные изменения по типу царапин, что характерно для зубов животных. В области основания черепа, тел позвонков нет. В большом затылочном отверстии черепа определяется головной мозг, полностью замерзший, без различимых кровоизлияний».

2. Кожный лоскут подсохший, обозначен, с наличием повреждений, восстановлен в спиртово-уксусном растворе Ратневского. Препарат кожи дугообразный длиной около 22см и шириной от 2,5 до 6см. Вогнутый край его мелкозубчатый с множественными линейными повреждениями длиной до 1,5см и глубиной от поверхностных до 3мм. Края их слегка неровные с прерывистыми узкими полосками осаднения, стенки несколько бугристые, концы приближаются к остроугольным. В глубине этих ран нежные перемычки. Они в основном расположены под острым углом к краю основного повреждения. Часть их расположено параллельно друг другу. Отдельно вблизи основного повреждения параллельные, дугообразные и V-образные ссадины-царапины. Встречаются также единичные линейные поверхностные повреждения длиной до 1,5см с относительно ровными краями, остроугольными концами и гладкими стенками с нежными перемычками в глубине (типа разрывов), и поверхностные сферообразные углубления диаметром до 5мм с осадненным дном. Инородных включений не обнаружено. Таким образом, морфологические признаки обнаруженных повреждений укладываются в картину повреждений животными.

3. Фрагмент черепа с остатками мягких тканей, которые удалены механически после мацерации в теплой воде. Фрагмент представлен затылочно-теменно-височной областью. Секционный распил проходит ступенчато- вертикально через скат затылочной кости, теменные и височные кости. На чешуе затылочной кости косо поперечный перелом. Справа его конец на наружной костной пластинке (НКП) просматривается у наружного правого конца верхней выйной линии. Перелом, постепенно расширяясь, проходит через левого мыщелковое отверстие и соединяется с левым яремным отверстием. На зияющей части повреждения стенки отвесные, края четкие. В начальной части на протяжении 2,5см и на ширину до 2мм по краям перелома поверхностные очаговые дефекты компакты, общий вид которых напоминает как бы две узкие параллельные полоски. Вблизи заднего края мыщелкового отверстия от описанного перелома почти под прямым углом на уровне заднего края большого затылочного отверстия отходит сквозная трещина длиной до 1,5см. Перелом в области мыщелкового отверстия соединяется с трещиной суставной поверхности отростка, которая в свою очередь соединятся с 4-х угольным дефектом 4х3мм у наружного края отростка. В глубине дефекта погруженные осколки НКП. На этом уровне у края затылочного отверстия на участке 5х5мм сферообразное углубление с погруженными осколками НКП и подобное у переднего края суставной поверхности. Подобные по локализации и форме два повреждения на правом суставном отростке. Похожие три повреждения на внутренней поверхности правого сосцевидного отростка и на этом уровне одно на наружной поверхности. Таким образом, на затылочной кости перелом с признаками разрыва кости. В области суставных отростков и правого сосцевидного повреждения с признаками воздействия зубов животных.

Задача

1. Какие повреждения имеются на голове?
2. Какие повреждения имеются на коже?
3. Механизм перелома затылочной кости?
4. При каких условиях мог образоваться перелом затылочной кости?
5. Каким предметом (предметами) могли быть причинены области суставных отростков и правого сосцевидного?

Ответы

1. При исследовании выявлены повреждения кожи волосистой части головы и затылочной кости.
2. На препарате кожи повреждения, морфологические признаки которых укладываются в картину причинения животными.
3. На фрагменте черепа перелом затылочной кости с признаками разрыва кости.
4. Перелом затылочной кости мог образоваться от повышения внутричерепного давления при промерзании головного мозга.
5. Повреждения в области суставных отростков и правого сосцевидного с признаками воздействия зубов животных.

Задача № 4.

1. Изучены данные вскрытия по представленной копии «Заключения эксперта» от 15 марта 2012г.: «…В правой заушной области в 159,5 см от подошвенной поверхности стоп рана № 13 размерами 2х0,7 см, на глубину до 1,4 см, концы относительно острые, края мелкозубчатые, у нижнего края кожа осаднена на ширину до 1 см, у верхнего на ширину 0,1-0,2 см, дном раны являются кости данной области, в которых определяются пальпаторно щелевидный дефект и патологическая подвижность костей. В проекции левого теменного бугра в 167 см от подошвенной поверхности стоп и в 3,5 см от срединной линии рана № 14 размерами 5,2х0,6 см щелевидной формы, края ровные сопоставимые, концы относительно острые, повреждает мягкие ткани на глубину 0,9, дном раны является кость данной области, на которой пальпаторно определяется линейная насечка, длинник раны ориентирован с 7ч. на 1ч. В теменной области слева в 158 см от подошвенной поверхности стоп в 5 см от срединной линии и в 5,2 см кпереди и параллельно ране № 14 – рана № 15: 3х0,4 см, на глубину до 0,9 см, дном раны является кость данной области, в которой определяется щелевидный дефект. В теменно-затылочной области по срединной линии в 169 см от подошвенной поверхности стоп и в 1,5 см справа от срединной линии рана № 16: 1,9х0,4 см, на глубину до 0,9 см, левый конец раздвоен, правый острый, края мелкозубчатые, стенки бугристые, кожа по периметру раны осаднена на ширину 0,2-0,4 см, по концам и в дне раны определяются тканевые перемычки, общий длинник раны ориентирован с 9 ч. на 3 ч. …В проекции раны № 13 и ссадин данной области на участке 11х7 см, толщиной 0,3-0,5 см; в кожно-мышечном лоскуте в проекции ран №№ 14-16 темно-вишневые кровоизлияния на участке 16х11 см, толщиной 0,1-0,4 см. В проекции раны № 15 в кости определяется щелевидный дефект 2,7х0,2 см, правый конец П-образный, левый острый, стенки отвесные, на наружной костной пластинке в краях перелома определяются элементы скола и выкрашивания. В проекции раны № 14 определяется щелевидный дефект на наружной костной пластинке 2,6х0,1 см, на глубину до 0,1 см, со сколом по краям, от правого края перелома в направлении слева направо и насколько спереди назад отходит трещина, переходит на край вдавленного перелома теменной и затылочной костей и прерывается. В проекции раны № 16 вдавленный перелом на участке 8,5х5 см с образованием 5-ти костных фрагментов размерами от 5,5х4 см до 2,2х1,5 см, по центру вдавленного перелома в краях перелома на наружной костной пластинке элементы скола и выкрашивания. В проекции раны № 13 и ссадин в правой височной области обнаружен многооскольчатый перелом на участке 6,5х5 см, представленный 5-тью костными фрагментами размерами от 6х2 см до 2,1х2 см, ограничены концентрической линией перелома, по центру вдавленного перелома на наружной костной пластинке элементы скола и выкрашивания».

2. На исследование предоставлено два препарата кожи с волосистой части головы, условно обозначенные № 1 и № 2. Препарат кожи, условно обозначенный №1 размером 4х5 см, покрыт волосами, длиной до 2 см. На нем имеется рана в виде двух лучей, сходящихся под углом примерно 130 град. длиной по 1 см. Края лучей не ровные, осаднены на ширину до 8 мм. В концах видны тканевые перемычки. В области краев выступают неповрежденные волосяные луковицы. Препарат кожи, условно обозначенный №2 размером 11х12 см. На нем обнаружено два повреждения щелевидной формы длиной 3,5 см, который параллельно друг другу. Концы острые, края осаднены на 0,5 мм, ровные. В концах тканевых перемычек нет. И еще обнаружено повреждение в виде сходящихся лучей под углом 90 град., длиной 1,5 см и 0,5 см. Края повреждений не ровные, осаднены, в концах видны тканевые перемычки, а в области краев выступающие не поврежденные волосяные луковицы.

Таким образом, на препаратах кожи, обнаружены две рубленые раны и две раны ушибленного характера, которые возникли от воздействия тупого твердого предмета с ограниченной контактирующей поверхностью, с хорошо выраженными ребрами, сходящимися под углом 90 град., каковым мог быть обух топора.

3. На исследование представлен плотницкий топор с деревянной ручкой, длина которой 35 см, ручка в проушине расклинена двумя клиньями, один металлический, а другой - деревянный. Причем деревянный клин пропитан буровато-коричневой жидкостью, похожей на кровь. Металлическая часть топора длиной 16 см, длина лезвия 12 см. Лезвие с двусторонней заточкой сильно зазубрено в виде ломаной линии, местами лезвие отклонено от средней линии до 3 мм, и лезвие затуплено так, что образовались площадки, местами шириной до 3 мм. Обух в виде прямоугольника, размером 64х30 мм. По середине обуха сквозная трещина.

Для выявления морфологических свойств ран, возникающих от действия лезвия и обуха топора, предоставленного на исследование. Этим топором на коже трупа были нанесены повреждения. При осмотре этих повреждений оказалось, что раны от воздействия лезвия щелевидные с относительно ровным краем, с элементом осаднения по краю длиной от 2 до 4 см. Раны от действия обуха топора в виде двух лучей, сходящихся под углом, края не ровные, осадненные, в концах видны тканевые перемычки. При сравнении экспериментальных ран с ранами на препаратах кожи, условно обозначенных №1 и №2, обнаружено сходство по характеру краев и концов. Следовательно, указанные повреждения на представленных препаратах кожи могли возникнуть рубленные - от воздействия лезвия, ушибленные -от воздействия обуха топора, представленного на исследование.

4. На исследование представлен свод черепа из 15 фрагментов вместе с мягкими тканями, поэтому, он подвергся мацерации. После мацерации костные фрагменты были скреплены медной проволокой. При этом оказалось, что на своде черепа в левой теменной области имеется два щелевидных повреждения параллельные друг другу на расстоянии 5 см, длиной 25 и 30 мм, с относительно ровным краем, один конец П-образный, шириной 2 мм, противоположный – острый. Кроме рубленых повреждений в правой лобно-теменно-затылочной области имеется многооскольчатый перелом на участке 16х11 см. В области указанного многооскольчатого перелома обнаружено 5 точек приложения воздействующей силы. Первая располагается в области соединения лямбдовидного и стреловидного швов, вторая в области обелионной части стреловидного шва. Третья в области вершины правого теменного бугра. Четвертая на 3,5 см правее затылочного бугра. Пятая в области чешуи височной кости справа. В области точек приложения хорошо отобразилась контактирующая часть воздействовавшего орудия, а именно, эта область была в виде линий переломов, сходящихся под углом 90 град.

5. Представлен щитовидный хрящ и начальный отдел дыхательного горла размером 8х5 см. На левой части щитовидного хряща, отступя 1 см влево имеется повреждение сквозное, с неровными краями, длиной 9 мм, длинник которого параллелен средней линии, края повреждения не ровные.

**Вопросы:**

1. Какие повреждения имеются на представленных на экспертизу кожных лоскутах полученных с трупа?

2. Каков механизм их образования?

3. Какие повреждения имеются на представленном на экспертизу черепе полученного с трупа?

4. Каков механизм их образования? Количество воздействий?

5. Какие повреждения имеются на представленном на экспертизу щитовидном хряще полученного с трупа? Каков механизм их образования?

Ответы

1. На представленных препаратах кожи обнаружены две рубленые раны и две раны ушибленного характера.
2. Которые возникли от воздействия тупого твердого предмета с ограниченной контактирующей поверхностью, с хорошо выраженными ребрами, сходящимися под углом 90 град., каковым мог быть обух предоставленного топора, а рубленые повреждения могли возникнуть от действия лезвия топора, предоставленного на исследование.
3. На представленном своде черепа обнаружены два повреждения рубленого характера и многооскольчатый перелом в лобно-височно-теменно-затылочной области справа.
4. Рубленые повреждения могли возникнуть от действия представленного топора, а многооскольчатый перелом мог возникнуть не менее чем от пяти воздействий обуха представленного топора.

5. На представленном щитовидном хряще обнаружено повреждение слева, которое возникло от воздействия тупого твердого предмета с ограниченной контактирующей поверхностью, с хорошо выраженными ребрами. Таким орудием (оружием, предметом) могло быть как ребро обуха представленного на исследование топора, так и его затупленное лезвие.

**Задача № 5**. (УК-1 УК-2 ПК-5 ПК-6 ПК-10)

ОБСТОЯТЕЛЬСТВА ДЕЛА. В постановлении указано: «Настоящее уголовное дело возбуждено 19.12.2011 г. по признакам состава преступления, предусмотренного ч. 4 ст. 111 УК РФ по факту того, что 17.12.2011 г. около 06 часов 10 минут в комнате подвального помещения строящегося дома на строящемся объекте в восьмом микрорайоне возле дома №1 по ул. Весенняя г. Сосновоборска Красноярского края обнаружен труп Махмудова Х.А. с признаками насильственной смерти. В ходе предварительного следствия установлено, что: 16.12.2011 г. в период времени с 22 часов 00 минут до 23 часов 55 минут Бухарев И.В. и Рашитов М.Т. находясь в состоянии алкогольного опьянения в комнате подвального помещения в строящемся доме на строящемся объекте около дома №1 по ул. Весенняя г. Сосновоборска Красноярского края, умышленно нанесли множественные удары руками и ногами по различным частям тела Махмудову Х.А., причинив тем самым тяжкий вред его здоровью, в результате чего последний скончался на месте преступления. Согласно заключения эксперта №572-Э от 27.02.2012 г., на основании судебно-медицинской экспертизы трупа Махмудова Х.А., а также данных обстоятельств дела, данных «Заключения эксперта» №572 от 20.01.2012 г., при судебно-медицинской экспертизе на трупе Махмудова Х.А. обнаружены: повреждения, укладывающиеся в картину открытой черепно-мозговой травмы – вдавленной фрагментарно-оскольчатый перелом левой теменной и височной кости; вдавленный фрагментарный перелом левой скуловой кости, которые образовались от действия массивного тупого твердого предмета (предметов) имеющего в следообразующей части выраженное ребро. Учитывая локализацию перелома, образование его при падении с высоты «собственного роста» маловероятно. 17.12.2011 у Бухарева И.В. изъяты: пара кроссовок. 17.12.2011 у Рашитова М.Т. изъяты: пара ботинок. 02.02.2011 в Березовском РСМО ККБСМЭ протоколом изъятия изъят череп трупа Махмудова Х.А. Учитывая тяжесть совершенного Бухаревым И.В. и Рашитовым М.Т.преступления, обстоятельства инкриминируемого им деяния, по настоящему уголовному делу необходимо исследовать ряд вопросов, требующих специальные познания в области медицины и криминалистики».

И С С Л Е Д О В А Н И Е:

1. Изучены данные вскрытия по представленной копии «Заключения эксперта» от 20.01.2012 г. и от 27.02.2012 г.: «…на уровне наружного угла левого глаза с переходом на левую скуловую область имеется преимущественно вертикальный, полосовидный кровоподтек на фоне которого аналогичная прерывистая ссадина размером около 2х6 см. Ссадина подсохшая красновато-коричневая, слегка западающая, имеет множественные линейные параллельные полосы скольжения….кожно-мышечный лоскут головы практически по всем поверхностям кровоподтечный, ослизлый. Толщиной кровоизлияний около 0,3-0,8 см. Отмечаются массивные кровоизлияния в височные мышцы. В области левой височной кости с переходом на левую теменную кость имеется вдавленный участок общими размерами около 10х7 см череп вскрыт угловым распилом. Над твердой мозговой оболочкой в проекции перелома левой теменно-височной области обнаружена гематома, состоящая из рыхлых темно-вишневых легко фрагментирующихся свертков, размером около 5х3 см толщиной около 1 см, массой около 60 гр. В данном месте твердая мозговая оболочка отслоена от подлежащих костей. Отмечается вдавлением с перемещением левого полушария головного мозга. В синусах твердой мозговой оболочки следы Жижкой красной крови. Левое полушарие в области левой лобной височной теменной кости по наружной поверхности с резко уплощенными извилинами. Мягкая мозговая оболочка полупрозрачная с полнокровными сосудами, со скоплением крови под оболочкой в виде диффузных участков наружной поверхности левой височной доли, а также в области полюса правой височной области. Отмечаются участки повреждения мягкой мозговой оболочки по наружной поверхности левой височной и теменной долей, а также по основной поверхности левой затылочной, основным поверхностям левой лобной и правой височной долей. На этих участках мягкая мозговая оболочка шероховатая, с наличием синюшно-красных, ноздреватых участках серого вещества. На фоне указанных диффузных кровоизлияний отмечаются очаговые красновато-синюшные участки ушибов вещества головного мозга, размерами от 0,2х0,2 см до 1х1 см. Очаги ушибов располагаются как по наружной так и по основной поверхности правого так и левого полушария. Указанные очаги обнаружены в области прицентральной извилины и левого полушария по основной поверхности левой височной доли, по наружной поверхности в области прицентральной извилины правого полушария, по наружной основной поверхности правой височной и затылочных долей и по основной поверхности левой лобной доли. На данных участках кровоизлияния имеют как диффузный характер, так и четко ограниченный очаговый с распространением через серое и белое вещество. Ткань мозга на остальных участках светло-серая с четко выраженными границами серого и белого вещества. На разрезе из сосудов выделяются единичные капельки крови, расплывающиеся по поверхности разрезов. Клинок ножа прилипает к поверхности разреза. Боковые желудочки щелевидные. Сосудистые сплетения зернистые, серо-синюшные, свободной жидкости в желудочках нет. Структура подкорковых ядер сохранена. Мозжечок имеет древовидное строение. По снятию твердой мозговой оболочки осмотрены кости черепа: обнаружен вдавленный фрагментарно-оскольчатый перелом левой височной, теменной и лобной костей, который представлен овальным поперечным участком, передний край которого располагается в черепной ямке, задний край на уровне задней черепной ямки. Перелом основной кости ориентирован поперечном, овальной формы, размером около 7х9 см с наличием нескольких неправильной формы костных отломков «шатрообразно» погруженных в полость черепа на глубину до 1 см. Дно перелома представлено несколькими вертикальными трещинами с признаками по наружной компактной пластинке и разрыва по внутренней костной пластинки. Одна из трещин распространяется через черепную ямку слева и реше6тчатую кость пересекает ее переходит на большое крыло передней кости справа, затухает на уровне глазничной щели справа. При осмотре костей лицевого скелета обнаружен фрагментарно-оскольчатый перелом левой скуловой кости. В области всех переломов, а также я мягкие ткани лица имеются массивные, темно-вишневые кровоизлияния с отеком мягких тканей».

2. На исследование представлен препарат кожи черно-серого цвета размером 5х6 см трапециевидной формы. У основания трапеции на препарате кожи имеется темный волос длиной до 5 мм. Остальная часть препарата кожи волоса не содержит. Параллельно основанию трапеции отступя вверх на 2 см имеется полосовидной формы осаднение длиной 3 см и шириной 5 мм. Осаднение буровато-коричневого цвета, расположено ниже уровня кожи. При осмотре при помощи микроскопа МБС-2 видно, что в области осаднения эпидермис отсутствием. Каких-либо наложений или загрязнений в области осаднения и всего препарата кожи не выявлено.

3. Для выявления металлов на препарате кожи было произведено контактно-диффузионное исследование, для чего использовалась фотографическая бумага, которая предварительно фиксировалась (для удаления металла – серебра), а затем смачивалась раствором уксусной кислоты и эмульсионным слоем накладывалась на препарат кожи со стороны эпидермиса. Затем между прокладками пористой резины все это помещалось под пресс на 15 минут, затем бумага обрабатывалась раствором проявителем, в качестве которого использовался свежее приготовленный раствор альфа-нитрозо-бета нафтола. При этом какого-либо характерного окрашивания для металлов – железа, меди, цинка, свинца не было выявлено.

4. На исследование представлен череп вместе с мягкими тканями, поэтому он подвергся мацерации в проточной горячей воде в течении нескольких суток, после чего мягкие ткани были удалены, а кости собраны по их анатомической принадлежности при помощи медной проволоки. При этом оказалось, что вместе с черепом были доставлены 1-ый и 2-ой шейные позвонки, а также часть вертикальных ветвей нижней челюсти. При осмотре черепа видно, что в левой височно-теменной области на участке 9х6 см имеется округлой формы вдавленный перелом костей. В области этого вдавленного перелома имеются 4 фрагмента кости, причем переломы этих костей идут в двух направлениях. Первый – от скуловой кости к вершине левого теменного бугра, а второй идет строго вертикально. При осмотре краев переломов видно, что по окружности вдавленного перелома деформация их на растяжение, т.е. края отвесные, без сколов и размозжения, а по линии, идущей от скуловой кости до вершины левого теменного бугра деформация краев на сжатие. Отчетливо видно сколы НКП и разрывы со стороны ВКП.

Таким образом, характер обнаруженного перелома свидетельствует о том, что он возник от воздействия массивного тупого твердого предмета, имеющего достаточно выраженное ребро.

5. На исследование представлены ботинки черного цвета кожаные с механической застежкой, расположенной сбоку изнутри. Длина по подошве ботинок по средней линии 31 см. Ширина в области подошвенной поверхности – 12 см и ширина каблука – 10 см, толщина подошвы на всем протяжении составляет 15 мм. Край подошвы образует угол в 90 градусов, так что ребро плотное на всем протяжении как одного, так и другого ботинка.

6. Кроссовки черные, размер подошвы по средней линии 31 см, в подошвенной части ширина – 11 см, а в области каблука – 8 см. Толщина подошвы от 15 мм до 35 мм (в области каблука), причем в области носка подошва закруглена в виде сферы, а в области подошвы край в виде прямого угла 90 градусов, и образовавшееся ребро плотное, хорошо выраженное именно только в области каблука, а в подошвенной области оно заовалено.

Таким образом, на представленной обуви ботинках и кроссовках на подошве отмечено ребро плотное, в виде схождения двух граней под углом 90 градусов, причем это ребро в области ботинок на всем протяжении, а на кроссовках только в области каблука.

**Вопросы**:

1. Телесные повреждения?

2. Каким предметом причинены телесные повреждения погибшему А., 1956 г.р.?

3. Могли ли телесные повреждения на черепе гр. А. образоваться при ударе ногой, обутой в представленный на исследование предмет (пара ботинок гр. Т.)?

4. Могли ли телесные повреждения на черепе гр. А. образоваться при ударе ногой, обутой в представленный на исследование предмет (пара кроссовок гр. В.)?

5. Какой частью кроссовка?

Эталон:

1. На представленном черепе обнаружен вдавленный перелом височно-теменной области слева и осаднение на препарате кожи с области перелома.

2. Вышеописанные повреждения возникли от воздействия массивного тупого твердого предмета, имеющего достаточно выраженное ребро.

3. Обнаруженные повреждения на черепе и представленном препарате кожи от трупа гр. А. могли возникнуть от ребра подошвы ботинок гр. Т., как носка, так и каблука.

4. А также могли возникнуть от воздействия подошвы кроссовок гр. В.

5. В области каблука. Повреждения от действия носка кроссовок в области костей черепа, исключаются.

**6. Перечень практических умений по изучаемой теме**

(УК-1, УК-2, УК-3, ПК-5, ПК-6, ПК-10);

-применять на практике основы законодательства РФ о здравоохранении и директивные документы, определяющие деятельность органов и учреждений здравоохранения;

-оформлять типовые формы медицинской документации для бюро судебно-медицинской экспертизы;

**7. Рекомендации по выполнению НИР**

Примерная тематика по НИР по теме - не предусмотрена.

**8. Рекомендованная литература по теме занятия (обязательная, дополнительная, электронные ресурсы, включая законодательные и нормативно-правовые документы)**

**Занятие № 57**

**1. Индекс: ОД.О.01.1.9.78 Тема: «Медико-криминалистические методики исследования и технические приемы».**

**2. Форма организации занятия:** подготовка к практическому занятию.

**3. Перечень вопросов для самоподготовки по теме практического занятия:**

1. ВОПРОС Как идентифицируется личность при проведении медико-криминалистической экспертизы по костным останкам? (УК-1 УК-2 ПК-5 ПК-6 ПК-10).

ОТВЕТ: При экспертизе костных останков вначале следует решить вопрос о видовой принадлежности костей, затем определить, все ли они являются останками одного человека. По особенностям строения костей и прежде всего черепа и таза определяют пол, по ряду параметров трубчатых костей и других костей, изложенных в специальных таблицах, соотношению с общей длиной тела рост человека. По состоянию швов различных костей черепа, изменению строения костей выявляемые с помощью рентгенографии, по состоянию зубов определяют возраст. Следует отметить, что возможности в зависимости от возраста ограничены. Все эти вопросы решаются тем лучше, чем больше костей исследовано. Выводы делаются на основании комплекса полученных результатов. Далее определяются признаки повреждений, их характер и давность, прижизненно протекающие болезни костей, другие индивидуальные особенности и, наконец, что и позволяет устанавливать тождество личности.

Особенно ценным объектом исследования из-за своей устойчивости к внешним воздействиям и хорошей выраженности индивидуальных признаков, является зубной аппарат. Он четко отображает строение челюстей и форму зубов, расстояние между ними, дефекты и патологические изменения, особенности, связанные с лечением, протезированием, возрастом. Все это используется при наличии стоматологической карты или фотографии лица с видимыми зубами. Недаром в ряде стран у людей, работающих в экстремальных условиях, наряду с дактилоскопической, проводят стоматологическую регистрацию и, в случае необходимости, используют для опознания. Когда имеются прижизненная рентгенография (флюорография) грудной клетки, а у организованных групп населения, например у военнослужащих, это почти всегда имеет место, ее с успехом сопоставляют с посмертно выполненными рентгенограммами в той же проекции. На неготоскопе можно производить сравнение прижизненных рентгенограмм повреждений костей и их последствий, учитывается также строение компактного и губчатого вещества, последствия или наличие болезней костных тканей, что носит индивидуальный характер.

2. ВОПРОС  Каковы возможности использования геномной дактилоскопии с целью отождествления личности? (УК-1 УК-2 ПК-5 ПК-6 ПК-10).

ОТВЕТ: Мы упоминали об использовании этого метода при исследовании крови. Но объектом исследования может быть любая ткань, в том числе и кость, которая долго противостоит гниению, причем в количествах, измеряемых миллиграммами, что в судебно-медицинской практике имеет большое значение.

В геномном отпечатке имеется примерно 50% особенностей от каждого родителя и нет ничего, что не присутствовало бы в коде генома родителей. Причем ДНК (дезоксирибонуклеиновая кислота) может бытьиз ядра клетки (хромосомной) или из самой клетки (митохондриаль-ной), которая имеет свой собственный геном. Установление того или другого ДНК позволяет определять тождество с большей уверенностью. Это дает возможность проводить сравнительные исследования с материалом родственников по линии отца или матери. Классический пример этого — установление тождества по родственным связям останков царской семьи и, в частности царя Николая II, его жены Александры Федоровны с образцами потомков семьи Романовых и английской королевы Виктории, внучкой которой была императрица, в комплексе с другими медико-криминалистическими исследованиями.

3. ВОПРОС Применяются ли в настоящее время в судебно-медвцинской практике генетические исследования при расследовании уголовных дел? (УК-1 УК-2 ПК-5 ПК-6 ПК-10).

ОТВЕТ: С 1988 года в криминалистической практике используется геномная дактилоскопия. Специальная лаборатория функционирует в Москве при Федеральном центре судебно-ме-дицинской экспертизы. Следует, однако, учесть, что проведение такой экспертизы стоит очень дорого и проводится в редких случаях. В отдельных региональных Бюро СМЭ осуществляется молекулярно-генетические исследования с целью отождествления личности, а также в экспертизах спорного отцовства и материнства. Однако уровень таких исследований менее высок и не всегда позволяет точно решить этот вопрос.

4. ВОПРОС Какие вопросы целесообразно ставить при назначении судебно-биологической экспертизы? (УК-1 УК-2 ПК-5 ПК-6 ПК-10).

ОТВЕТ: а) При направлении крови:

Не имеется ли в соскобе (жидкости, пятне) крови?

Принадлежит кровь человеку или животному?

Мужчине или женщине принадлежит кровь?

Из какой области тела эта кровь?

Принадлежит ли эта кровь беременной женщине?

Не является ли кровь менструальной?

Не принадлежит ли она новорожденному младенцу?

Можно ли установить количество излившейся крови?

Какова давность образования пятна?

Может ли кровь принадлежать гр-ну Н.?

б) При направлении волос:

Не являются ли обнаруженные объекты волосами?

Человеку или животному принадлежат волосы?

Какой части тела они принадлежат?

Выпали или вырваны волосы?

Какие механические, термические или химические повреждения имеются на волосе?

Какие особенности, включая патологические изменения, имеют волосы?

Не могут ли принадлежать волосы определенному лицу?

в) При направлении пятен спермы:

Имеется ли сперма на представленных объектах?

Какова групповая принадлежность спермы?

Могла ли сперма произойти от конкретного лица?

г) При направлении слюны:

Имеется ли слюна на представленных окурках сигарет, пище, смывах с полового члена, одежде и т. д.?

Какова групповая принадлежность слюны?

Не могла ли слюна принадлежать конкретному человеку?

Аналогичные вопросы могут быть поставлены при направлении пота, мочи, кала, материнского молока.

При направлении обнаруженных на подозреваемом орудии, месте происшествия, одежде, транспортном средстве фрагментов тканей или микрочастиц, принадлежащих человеку:

Какой ткани или органу человека может принадлежать это фрагмент (мышечной, костной, мозговой и т. д.)?

Имеются ли на подозреваемом орудии, в подногтевом содержимом и т. д. клетки или микрочастицы, принадлежащие человеку?

Какому органу могут принадлежать микрочастицы?

Какова групповая и половая принадлежность фрагмента или частицы?

Не могли ли фрагменты или микрочастицы принадлежать конкретному человеку?

**4.Самоконтроль по тестовым заданиям данной темы**

1. ФОТОГРАФИРОВАНИЕ В ИНФРАКРАСНЫХ ЛУЧАХ НЕ ПРИМЕНЯЮТ ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ И ФОТОГРАФИЧЕСКОЙ ФИКСАЦИИ СЛЕДУЮЩИХ ОБЪЕКТОВ (ПК-5):

1) Скрытые и малозаметные кровоподтеки

2) Залитые кровью следы

3) Копоть и зерна пороха в области входного огнестрельного отверстия

4) Следы горюче-смазочных веществ на одежде

5) Следы крови на одежде, цвет которых маскируется цветом ткани

Правильный ответ: 4

2. ФОТОГРАФИРОВАНИЕ ВИДИМОЙ ЛЮМИНЕСЦЕНЦИИ В СУДЕБНОЙ МЕДИЦИНЕ НЕ ПРИМЕНЯЕТСЯ ДЛЯ ДОСТИЖЕНИЯ СЛЕДУЮЩИХ ЦЕЛЕЙ (ПК-5):

1) Ориентировочное определение природы люминесцирующих веществ

2) Определение слабо различимых следов копоти выстрела на одежде

3) Установление и фотографическая фиксация формы, размеров выявленных люминесцирующих следов на объектах

4) Обнаружение визуально неразличимых или малоразличимых наложений спермы, крови,

смазочных масел

5) Установление и фотографическая локализации выявленных люминесцирующих следов на объектах

Правильный ответ: 2

3. МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ, НЕ ПРИМЕНЯЕМЫМИ В ОТДЕЛЕНИИ МЕДИЦИНСКОЙ КРИМИНАЛИСТИКИ (ПК-5):

1) Рентгенография и рентгеноскопия

2) Стереорентгенография

3) Микрорентгенография

4) Гистохимический

5) Рентгенограмметрия

Правильный ответ: 4

4. РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИЙ МЕТОД ПРИ ИССЛЕДОВАНИИ ПОВРЕЖДЕНИЙ ТВЕРДЫМИ ТУПЫМИ ПРЕДМЕТАМИ НЕ ПРИМЕНЯЮТ ДЛЯ ДОСТИЖЕНИЯ СЛЕДУЮЩИХ ЦЕЛЕЙ (ПК-5):

1) Установление механизма образования переломов костей

2) Получение топографии костных отломков до исследования трупа

3) Обнаружение микрочастиц и наложений различных веществ

4) Определение по характеру переломов направления действия силы

5) Определение механизма перелома

Правильный ответ: 3

5. ПРИ ИССЛЕДОВАНИИ ПОВРЕЖДЕНИЙ КОЛЮЩЕ-РЕЖУЩИМИ ПРЕДМЕТАМИ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИЙ МЕТОД НЕ ПРИМЕНЯЮТ ДЛЯ ДОСТИЖЕНИЯ СЛЕДУЮЩИХ ЦЕЛЕЙ (ПК-5):

1) Определение особенностей сквозных повреждений плоских костей

2) Определение направления раневого канала в теле умершего

3) Обнаружение различных микрочастиц в просвете раневого канала

4) Установление формы и размеров погруженной части повреждающего орудия в паренхиматозных органах

5) Установление формы погруженной части повреждающего орудия в паренхиматозных органах

Правильный ответ: 3

6. ПРИ ОГНЕСТРЕЛЬНЫХ ПОВРЕЖДЕНИЯХ ТЕЛА ЧЕЛОВЕКА РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИЙ МЕТОД НЕ ИСПОЛЬЗУЮТ ДЛЯ УСТАНОВЛЕНИЯ (ПК-5):

1) Наличие, локализация снаряда или его частей

2) Вид снаряда

3) Входное и выходное отверстия

4) Направление движения снаряда в теле

5) Последовательность выстрелов

Правильный ответ: 5

7. ПРИ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКОМ ИССЛЕДОВАНИИ ТРУПА СО СЛЕПЫМ ОГНЕСТРЕЛЬНЫМ ПОВРЕЖДЕНИЕМ НЕ ФИКСИРУЮТ СЛЕДУЮЩИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ СНАРЯДА (ПК-5):

1) Масса

2) Форма

3) Размеры

4) Интенсивность тени

5) Характер контуров

Правильный ответ:1

8. РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКАЯ КАРТИНА ОТЛОЖЕНИЯ СЛЕДОВ МЕТАЛЛА В ВИДЕ КОЛЬЦЕВИДНОЙ ТЕНИ В ОБЛАСТИ ВХОДНОГО ОГНЕСТРЕЛЬНОГО ОТВЕРСТИЯ НА КОСТИ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ ПРИ

ПОРАЖЕНИИ (ПК-5):

1) Оболочечной пулей

2) Безоболочечной пулей

3) Пулей специального назначения

4) Резиновой пулей

5) При холостом выстреле

Правильный ответ: 2

9. ВОЗРАСТ ЧЕЛОВЕКА НЕ УСТАНАВЛИВАЮТ ПРИ ПОМОЩИ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКОГО МЕТОДА ПО СЛЕДУЮЩИМ ПРИЗНАКАМ (ПК-5):

1) Наличие синостозов

2) Тени остеофитов

3) Остеопороз

4) Фрагментация костей

5) Наличие центров окостенения в определенных участках костей

Правильный ответ: 4

10. ИССЛЕДОВАНИЕ В ИНФРАКРАСНЫХ ЛУЧАХ ПРИ ЭКСПЕРТИЗЕ ПОТЕРПЕВШИХ, ОБВИНЯЕМЫХ И ДРУГИХ ЛИЦ НЕ ПОЗВОЛЯЕТ УСТАНОВИТЬ (ПК-5):

1) Форма и размеры скрытых и малозаметных кровоподтеков

2) Частицы лакокрасочных веществ

3) Рисунки "выцветших" или подвергшихся удалению татуировок

4) Форма и величина зоны отложения на коже невидимых при обычном освещении дополнительных факторов выстрела

5) Наличие, форма и размеры поглощающих ИК-лучи инородных тел в глубоких слоях собственно кожи

Правильный ответ: 2

**5. Самоконтроль по ситуационным задачам**

**Задача № 1.** (УК-1 УК-2 ПК-5 ПК-6 ПК-10).

ОБСТОЯТЕЛЬСТВА ДЕЛА. В постановлении указано: «Настоящее уголовное дело возбуждено 13.02.2011 г. по факту безвестного исчезновения Г, который 07.12.2010г. ушел из дома и место нахождение которого было не известно. 15.02.2011 г. в ходе осмотра места происшествия по адресу: г. М в выгребной яме уличного туалета обнаружен труп Г выявлены признаки насильственной смерти. По подозрению в совершении преступления задержан Б, которому 17.02.2012 г. по данному уголовному делу предъявлено обвинение в совершении преступления предусмотренного ч. 1 ст. 105 УК РФ. В ходе проведения судебно-медицинской экспертизы трупа Г. необходимы специальные познания в области судебной медицины и криминалистики, в связи с чем, возникла необходимость в проведении по уголовному делу судебной медико-криминалистической экспертизы».

МАТЕРИАЛЫ ДЕЛА И ВЕЩЕСТВЕННЫЕ ДОКАЗАТЕЛЬСТВА. 06 марта 2012 года в МКО ККБСМЭ руководителем предоставлено:

1. Постановление о назначении медико-криминалистической экспертизы, вынесенное следователем М МСО ГСУ СК РФ по КК

2. Фрагмент с переломом костей лицевого скелета, фрагмент левой плечевой кости и левой локтевой кости с переломами от трупа Г, 1969 г.р.

3. Копия описательной части исследования трупа на 3-х листах.

**И С С Л Е Д О В А Н И Е**

1. В представленной копии описательной части исследования трупа указано: «Труп в состоянии далеко зашедших гнилостных изменений, частично скелетированный. …Кожные покровы на сохранившихся участках бледно-серого цвета, скользкие, надкожица отсутствует либо представлена в виде лоскутов. …Имеется свободнолежащий фрагмент костей лицевого скелета неправильно треугольной формы во фронтальной плоскости, граница которого проходит по соединению носовых и лобных костей, по дну глазниц, лицевой поверхности верхнечелюстных костей до крыловидной ямки, граница фрагмента справа находится на уровне пятого альвеолярного отростка, граница фрагмента слева- на уровне седьмого альвеолярного отростка, края фрагмента неровные, поверхность грязно-серая…Имеется полный перелом нижней челюсти слева…полный поперечный перелом шейки нижней челюсти слева….в нижней трети левой плечевой кости фрагментарно-оскольчатый перелом с ровными краями, в данной области с остатком кожных покровов на которых неплотно прилеплен буро-серый кусок ткани, напоминающий марлю…В верхней трети локтевой кости косой фрагментарно-оскольчатый перелом с ровными краями».

2. Доставленные фрагменты костей с остатками гнилостных тканей, которые удалены механически после мацерации в теплой воде.

2.1. **Правая плечевая кость**. У нижнего конца со стороны задневнутренней поверхности кости дефект компакты и внутреннего мыщелка с обнажением местами губчатого вещества. Дефект в виде треугольной площадки 7х2см, основанием обращенной книзу, с ровной гладкой площадкой в нижней части и сколом компакты на остальном протяжении. Со стороны передней поверхности дефект основания внутреннего мыщелка в виде ровной гладкой площадки губчатого вещества, расположенной к плоскости дефекта на задней поверхности под углом около 80 градусов. Таким образом, повреждения плечевой кости с признаками воздействия лезвия рубящего орудия со следами двух врубов. Индивидуальных следов орудия (трасс) в повреждениях не выявлено.

2.2. **Правая локтевая кость**. Она представлена тремя фрагментами. Один фрагмент треугольной формы и сопоставляется с нижним фрагментом кости. Верхний конец верхней части кости отсутствует с признаками секционного распила. Разделение фрагментов на уровне средней трети кости. Поверхности отделения представлены изломами и не сопоставляются между собой из-за отсутствия части фрагментов. На внутренней поверхности у верхнего конца нижнего фрагмента щелевидное повреждение глубиной 7 мм, расположенное косо вертикально с гладкими стенками, расстоянием между которыми около 0,3мм и дно остроугольное (след вруба). Таким образом, повреждение локтевой кости с признаками фрагментированного перелома со следом вруба, что свидетельствует о воздействии рубящего орудия. Индивидуальных следов лезвия орудия (трасс) в повреждениях не выявлено.

2.3. **Нижняя челюсть**. На уровне второго резца слева полный косо вертикальный перелом. На наружной поверхности кромки перелома четко совпадают, плоскость излома отвесная (зона разрыва). На внутренней поверхности кромки перлом совпадают нечетко, плоскость излома пологая (зона долома). На левой ветви в проекции заднего края венечного отростка косовертикально кзади расположен полный перелом. На наружной поверхности кромки перелома совпадают нечетко, плоскость излома пологая (зона долома). На внутренней поверхности кромки перлом четко совпадают, плоскость излома отвесная (зона разрыва).

Таким образом, переломы нижней челюсти возникли от удара тупым предметом в область левой ветви с образованием тут локального «разгибательного» перелома и конструкционного «сгибательного» перелома тела спереди.

2.4. **Верхняя челюсть**. Правая верхнечелюстная кость представлена внутренней половиной небного отростка и передним краем альвеолярного отростка. На левой верхнечелюстной кости дефект 2х2см в области скулового отростка со стороны глазницы. Граница дефекта с признаками излома. В области собачей ямки левой верхнечелюстной кости дефект 2х1см, сквозь который видна гайморова полость. Граница дефекта неровная с признаками излома. От границы отходят единичные короткие трещины со смещением участков кости в сторону гайморовой полости. Таким образом, повреждения верхней челюсти с признаками воздействия тупого предмета. Определить форму травмирующей поверхности и количество воздействий не представляется возможным в виду отсутствия фрагментов костей.

Задание

1. Какие повреждения имеются на представленных фрагментах костей лицевого скелета?
2. Какие повреждения имеются на представленных фрагментах костей скелета?
3. Являются ли обнаруженные телесные повреждения прижизненными, либо посмертными?
4. Каким предметом (предметами) могли быть причинены телесные повреждения потерпевшему, 1969 г.р.?
5. Одним или разными предметами причинены телесные повреждения?»

Ответы.

1. На нижней челюсти перелом левой ветви и тела спереди. Повреждения возникли от удара тупым предметом в область левой ветви с образованием тут локального перелома и конструкционного (отдаленного) перелома тела спереди. На верхней челюсти переломы с признаками воздействия тупого предмета. Определить форму травмирующей поверхности и количество воздействий не представляется возможным в виду отсутствия фрагментов костей.
2. На правой плечевой кости в области задневнутренней поверхности нижнего конца дефект с признаками воздействия лезвия рубящего орудия со следами двух врубов.
3. Признаков сращения переломов не выявлено, следовательно, установить прижизненность повреждений не представляется возможным.
4. На правой локтевой кости повреждение с признаками фрагментированного перелома со следом вруба, свидетельствующими о неоднократном воздействии рубящего орудия.
5. Индивидуальных следов лезвия орудия (трасс) в повреждениях не выявлено.

**Задача № 2.** (УК-1 УК-2 ПК-5 ПК-6 ПК-10).

ОБСТОЯТЕЛЬСТВА ДЕЛА. В постановлении указано: «В производстве СО по ГСУ СК России по К находится уголовное дело № Г, возбужденное по факту убийства Л. При осмотре места происшествия 18.04.2012 были изъяты четыре ножа, на одном из которых обнаружены пятна бурого цвета.. Других сведений в постановлении нет.

МАТЕРИАЛЫ ДЕЛА И ВЕЩЕСТВЕННЫЕ ДОКАЗАТЕЛЬСТВА. 28 апреля ? года в медико-криминалистическое отделение, следователем СО по ГСУ СК России по К…. краю, С. были представлены:

1. Постановление о назначении медико-криминалистической экспертизы, вынесенное следователем СО ГСУ СК России по К….. краю, С. от 23 апреля ХХХ г.

2. Препарат кожи от трупа, исследованный ранее в медико-криминалистическое отделение за № х г.

3. Три ножа, изъятые в ходе осмотра места происшествия, соответственно упакованные и маркированные, с подписями следователя и понятых.

Нож, изъятый в ходе осмотра места происшествия, находится в судебно-биологическом, и после проведения биологической экспертизы будет передан в медико-криминалистическое отделение.

4. 18.06.2012г. помощником следователя В. доставлен нож, упакованный в коричневую бумагу с белой бумагой на которой имеется надпись «Главного следственного управления Следственного комитета Российской Федерации. Уголовное дело № х Заключение эксперта № Н. Вещественные доказательства: кухонный нож….», опечатан печатью судебно-биологического отделения.

**И С С Л Е Д О В А Н И Е**

1. В «Заключении эксперта» №Х экспертизы трупа Л от 19 апреля 2012г (находится в электронной базе данных отдела экспертизы трупов ККБСМЭ) указано, что на передней поверхности грудной клетки по срединной линии в проекции 3-го ребра рана с ровными кровоподтечными краями, заостренными концами, направленная соответственно 1 и 7 часам условного циферблата. Рана длиной при сведенных краях 1,7см. Рана проникает в левую плевральную полость спереди назад, слева направо и несколько сверху вниз, повреждая левое легкое. Длина раневого канала не менее 12-13см.

2. Доставленный лоскут кожи подсохший, обозначен, с наличием повреждения, восстановлен в спиртово-уксусном растворе Ратневского. Препарат кожи 4-х угольный 4,5х4см. На нем сквозная щелевидная рана с ровными, совпадающими при складывании краями, длиной 16мм. Стенки ее гладкие, слегка скошены с черными волокно подобными включениями. Левый конец повреждения (ориентир по фото) П-образный шириной около 1мм с приподнятым правым углом. Противоположный конец остроугольный. Морфологические признаки раны изображены графической кодировкой. Они свидетельствуют о воздействии плоского клинка колюще-режущего орудия, имеющего лезвие и обух, толщина следообразующей части которого была около 1мм. Ширина клинка до уровня погружения могла составлять 18-20мм.

3. Доставленные ножи условно пронумерованы.

Нож № 1 кухонный с деревянной ручкой. Клинок из сероватого блестящего металла с прямолинейным со скосом П-образным обухом, ребра которого на протяжении скоса слегка заовалены. Лезвие со скосом, двухсторонней заточкой шириной до 1мм, кромка его слабо острая. Острие в виде крупной точки. Длина клинка по линии острия 157 мм. Толщина обуха около 1 мм. Ширина клинка через каждые 1 см от острия: 8, 13, 16, 17, 18, 20, 21, 22 и далее по 23 мм. Длина скоса обуха 95 мм, высота скоса 5 мм. Длина скоса лезвия 35 мм.

Нож № 2 кухонный с деревянной ручкой, фиксированной к клинку двумя заклепками из белого металла. Клинок из блестящего сероватого металла с прямолинейным П-образным обухом с хорошо выраженными ребрами. Лезвие со скосом, двухсторонней заточкой шириной около 1 мм, кромка его слабо острая. Острие в виде крупной точки. Длина клинка 117 мм, толщина обуха около 0,5 мм. Ширина клинка через каждые 1 см от острия: 7, 10, 13, 14 и далее по 15 мм. Длина скоса лезвия 45 мм.

Нож № 3 кухонный с черной пластмассовой ручкой. Клинок из блестящего серого металла с прямолинейным со скосом обухом, спинка и ребра которого местами слегка деформированы. Лезвие со скосом, двухсторонней заточкой шириной до 5мм, кромка его слабо острая. Острие в виде крупной точки. Длина клинка по линии острия 177 мм, толщина обуха 1 мм. Ширина клинка через каждые 1 см от острия: 10, 16, 20, 22, 23 и далее по 24 мм. Длина скоса обуха 35 мм, высота скоса 10 мм. Длина скоса лезвия 40 мм.

Нож № 4 кухонный с деревянной ручкой, фиксированной к клинку двумя заклепками из желтого металла. Клинок из серебристого металла с прямолинейным со скосом обухом, ребра его достаточно выражены. Лезвие со скосом, двухсторонней заточкой шириной до 5мм, кромка его умеренно острая. Острие в виде точки. Длина клинка по линии острия 158 мм. Толщина обуха 1 мм. Ширина клинка через каждый 1 см от острия: 7 , 10, 12, 14, 15, 17, 18, 19 и далее по 20 мм. Длина скоса обуха 85 мм, высота скоса 6 мм. Длина скоса лезвия 50 мм. На клинке следы бурого засохшего вещества.

ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЕ И СРАВНИТЕЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ. Для установления морфологических особенностей повреждений от воздействия клинков доставленных ножей (№1, №3 и №4) на биоманекене путем ударов в направлении указанного при исследовании трупа раневого канала причинено по три повреждения с погружением клинка на глубину 12-15 см. Повреждения ножом №2 не причинялись, поскольку конструктивные данные его не соответствуют данным клинка, отразившихся в подлинном повреждении (толщина обушка 0,5мм не соответствует ширине обушкового конца раны) и исключает его как возможное орудие травмы. Лоскут кожи с экспериментальными ранами был подсушен и восстановлен в спиртово-уксусном растворе. Полученные повреждения от ножа №1 щелевидные с ровными, совпадающими при складывании краями, длиной 15-16мм. Лезвийные концы их остроугольные, обушковые шириной около 1мм в виде правостороннего обушкового разреза. Повреждения от ножа №3 щелевидные с ровными, совпадающими при складывании краями, длиной 18-20 мм. Лезвийные концы их остроугольные, обушковые М-образные шириной около 1мм, причем у двух ран удлинен левый угол, а у одной – правый. Повреждения от ножа №4 щелевидные с ровными, совпадающими при складывании краями, длиной 15-17 мм. Лезвийные концы их остроугольные, обушковые М-образные у двух ран шириной около 1мм и у одной раны П-образный с приподнятым правым углом. Устойчивые морфологические признаки ран изображены графической кодировкой. Они отображают основные конструктивные данные клинков. Сравнительным исследованием морфологических признаков подлинной раны и устойчивых морфологических признаков экспериментальных повреждений выявлено, что подлинное повреждение имеет сходство с ранами от ножа №4 в длине повреждений, форме обушкового конца, его ширине. Повреждения от ножа №1 и №3 отличаются от подлинной раны формой обушкового конца и линейными размерами. Таким образом, полученные результаты не исключают возможность причинения подлинной раны ножом №4 и не предполагают ее причинение ножами №1, №2 и №3.

Задача

1. Каков характер и механизм образования повреждений на кожном лоскуте трупа?
2. Каковы конструктивные особенности орудия (предмета), которым были причинены повреждения, обнаруженные на представленном для исследования кожном лоскуте трупа с повреждениями?
3. Могли ли данные повреждения быть причинены одним из ножей, представленных на экспертизу?
4. Какими ножами не могли быть причинены повреждения?
5. Какова возможная ширина клинка?

Ответы

1. На препарате кожи колото-резаная рана.
2. В ране имеются признаками воздействия плоского клинка колюще-режущего орудия, имеющего лезвие и обух, толщина следообразующей части которого была около 1мм..
3. Результаты экспериментального и сравнительного исследования не исключают причинения повреждения ножом №4.
4. Результаты экспериментального и сравнительного исследования не предполагают его образование от ножей №1, №2 и №3.

5. Ширина клинка до уровня погружения могла составлять 18-20мм

**Задача № 3. (**УК-1 УК-2 ПК-5 ПК-6 ПК-10).

Исследование проводилось для определения: наличия, характера и механизма повреждений, свойств травмирующего предмета.

ОБСТОЯТЕЛЬСТВА ДЕЛА. В направлении указано: «обстоятельства дела не указаны». Других сведений в направлении нет.

ПРЕДСТАВЛЕННЫЕ МАТЕРИАЛЫ И БИОЛОГИЧЕСКИЕ ОБЪЕКТЫ. 08 мая в медико-криминалистическое отделение были представлены:

1. Направление на медико-криминалистическое исследование.

2. Семь препаратов кожи, фрагменты 7-8 ребер справа от трупа.

**И С С Л Е Д О В А Н И Е**

1. В «Заключении эксперта» № Х. указано, что **н**а передней поверхности шеи в верхней трети по средней линии линейная горизонтальная рана № 1. Края ровные, нижний скошен, верхний подрыт, концы закруглены, длиной при сведенных краях 0,7см, глубина около 0,4см.

На 1,1см правее средней линии и на 1,8см ниже нижнего края нижней челюсти справа горизонтальная рана № 2 с ровными краями длиной 5,3см, острыми концами, в дне которой видна наружная фасция шеи и подкожно-жировая клетчатка.

Ниже нижнего конца вышеописанной раны на 0.5см располагается неправильно овальная вытянутая горизонтально рана № 3 с черными плотными подсохшими относительно ровными краями, свести которые не представляется возможным, размером 2х2,3см. От внутреннего края которой распространяется линейный косо-вертикальный разрез, переходящий в полосовидную ссадину, направленный соответственно 4 часам условного циферблата, длина дополнительного разреза 1,2см. ссадины около 2,7см, в дне раны видны черные подлежащие мягкие ткани, глубина около 1см.

На передней поверхности шеи по средней линии на 3,6см ниже нижнего края нижней челюсти располагается веретенообразной формы рана № 4 с черными плотными подсохшими краями, края ровные, концы соответствуют 4 и 10 часам условного циферблата, левый нижний конец закруглен. Правый верхний приближается к острому, размером 0,4х1см, в дне раны видны кровоподтечные мягкие ткани, глубина около 0,4см. От верхнего острого конца раны распространяется косо-вертикально линейный поверхностный разрез, соединяющийся с передним концом раны № 2, располагающийся друг от друга на расстоянии 1,1см.

На передней поверхности шеи в нижней трети по средней линии на 3,4см выше яремной вырезки, располагается горизонтальная рана № 5, с ровными желто-коричневыми плотными подсохшими краями, свезти которые не представляется возможным, размером 0,4х0,9см, правый конец раны приближается к острому, левый к П-образному. В дне раны видны кровоподтечные подлежащие мягкие ткани.

На передней левой боковой поверхности шеи в средней трети на 0,8см левее средней линии и на 2,7см ниже нижнего края нижней челюсти слева располагается линейная горизонтальная рана № 6 с ровными краями, острыми концами, переходящими в поверхностные разрезы. Передний разрез длиной около 1см, задний около 2,7см. Рана длиной при сведенных краях около 5,3см, в дне раны видны темно-коричневые плотные подсохшие мышцы шеи, глубина раны около 0.4см.

На 0,8см ниже нижнего края вышеописанной раны располагаются линейные параллельно направленные друг к другу поверхностные раны № 7-8, длиной при сведенных краях верхняя 2,7см, нижняя 1,7см, расстояние между ранами 0,2см, глубина по 0,1-0,2см.

На передней поверхности грудной клетки справа по среднеключичной линии на уровне 6 межреберья располагается линейная горизонтальная рана № 9 с ровными темно-красными плотными подсохшими краями. Передний конец раны приближается к острому, задний закруглен. Длиной при сведенных краях 2,2см, рана проникает в грудную полость.

Аналогичная рана вышеописанной ране располагается рана № 10, по окологрудинной линии справа на 79,8см выше уровня стоп, на 2,8см правее средней линии берущая начало от нижнего края реберной дуги, верхний конец раны ровный. Нижний закруглен, длиной при сведенных краях 3,1см. Рана проникает в грудную полость, направление снизу вверх.

На 0,1см нижнего конца вышеописанной раны располагается аналогичная линейная горизонтальная рана № 11, длиной при сведенных краях 3.1см, рана проникает в брюшную полость.

В эпигастральной области справа на 1см ниже нижнего края вышеописанной раны по окологрудинной линии на 1,6см правее средней линии линейная горизонтальная рана № 12, верхний край подрыт, нижний скошен. Длиной при сведенных краях 2,2см. внутренний конец приближается к острому, наружный закруглен, рана проникает в брюшную полость.

На передней поверхности брюшной стенки слева косо-вертикальная рана № 16, длиной при сведенных краях 2,2см, концы соответствуют 1 и 7 часам у.ц.. верхний острый, нижний конец закруглен, рана располагается на 2,2см левее средней линии и на 2,7см ниже нижнего края реберной дуги по окологрудинной линии. Рана проникает в брюшную полостью.

В эпигастральной области слева по среднеключичной линии параллельно нижнему краю реберной дуги и ниже его на 0,7см, и на 4,2см левее средней линии косо-вертикальная линейная рана № 17 с ровными краями, концы соответствуют 4 и 10 часам у.ц., верхний конец приближается к острому нижний к М-образному. Длиной при сведенных краях 2см. Рана проникает в брюшную полость.

На передней поверхности брюшной стенке справа в мезогастральной области по окологрудинной линии на 1см правее средней линии параллельно нижнему краю пупочного кольца горизонтальная рана № 18, длиной при сведенных краях 2,4см, кожные покровы вокруг раны осаднены на участке по верхнему краю 0,6см, на уровне внутреннего конца на участкеи 0,5см, по нижнему краю на участке до 1,1см. Края раны ровные, концы закруглены.

На задней поверхности грудной клетки слева по околопозвоночной линии на уровне 10-11 грудных позвонков линейная вертикальная рана № 20 с ровными краями, верхний конец приближается к острому, нижний М-образный, длиной при сведенных краях 2,1см. При ревизии раневой канал идет сверху вниз проникает в брюшную полость. Внутренний край раны располагается на 1,2см левее средней линии.

На задней поверхности верхней трети правого предплечья располагается косо-вертикальная рана № 21 с ровными краями. Концы соответствуют 1 и 7 часам условному циферблата, верхний П-образный, нижний приближается к острому. Длиной при сведенных краях 1см. Раневой канал раны упирается в локтевую кость нам глубину около 2,7см. где слепо заканчивается.

По ходу раневых каналов ран № 4,5 располагающихся по средней линии обнаружено два повреждения передней поверхности трахеи, направление раневых каналов ран № 4,5 спереди назад и сверху вниз, длина их около 3см.

Раневой канал раны № 9 слепо заканчивается в плевральной полости справа, направление раневого канала – спереди назад, снизу вверх, справа налево, длина около 14см.

Направление раневого канала раны № 10, который проходит спереди назад, справа налево и несколько снизу вверх, длина его 12,5см.

По ходу раневого канала раны № 11 обнаружено краевое повреждение хрящевой части 8-го ребра, направление раневого канала спереди назад, сверху вниз и справа налево, глубиной 14,2см.

Раневой канал раны № 12 проходит на глубину 12,5см, где слепо заканчивается. Направление раневого канала спереди назад, сверху вниз и справа налево.

Раневого канал раны № 16 спереди назад, справа налево и сверху вниз, длина его около 10,5см.

Ход раневого канала раны № 17 спереди назад, слева направо и несколько сверху вниз, длина его около 12см.

Направление раневого канала раны № 18 спереди назад.

Рана № 20 проникает в брюшную полость и слепо заканчивается в брюшной полости. Повреждений внутренних органов по ходу раневого канала определить не возможно в виде отсутствия брыжейки, тонкой кишки, тонкого кишечника.

2. Доставленные лоскуты кожи подсохшие, обозначены, имеют повреждения, восстановлены в спиртово-уксуном растворе Ратневского.

2.1. Препарат кожи с ранами №№1-8 приближается к 4-х угольной форме 14х8см. В верхней части его (ориентир по фото) сквозная щелевидная рана с ровными, совпадающими при складывании краями, длиной12мм. Стенки ее гладкие, скошены. Левый конец шириной около 1мм с правосторонним обушковым разрезом. Правый конец остроугольный. Морфологические признаки раны изображены графической кодировкой и характерны для воздействия плоского клинка колюще-режущего орудия, имеющего лезвие и обух, толщина следообразующей части которого была около 1мм. В 2,5см ниже и левее линейная рана с ровными, совпадающими при складывании краями, длиной 4см. Стенки ее гладкие, скошены книзу. Рана глубиной до 5мм. Концы повреждения остроугольные. Правый конец продолжается поверхностной насечкой и соединяется со сквозной раной длиной 1,5см, расположенной в таком же направлении с остроугольным правым концом и гладкими стенками. В 5мм правого конца описанной раны на лоскуте справа линейная рана с ровными, совпадающими при складывании карами, длиной 4,5см.Стенки ее гладкие отвесные .В глубине левой половины повреждения два сквозным участка, а на остальном протяжении рана глубиной до 4мм. Концы остроугольные и переходят в поверхностный надрез справа 2,5см, слева – 5мм. Вблизи правого конца от нижнего края повреждения отходит поверхностный надрез длиной 1см. Над левым концом глубокая ссадина длиной около7мм с неровными краями. В 8мм ниже левой половины описанной раны поверхностный слегка дугообразный надрез длиной около 3см с ровными краями, гладкими стенками глубиной 1-2мм и остроугольными концами. В 3мм ниже его подобное линейное повреждение длиной 2см. слева от него дугообразная сквозная рана с ровными, совпадающими при складывании краями, длиной 3см. Стенки гладкие, отвесные. Правый конец остроугольный и продолжается поверхностным надрезом длиной 3,5см. Левый конец остроугольной раздвоен на 1 и 3мм. От средины нижнего края влево отходит дополнительный разрез длиной 7мми, а от правого конца вдоль этого края поверхностный надрез длинной 2см. У середины нижнего края препарата сквозная щелевидная рана с ровными, совпадающими при складывании краями, длиной 10мм. Стенки ее гладкие скошены. Правый конец приближается к П-образному шириной около 1мм. Левый конец остроугольный и переходит с поверхностный надрез. Морфологические признаки раны изображены графической кодировкой и характерны для воздействия плоского клинка колюще-режущего орудия, имеющего лезвие и обух, толщина следообразующей части которого была около 1мм. В большинстве повреждений черны рыхлые мелкие включения. Таким образом, на препарате кожи две раны с признаками колото-резаных от воздействия плоского клинка колюще-режущего орудия, имеющего лезвие и обух, толщина следообразующей части которого была около 1мм и шесть ран с признаками резаных от воздействия острой кромки (лезвия) орудия.

2.2. Препарат кожи с раной №9 башнеподобный 3,5х3см. На нем сквозная щелевидная рана с ровными, совпадающими при складывании краями, длиной 19мм. Стенки ее гладкие, скошены, с рыхлыми черными мелкими включениями. Левый конец (ориентир по фото) шириной около 1мм с левосторонним обушковым разрезом. Правый конец остроугольный. Морфологические признаки раны изображены графической кодировкой и характерны для воздействия плоского клинка колюще-режущего орудия, имеющего лезвие и обух, толщина следообразующей части которого была около 1мм.

2.3. Препарат кожи с ранами №№10-12 башнеподобный 7х4,5см. На нем три сквозные раны. В верхней части (ориентир по фото) щелевидная рана с ровными, совпадающими при складывании краями, длиной 25мм. Стенки ее гладкие, отвесные. Один конец остроугольный, противоположный конец приближается к П-образному шириной около 1мм с правосторонним обушковым надрезом. Ниже ее расположена подобная рана длиной 25мм с одним остроугольным концом и противоположным шириной около 1мм наподобие П-образного с прогнутой перекладиной. Третья рана длиной 18мм, подобна вышеописанным. Один конец остроугольный, противоположный приближается к П-образному шириной около 1мм с левосторонним обушковым разрезом. На стенках повреждений рыхлые черные мелкие включения. Морфологические признаки ран изображены графической кодировкой и характерны для воздействия плоского клинка колюще-режущего орудия, имеющего лезвие и обух, толщина следообразующей части которого была около 1мм.

2.4. Препарат кожи с ранами №16 и №17 трапециевидный 7,5х5см. На нем две сквозные раны. Слева (ориентир по фото) щелевидная рана с ровными, совпадающими при складывании краями, длиной 23мм. Стенки ее гладкие, отвесные. Верхний конец остроугольный, противоположный конец приближается к П-образному шириной около 1мм с прогнутой перекладиной. Справа рана длиной 15мм. Стенки несколько скошены. Один конец приближается к М-подобному шириной около 1мм. Противоположный остроугольный с отходящим вблизи дополнительным разрезом. На стенках повреждений рыхлые черные мелкие включения. Морфологические признаки ран изображены графической кодировкой и характерны для воздействия плоского клинка колюще-режущего орудия, имеющего лезвие и обух, толщина следообразующей части которого была около 1мм.

2.5. Препарат кожи с раной №18 4-х угольный 6х5см. На нем сквозная щелевидная рана с ровными, совпадающими при складывании краями, длиной 19мм. Стенки ее гладкие отвесные с рыхлыми черными мелкими включениями. Один конец повреждения приближается к П-образному шириной около 1мм. Противоположный затуплен. Вокруг раны овальное осаднение шириной до 7мм. Морфологические признаки раны изображены графической кодировкой и характерны для воздействия плоского клинка колюще-режущего орудия, имеющего лезвие и обух, толщина следообразующей части которого была около 1мм.

2.6. Препарат кожи с раной №20 башнеподобный 4х2,5см. На нем сквозная щелевидная рана с ровными, совпадающими при складывании краями, длиной 19мм. Стенки ее гладкие, скошены, с рыхлыми черными мелкими включениями. Один конец повреждения остроугольный. Противоположный конец М-подобный шириной около 1мм с коротким левосторонним обушковым разрезом. Морфологические признаки раны изображены графической кодировкой и характерны для воздействия плоского клинка колюще-режущего орудия, имеющего лезвие и обух, толщина следообразующей части которого была около 1мм.

2.7. Препарат кожи с раной №21 башнеподобный 2,5х2см. На нем сквозная щелевидная рана с ровными, совпадающими при складывании краями, длиной 7мм. Стенки ее гладкие, отвесные. Один конец повреждения остроугольный. Противоположный конец П-подобный шириной около 1мм с левосторонним обушковым разрезом. Морфологические признаки раны изображены графической кодировкой и характерны для воздействия плоского клинка колюще-режущего орудия, имеющего лезвие и обух, толщина следообразующей части которого была около 1мм.

Сравнительным исследованием морфологических признаков изученных колото-резаных ран выявлены признаки сходства в форме и размерах и различия в степени выраженности отдельных элементов, которые обусловлены, очевидно, условиями следообразования. Таким образом, эти данные могут свидетельствовать о причинении повреждений клинком одного ножа.

3. Фрагмент 7 и 8 правого ребра с остатками мягких тканей, которые удалены механически после мацерации в теплой воде. Фрагменты представлены единим целым 3,5х3 см и состоят их хрящевой части ребер. На 7-м ребре неполное поперечное пересечение от верхнего края длиной 2см. Нижний конец представляется П-образным шириной около 1мм. На этом уровне неполное косопоперечное пресечения 8 ребра от нижнего края длиной 1,5см с остроугольным наружным концом. Поверхность пересечения ребер ровная, гладкая. Четких индивидуальных признаков орудия (трасс) не выявлено. Таким образом, поврежденные ребра с признаками воздействия острой кромки (лезвия) орудия. В повреждении 7-го ребра след П-образного обушка шириной 1мм.

Задача

* 1. Каков характер и механизм образования повреждений на кожном лоскуте трупа?
  2. Каковы конструктивные особенности орудия (предмета), которым были причинены повреждения, обнаруженные на представленном для исследования кожном лоскуте трупа с повреждениями?
  3. Могли ли данные повреждения быть причинены одним из ножей, представленных на экспертизу?
  4. Чем причинены повреждения хрящевой части ребер?
  5. Какова возможная ширина клинка?

Ответы.

1. На препарате кожи с ранами №№1-8 две раны с признаками колото-резаных от воздействия плоского клинка колюще-режущего орудия, имеющего лезвие и обух, и шесть ран с признаками резаных от воздействия острой кромки (лезвия) орудия.
2. На остальных шести препаратах кожи раны №9, №10, №11, №12, №16, №17, №18, №20 и №21 колото-резаные.
3. В повреждении 7-го ребра след П-образного обушка шириной 1мм. Индивидуальных признаков орудия (трасс) не выявлено.
4. Повреждения хрящевой части 7-го и 8-го ребра в виде неполного пересечения с признаками воздействия острой кромки (лезвия) орудия.
5. Сравнительным исследованием морфологических признаков всех изученных колото-резаных повреждений выявлены признаки сходства, которые могут свидетельствовать о причинении ран клинком одного ножа, имеющего лезвие и обух, толщина следообразующей части которого была около 1мм.

**Задача № 4.** (УК-1 УК-2 ПК-5 ПК-6 ПК-10).

ОБСТОЯТЕЛЬСТВА ДЕЛА. В направлении указано: «При движении колонны бульдозеров с юго-запада на северо-восток на острове Большевик расцепилась сцепка одного из бульдозеров. При сцеплении с санями машинистом-погрузчиком П сани наехали на П, в результате чего последний скончался на месте». Других сведений в направлении нет.

ПРЕДСТАВЛЕННЫЕ МАТЕРИАЛЫ И БИОЛОГИЧЕСКИЕ ОБЪЕКТЫ. предоставлено:

1. Направление на медико-криминалистическое исследование.

2. Участок диафиза нижней трети бедренной кости, большеберцовая и малоберцовая кости левой нижней конечности (из области повреждения большеберцовой артерии осколками перелома) от трупа.

3. 27.06.2012г. нарочным доставлен препарат кожи от трупа.

4. 27.06.2012г нарочным доставлена описательная часть «Акта медицинского исследования трупа».

Также представлен СД-диск, упакованный в почтовый конверт, обозначенный CD-диск с фотографиями от трупа .

**И С С Л Е Д О В А Н И Е**

1. В «акте медицинского исследования трупа» указано: «На задневнутренней поверхности левой голени на 32,0 см выше подошвенной поверхности стоп рана (условно обозначенная № 3) с относительно равными, мелколоскутными краями, острыми концами по свойствам аналогичная вышеописанным. В рану в области ее внутреннего конца выступает сосуд округлой формы, диаметром до 0,3 см, не спадающийся, с толщиной стенки до 0,1 см расценен как большеберцовая артерия. При сопоставлении краев принимающая волнистую форму длиной до 4,0 см. Произведено иссечение раны № 3 для проведения медико-криминалистического исследования… В проекции вышеописанных ран обнаружены темно-вишневые сочные кровоизлияния прилежащих мышц. В области кровоизлияний имеются повреждения мышц рваного характера, с неровными краями, расслойкой мышечных пучков».

2. Лоскут кожи сухой, плотный, обозначен, с наличием повреждения, восстановлен в спиртово-уксусном растворе Ратневского. Препарат неопределенной формы 7х6см. На нем (ориентир по фото) подковообразная сквозная рана, состоящая как-бы из двух частей. Левее центра (ориентир по фото) слегка дугообразная рана с относительно ровными, не осадненными и совпадающими при складывании краями, длиной около 4,5см. Стенки ее относительно гладкие, слегка скошены. Вдоль краев повреждения почти под прямым углом в виде цепочки расположены слегка извитые поверхностные надрывы кожи длиной от 2 до 10мм. В области нижнего конца раны перемычки тканей в глубине. В области верхнего конца рана соединяется по типу «конец в бок» со сквозной слегка дугообразной раной с относительно ровными, неосадненными и совпадающими при складывании краями, длиной около 4см. Стенки ее гладкие, скошены. Концы заострены с перемычками в глубине. Вдоль правого края в верхней части короткие в виде елочки надрывы кожи. Также на лоскуте участки осаднений. Таким образом, на препарате кожи рана с признаками разрыва (рваная рана).

3. Доставленные кости с остатками мягких тканей, которые удалены механически после мацерации в теплой воде.

3.1. Фрагмент нижней части левой бедренной кости состоит их 6 частей и 6 мелких осколков. Произведена анатомическая реставрация 6 частей, соединить мелкие осколки не удалось. Фрагмент длиной 23см. Спереди у верхнего края наружного мыщелка дефект 2х1см с обнажением губчатого вещества с относительно ровными краями. Определяется горизонтальный дефект суставной поверхности внутреннего мыщелка с волнисто-бугристой поверхностью губчатого вещества. От центра суставной поверхности расположен спиралевидный перелом. Нижний конец его расположен на задней поверхности кости в области дефекта, винтовая часть идет на внутреннюю, переднюю наружную и заканчивается в виде закругленного угла на задней поверхности. Кромки этой части перелома ровные, четко совпадают, поверхность излома отвесная. Область нижнего конца и верхний конец этого перелома соединяется косо вертикальным линейным переломом, состоящим из двух участков, соединенных «конец в бок». Кромки более длинного верхнего участка с элементами сколов и выкраивания. По центру передней поверхности от области дефекта нижнего конца до края спиралевидного перелома расположен вертикальный прямолинейный перелом с несколько заоваленными кромками. Со стороны задней поверхности винтовая и прямая часть перелома поперечно соединяется волнисто-зубчатой трещиной с заоваленными кромками, а в области верхнего конца спирали со стороны передней поверхности - дугообразной трещиной, выпуклостью обращенной вверх с участками сколов кромки на внутренней и наружной поверхности кости. В области внутреннего мыщелка перелом с образованием треугольного фрагмента с зоной разрыва на задней поверхности и долома на передней. Таким образом, морфологические признаки переломов нижней части бедренной кости укладываются в картину деформации ротации со сдавлением между двумя поверхностями.

3.2.Большеберцовая кость. В области верхнего конца перелом из двух фрагментов, произведена анатомическая реставрация. На наружной поверхности под латеральным мыщелком дефект 3х6см и глубиной до 4см. На наружной поверхности от нижнего края дефекта расположен дугообразный перелом 4х2,5см с вертикальной продольной трещиной в средней части. Периферические кромки повреждения четко совпадают, поверхность излома отвесная. Кромки продольной трещины совпадают нечетко, несколько погружены вглубь, поверхность излома пологая. На задней и внутренней поверхности кости дефект соединен косопоперечной трещиной с признаками разрыва. На внутренней поверхности от этой трещины отходит дугообразная трещина вверх, а затем по задней поверхности идет горизонтально кнаружи. Вертикальная часть этой трещины с признаками разрыва, а горизонтальная - долома. Таким образом, морфологические признаки перелома области верхнего конца большеберцовой кости укладываются в картину деформации от сдавления между двумя поверхностями.

3.3. Малоберцовая кость. У переднего края суставной поверхности головки овоидный дефект 1,5х1см и глубиной 5мм с желобовидным дном губчатого вещества. От дефекта расположен спиралевидный перелом. Винтовая часть идет на переднюю, наружную и заканчивается в виде острого угла на задней поверхности. Кромки этой части перелома ровные, четко совпадают, поверхность излома отвесная. Нижний конец и область верхнего конца этого перелома соединяется косо вертикальным линейным переломом, кромки которого с элементами сколов и выкраивания. На передневнутренней поверхности вблизи верхнего конца винтовую и прямую часть перелома соединяет ромбовидный дефект компактного слоя 2,5х0,8см. Таким образом, морфологические признаки переломов верхнего конца малоберцовой кости укладываются в картину деформации ротации с изгибом.

Задача

1.Какие повреждения имеются на коже?

2.Какие повреждения имеются на бедренной кости?

3.Какие повреждения имеются на большеберцовой кости?

4.Какие повреждения имеются на малоберцовой кости?

5.Каким предметом (предметами) могли быть причинены телесные повреждения потерпевшему П., 1969 г.р.?

Ответы

1. На препарате кожи рана, возникшая от разрыва кожи вследствие ее растяжения.
2. На бедренной кости фрагментированный перелом в области нижнего конца, морфологические признаки которого укладываются в картину деформации от ротации со сдавлением между двумя поверхностями.
3. На большеберцовой кости фрагментированный перелом в области верхнего конца, морфологические признаки которого укладываются в картину деформации от сдавления между двумя поверхностями.
4. На малоберцовой кости перелом в области верхнего конца, морфологические признаки которого укладываются в картину деформации от ротации с изгибом.
5. Характеристики предмета (предметов) на костях и коже не отобразились.

**Задача № 5**. (УК-1 УК-2 ПК-5 ПК-6 ПК-10).

Исследование проводилось для определения: «Характер повреждений, свойства травмирующего предмета, механизм образования?»

ОБСТОЯТЕЛЬСТВА ДЕЛА. В направлении указано: «Обнаружен в лесу». Других сведений в направлении нет.

ПРЕДСТАВЛЕННЫЕ МАТЕРИАЛЫ И БИОЛОГИЧЕСКИЕ ОБЪЕКТЫ. 23 ноября 2012 года в МКО ККБСМЭ предоставлены:

1. Направление на медико-криминалистическое исследование.

2. Край раны с задней поверхности грудной клетки, фрагмент костей свода и основания черепа от трупа .

3. «Заключения эксперта» № ХХХ.

**И С С Л Е Д О В А Н И Е**

1. В «Заключении эксперта» № ХХХ указано, что на туловище циркулярная рана с неровными, мелко и крупнофистончатыми краями, которые проходят по передней стенке грудной клетки на 2 см ниже яремной вырезки, на уровне правой ключицы и на 8 см ниже левой ключицы, по левой боковой стенке грудной клетки на уровне 2 межреберья. Справа по верхней поверхности правого плеча, по задней стенке грудной клетки на уровне верхнего края лопаток. В области края раны по всем поверхностям имеются вертикально и косо-вертикально ориентированные поверхностные и глубокие раны, местами с мелкофистончатыми краями, острыми концами. Некоторые из ран находятся на некотором удалении от края. Длина ран от 0,3 до 3 см. Обнаружен линейный перелом, условный центр которого расположен на 3 см ниже затылочного бугра, на 3 см левее срединной линии. От центра перелома линия № 1 следует кпереди, несколько влево по заднечерепной ямке, доходит до пирамиды височной кости и затухает. Вторая линия от центра перелома следует вправо и несколько кверху, пересекает нижнюю выйную линию затылочной кости, переходит на правую половину затылочной кости и затухает. Край раны с задней стенки грудной клетки и череп направлены в МКО для определения характера повреждений и свойств травмирующего предмета, механизма образования повреждений. Приведены также данные из протокола осмотра места происшествия, где указано, что: «… Вышеуказанные отделы головы без мягких тканей, которые на имеющихся костях представлены отдельными участками розово-красного цвета, без следов пропитывания кровью. Поверх вышеуказанных отделов головы определяются элементы снега. Местами на мягких тканях, остатках их и костях определяются множественные изменения по типу царапин, что характерно для зубов животных. В области основания черепа, тел позвонков нет. В большом затылочном отверстии черепа определяется головной мозг, полностью замерзший, без различимых кровоизлияний».

2. Кожный лоскут подсохший, обозначен, с наличием повреждений, восстановлен в спиртово-уксусном растворе Ратневского. Препарат кожи дугообразный длиной около 22см и шириной от 2,5 до 6см. Вогнутый край его мелкозубчатый с множественными линейными повреждениями длиной до 1,5см и глубиной от поверхностных до 3мм. Края их слегка неровные с прерывистыми узкими полосками осаднения, стенки несколько бугристые, концы приближаются к остроугольным. В глубине этих ран нежные перемычки. Они в основном расположены под острым углом к краю основного повреждения. Часть их расположено параллельно друг другу. Отдельно вблизи основного повреждения параллельные, дугообразные и V-образные ссадины-царапины. Встречаются также единичные линейные поверхностные повреждения длиной до 1,5см с относительно ровными краями, остроугольными концами и гладкими стенками с нежными перемычками в глубине (типа разрывов), и поверхностные сферообразные углубления диаметром до 5мм с осадненным дном. Инородных включений не обнаружено. Таким образом, морфологические признаки обнаруженных повреждений укладываются в картину повреждений животными.

3. Фрагмент черепа с остатками мягких тканей, которые удалены механически после мацерации в теплой воде. Фрагмент представлен затылочно-теменно-височной областью. Секционный распил проходит ступенчато- вертикально через скат затылочной кости, теменные и височные кости. На чешуе затылочной кости косо поперечный перелом. Справа его конец на наружной костной пластинке (НКП) просматривается у наружного правого конца верхней выйной линии. Перелом, постепенно расширяясь, проходит через левого мыщелковое отверстие и соединяется с левым яремным отверстием. На зияющей части повреждения стенки отвесные, края четкие. В начальной части на протяжении 2,5см и на ширину до 2мм по краям перелома поверхностные очаговые дефекты компакты, общий вид которых напоминает как бы две узкие параллельные полоски. Вблизи заднего края мыщелкового отверстия от описанного перелома почти под прямым углом на уровне заднего края большого затылочного отверстия отходит сквозная трещина длиной до 1,5см. Перелом в области мыщелкового отверстия соединяется с трещиной суставной поверхности отростка, которая в свою очередь соединятся с 4-х угольным дефектом 4х3мм у наружного края отростка. В глубине дефекта погруженные осколки НКП. На этом уровне у края затылочного отверстия на участке 5х5мм сферообразное углубление с погруженными осколками НКП и подобное у переднего края суставной поверхности. Подобные по локализации и форме два повреждения на правом суставном отростке. Похожие три повреждения на внутренней поверхности правого сосцевидного отростка и на этом уровне одно на наружной поверхности. Таким образом, на затылочной кости перелом с признаками разрыва кости. В области суставных отростков и правого сосцевидного повреждения с признаками воздействия зубов животных.

Задача

1. Какие повреждения имеются на голове?
2. Какие повреждения имеются на коже?
3. Механизм перелома затылочной кости?
4. При каких условиях мог образоваться перелом затылочной кости?
5. Каким предметом (предметами) могли быть причинены области суставных отростков и правого сосцевидного?

Ответы

1. При исследовании выявлены повреждения кожи волосистой части головы и затылочной кости.
2. На препарате кожи повреждения, морфологические признаки которых укладываются в картину причинения животными.
3. На фрагменте черепа перелом затылочной кости с признаками разрыва кости.
4. Перелом затылочной кости мог образоваться от повышения внутричерепного давления при промерзании головного мозга.
5. Повреждения в области суставных отростков и правого сосцевидного с признаками воздействия зубов животных.

**6. Перечень практических умений по изучаемой теме**

(УК-1, УК-2, УК-3, ПК-5, ПК-6, ПК-10);

-применять на практике основы законодательства РФ о здравоохранении и директивные документы, определяющие деятельность органов и учреждений здравоохранения;

-оформлять типовые формы медицинской документации для бюро судебно-медицинской экспертизы;

**7. Рекомендации по выполнению НИР**

Примерная тематика по НИР по теме - не предусмотрена.

**8. Рекомендованная литература по теме занятия (обязательная, дополнительная, электронные ресурсы, включая законодательные и нормативно-правовые документы)**

**Занятие № 58**

**1. Индекс: ОД.О.01.1.10.82 Тема: «Поводы к судебно-медицинской экспертизе потерпевших, обвиняемых и других лиц, ее организация и проведение».**

**2. Форма организации занятия:** подготовка к практическому занятию.

**3. Перечень вопросов для самоподготовки по теме практического занятия:**

1. ВОПРОС По каким поводам назначается экспертиза живых лиц? (УК-1 ПК-1 ПК-2 ПК-3 ПК-5 ПК-7 ПК-8 ПК-9 ПК-10)

ОТВЕТ: В правовой практике возникают разнообразные вопросы, касающиеся преступлений против жизни, здоровья, чести, достоинства, половой lie-прикосновенности и свободы личности. В связи с этим экспертиза (исследование) живых лиц проводится по разным поводам в процессе расследования или судебного разбирательства уголовных или гражданских лиц. Сюда, прежде всего, следует отнести определение вреда здоровью и решение других вопросов (давность нанесения, орудие трав-матизации и пр.); определение размеров стойкой утраты общей и профессиональной трудоспособности; определение состояния здоровья, искусственных болезней, симуляции и аггравации; экспертизу при изнасиловании, развратных половых действиях, насильственных действиях сексуального характера; заражение венерической болезнью, СПИДом; определение некоторых половых состояний (истинного пола, производительнойспособности, беременности, бывших родов, аборта и пр.); определение возраста, тождества личности и другие вопросы; возникающие в процессе расследования или судебного разбирательства.

Вошедший в действие с 1 января 1997 года Уголовный кодекс РФ в соответствии с демократическими преобразованиями в стране, в отличие от прошлого, на первое место поставил преступления против личности. Именно с этого раздела и начинается особенная часть нового УК. Она включает прежде всего преступления против жизни, здоровья, свободы, чести и достоинства граждан, преступления против половой неприкосновенности и половой свободы личности. Расследование названных преступлений тесно связано с проведением судебно-медицинской экспертизы.

2. ВОПРОС Где проводится судебно-медпцинская экспертиза живых лиц? (УК-1 ПК-1 ПК-2 ПК-3 ПК-5 ПК-7 ПК-8 ПК-9 ПК-10)

ОТВЕТ: Экспертиза живых лиц проводится в соответствующем отделе Бюро СМЭ либо в поликлинических кабинетах судебно-медицинских отделений в городах и районах. Однако нередко она проводится в стационарах, з которых находится па лечении потерпевший. В таких случаях для консультации или участия в экспертизе при необходимости приглашаются другие специалисты (невропатолог, терапевт, травматолог, акушер-гинеколог и т. д.). Здесь же иногда по просьбе эксперта проводится рентгенологическое, эхогра-фическое, лабораторное исследование с целью уточнения диагноза. В некоторых случаях экспертиза может проводиться на дому у свидетельствуемого, когда он, ссылаясь на болезнь, не является по направлению к эксперту или по вызову к следователю в суд. В таких случаях это делается в присутствии следователя. Экспертиза может проводиться в кабинете следователя, дежурного ОВД, в камере предварительного заключения и в других местах, в которых следователь обязан создать условия эксперту для полноценной работы.

3. ВОПРОС Какие существуют виды судебно-медицинской экспертизы живых лиц? Каков порядок ее проведения? (УК-1 ПК-1 ПК-2 ПК-3 ПК-5 ПК-7 ПК-8 ПК-9 ПК-10)

ОТВЕТ: Как и при экспертизе других объектов, экспертиза живых лиц может быть первичной, дополнительной,повторной, комиссионной или единоличной.

Как и в других видах судебно-медицинской экспертизы, она проводится по постановлению следователя или лица, производящего дознание, по определению суда. Однако часто проводится исследование или, как его неточно называют, освидетельствование (которое является следственным действием), для чего достаточно письменного направительного отношения указанных выше лиц. В последнее время оно проводится даже и без направления в порядке частного обвинения. Свидетельствуемый обязан пред ставить документ, удостоверяющий личность, при освидетельствовании детей рекомендовано присутствие педагога и родителей. Согласно УПК при проведении экспертизы или освидетельствования может присутствовать следователь, за исключением лиц другого пола при их обнажении, когда требуется их согласие.

4. ВОПРОС Какова методика проведения экспертизы живых лиц? (УК-1 ПК-1 ПК-2 ПК-3 ПК-5 ПК-7 ПК-8 ПК-9 ПК-10)

ОТВЕТ: Методика экспертизы предусматривает следующий план и последовательность работы:

Ознакомление с направительными, личными, а иногда медицинскими документами (история болезни, амбулаторная карта, рентгенограммы и пр.).

Опрос свидетельствуемого (собирание анамнеза) об обстоятельствах дела, жалобах, что требует определенных деонтологических навыков и соблюдения медицинской этики в зависимости от повода, приема, обстоятельств дела и особенностей пациента.

Осмотр одежды, изучение ее особенностей.

Осмотр и описание антропометрических данных, половой сферы, повреждений, других особенностей проводится по определенным правилам.

Дополнительные исследования (рентгеновское, фотографическое, стереомикроскопичес-кое,химическое и др.), а также консультации специалистов.

Составление выводов.

5. ВОПРОС В чем особенности медицинской этики и деонтологии врача при амбулаторном судебно-медицинском приеме? (УК-1 ПК-1 ПК-2 ПК-3 ПК-5 ПК-7 ПК-8 ПК-9 ПК-10)

ОТВЕТ: Следует особо подчеркнуть, что амбулаторный прием, и особенно беседа с пострадавшим, требует тщательного соблюдения норм медицинской этики. Судебно-медицинскимидеонтологи-ческими аспектами здесь выступают такие нормы, как чуткость, внимательность и тактичность по отношению к любому лицу, независимо от существа дела. Недопустимо выражать отношение к личности свидетельствуемого в зависимости от тех или иных обстоятельств получения повреждений. Явившийся на прием уже перенес моральную и физическую травму, он ожидает сострадания к себе и видит в судебно-медицинском эксперте не только врача, но и лицо, действующее в соответствии с законом в интересах правосудия. Особенно внимательного отношения требуют дети. Эксперт обязан соблюдать врачебную тайну, тем более, что это согласуется с требованием закона. Статья 310 Уголовного кодекса РФ предусматривает наказание за разглашение данных предварительного следствия.

Обстоятельства нанесения повреждений, рассказанные пострадавшим в ходе беседы с экспертом, кратко приводятся в акте с указанием: «со слов свидетельствуемого». Сюда же могут быть внесены сведения, полученные от других лиц: следователя, родственников или сопровождающих.

Целесообразно заметить, что врач-эксперт не должен наводящими вопросами подсказывать свидетельствуемому характер жалоб. Нельзя, например, формулировать вопрос: «Нет ли у Вас головной боли? Не теряли ли Вы сознания?» Это может нередко вызвать положительный, но необоснованный ответ из желания «усилить» заключение. Поэтому лучше всего спросить: «Что Вас беспокоит?»

6. ВОПРОС Какие судебно-мединские документы предусмотрены при экспертизе и освидетельствойании живых лиц, порядок и особенности их составления? (УК-1 ПК-1 ПК-2 ПК-3 ПК-5 ПК-7 ПК-8 ПК-9 ПК-10)

ОТВЕТ: В ходе судебно-медицинского амбулаторного приема составляется «Акт судебно-медицинского освидетельствования» или «Заключение эксперта». По структуре эти документы сходны и состоят из введения, описательной части и выводов. Обычно используются стандартные бланки, рекомендованные Главным судебно-медицинским экспертом МЗ РФ.

«Акт судебно-медицинского освидетельствования» или «Заключение эксперта» печатаются в двух экземплярах. Первый экземпляр с подписью эксперта и печатью направляется лицу, назначившему экспертизу или освидетельствование, а второй хранится в архиве экспертного учреждения. В тексте акта (заключения) недопустимы помарки и исправления, не используются латинские или греческие специальные термины. Выводы должны быть написаны понятным медицинским языком без использования специальной медицинской терминологии.

7. ВОПРОС Можно ли сразу после проведения экспертизы или освидетельствования получить заключение (акт)? (УК-1 ПК-1 ПК-2 ПК-3 ПК-5 ПК-7 ПК-8 ПК-9 ПК-10)

ОТВЕТ: Только иногда после осмотра пострадавшего и описания повреждений сразу может быть сформулировано заключение. В других случаях, когда исход повреждений нс определился или возникла необходимость в получении медицинских документов, либо пострадавший нуждается в консультации специалиста (невропатолога, окулиста и т. д.), составление заключения откладывается до получения необходимых документов из лечебного учреждения или данных консультаций специалиста. Органы здравоохранения обязаны оказывать всемерное содействие судебно-медици неким экспертам в предоставлении медицинскихдокументов, производстве анализов, проведении консультаций.

Составление предварительных выводов о тяжести вреда здоровью недопустимо.

В ходе освидетельствования пострадавшего эксперт может давать ему чисто врачебные советы, рекомендовать обратиться к соответствующему специалисту либо направить свидетельствуемого на лечение. После повторной явки на прием

недостающие сведения вносятся в заключение (акт) и составляются выводы (заключение).

**4.Самоконтроль по тестовым заданиям данной темы**

1. УГОЛОВНАЯ ОТВЕТСТВЕННОСТЬ ЗА ПРИЧИНЕНИЕ ВРЕДА ЗДОРОВЬЮ ПРЕДУСМОТРЕНА (ПК-5):

1) Уголовно-процессуальным Кодексом

2) Уголовным Кодексом

3) Гражданским Кодексом

4) Гражданско-процессуальным Кодексом

5) Семейным Кодексом.

Правильный ответ: 2

1. УГОЛОВНАЯ ОТВЕТСТВЕННОСТЬ ЗА ПРИЧИНЕНИЕ ТЯЖКОГО ВРЕДА ЗДОРОВЬЮ ПРЕДУСМОТРЕНА СТ.УК РФ(ПК-5):

1) 108

2) 109

3) 111

4) 125

5) 115

Правильный ответ: 3

1. УГОЛОВНАЯ ОТВЕТСТВЕННОСТЬ ЗА ПРИЧИНЕНИЕ СРЕДНЕЙ ТЯЖЕСТИ ВРЕДА ЗДОРОВЬЮ ПРЕДУСМОТРЕНА СТ. УК РФ(ПК-5):

1) 109

2) 120

3) 122

4) 112

5) 111

Правильный ответ: 4

1. УГОЛОВНАЯ ОТВЕТСТВЕННОСТЬ ЗА ПРИЧИНЕНИЕ ЛЕГКОГО ВРЕДА ЗДОРОВЬЮ ПРЕДУСМОТРЕНА СТ. УК РФ(ПК-5):

1) 112

2) 118

3) 121

4) 122

5) 115

Правильный ответ: 5

1. УГОЛОВНАЯ ОТВЕТСТВЕННОСТЬ ЗА ПРИЧИНЕНИЕ ПОБОЕВ ПРЕДУСМОТРЕНА СТ. УК РФ(ПК-5):

1) 105

2) 106

3) 107

4) 111

5) 116

Правильный ответ: 5

1. КВАЛИФИЦИРУЮЩИМ ПРИЗНАКОМ ТЯЖЕСТИ ВРЕДА ЗДОРОВЬЮ, В ЧАСТНОСТИ, ЯВЛЯЕТСЯ(ПК-5):

1) нарушение девственной плевы

2) значительная стойкая утрата общей трудоспособности, не менее, чем на 1/3

3) длительность расстройства здоровья свыше 120 дней

4) заражение венерическим заболеванием

5) изнасилование

Правильный ответ: 2

1. ТЯЖКИЙ ВРЕД ЗДОРОВЬЮ КВАЛИФИЦИРУЕТСЯ, В ЧАСТНОСТИ, СЛЕДУЮЩИМ ПРИЗНАКОМ(ПК-5):

1) значительная стойкая утрата общей трудоспособности менее, чем на 1/3 – стойкая утрата общей трудоспособности от 10 до 30 % включительно

2) полная утрата профессиональной трудоспособности

3) временное нарушение функций органов и (или) систем (временная нетрудоспособность) продолжительностью свыше трех недель (более 21 дня)

4) незначительная стойкая утрата общей трудоспособности – стойкая утрата общей трудоспособности менее 10 %

5) временное нарушение функций органов и (или) систем (временная нетрудоспособность) продолжительностью до трех недель (до 21 дня включительно) – кратковременное расстройство здоровья

Правильный ответ: 2

1. ДЛЯ УСТАНОВЛЕНИЯ ТЯЖЕСТИ ВРЕДА ЗДОРОВЬЮ ДОСТАТОЧНО КВАЛИФИЦИРУЮЩИХ ПРИЗНАКОВ(ПК-5):

1) одного

2) двух

3) трех

4) четырех

5) пяти

Правильный ответ: 1

1. К ОСОБОМУ СПОСОБУ ПРИЧИНЕНИЯ ВРЕДА ЗДОРОВЬЮ ОТНОСИТСЯ(ПК-5):

1) побои

2) мучения

3) изнасилование

4) расчленение

5) развратные действия сексуального характера

Правильный ответ: 2

1. КРОВОПОДТЕКИ, ССАДИНЫ, ПОВЕРХНОСТНЫЕ РАНЫ КАК ВРЕД ЗДОРОВЬЮ ЧЕЛОВЕКА(ПК-5):

1) расцениваются, как повреждения, не причинившие вред здоровью человека

2) расцениваются, как причинившие легкий вред здоровью человека

3) расцениваются по указанию следователя

4) расцениваются в некоторых случаях

5) расцениваются при наличии соответствующего вопроса в постановлении

Правильный ответ: 1

**5. Самоконтроль по ситуационным задачам**

**Задача № 1.** (УК-1 ПК-1 ПК-2 ПК-3 ПК-5 ПК-7 ПК-8 ПК-9 ПК-10)

**ОБСТОЯТЕЛЬСТВА ДЕЛА:** свидетельствуемый рассказал, что 16.12.2012г около 17 часов в помещении гаража в районе ст. Путепровод гр. К и гр. Ш сбили с ног на бетонный пол, пинали по голове, рукам, туловищу, ногам. Сознание не терял. За медицинской помощью не обращался.

**ЖАЛОБЫ:** на головную боль, головокружение, боль в местах ударов.

**ОБЪЕКТИВНО:** в лобно-теменной области слева на границе волосистой части головы косо- горизонтальная царапина под розовой корочкой на уровне кожи, длиной 3,0см. В области верхнего века слева полосовидной формы горизонтальный бурого цвета кровоподтек 4,5х0,8см. На внутренней поверхности левого бедра в нижней трети бледно-синюшный кровоподтек 4,0х4,0см. Других повреждений не предъявлено.

**Вопросы:**

1. Телесные повреждения?
2. Степень тяжести вреда причиненного здоровью человека?
3. Механизм повреждения?
4. Давность нанесения травмы?
5. Обстоятельства нанесения травмы?

Эталон:

* 1. Обнаружены повреждения: царапина на голове, кровоподтеки на лице, левой ноге.
  2. Повреждения не влекут за собой кратковременного расстройства здоровья или незначительной стойкой утраты общей трудоспособности и, согласно пункту 9 раздела II приказа МЗ и СР РФ №194н от 24.04.2008г, расцениваются как повреждения, не причинившие вред здоровью человека.
  3. Кровоподтеки могли возникнуть от воздействия тупого твердого предмета (предметов), царапина от воздействия твердого предмета (предметов) с ограниченной контактирующей поверхностью
  4. Давностью до одних суток ко времени проведения обследования.
  5. При любых обстоятельствах.

**Задача № 2**(УК-1 ПК-1 ПК-2 ПК-3 ПК-5 ПК-7 ПК-8 ПК-9 ПК-10)

**ОБСТОЯТЕЛЬСТВА ДЕЛА:** в постановлении указано, что «21.11.2012г. ОД ОП №0 МУ МВД России «К…..» возбуждено уголовное дело о совершении преступления предусмотренного ч.1 ст. 116 УК РФ. В ходе дознания было установлено, что 11.11.2012 года около 17 часов 40 по ул. Мира, 000 г. К….. н/у лицо умышленно причинило телесные повреждения гр. Ю., 1988 г.р. квалифицирующиеся как побои. Прошу провести экспертизу без участия гр. Ю., так как последний для проведения экспертизы, явиться не может. …»

20 ноября 2012 года в помещении ККБСМЭ было проведено медицинское обследование гр. Ю. - Акт медицинского обследования живого лица, где приведены данные обстоятельств дела, объективного обследования: «ОБСТОЯТЕЛЬСТВА ДЕЛА - свидетельствуемый рассказал, что 11 ноября 2012 года около 18 часов в помещении кинозала, а затем в холле ТРК избит двумя незнакомыми мужчинами, один из них бил кулаком по лицу спереди в область подбородка, второй мужчина бил своей головой ударил по лицу в область подбородка, а затем кулаком в область нижней челюсти слева. Сознание не терял. За медицинской помощью обращался в ГКБ, где были наложены шины на зубы верхней и нижней челюсти. ЖАЛОБЫ - на боль в области подбородка и нижней челюсти слева. ОБЪЕКТИВНО - в подбородочной области чуть правее срединной линии багрово-зеленовато-желтоватый кровоподтек, 4,0х3,0см. На зубы верхней и нижней челюсти наложены шины Тигерштедта. Других повреждений не предъявлено».

Представлена медицинская карта стационарного больного из ГКБСМП на имя гр. Ю, 1988 г.р., согласно которой поступил 11 ноября 2012 года в 22:35 с жалобами на болезненную припухлость мягких тканей в области нижней челюсти слева, недомогание, слабость, затрудненный прием пищи. Из анамнеза заболевания: травма 10 ноября 2012 года избит неизвестным. Сознание не терял. Выпивал. 11 ноября 2012 года обратился в ГКБ госпитализирован в отделение челюстно-лицевой хирургии. **Объективно:** состояние средней степени тяжести. Сознание ясное. Положение активное. Видимые кожные покровы, слизистые бледно-розовые, умеренно влажности, чистые. Костно-мышечная система без видимой патологии. Дыхание через нос не затруднено. Пульс 75 в минут. АД 120/80 мм рт.ст. локально: конфигурация лица нарушена за счет отека, гематомы мягких тканей в левой щечной области. Кожные покровы над ними не напряжены, в складу собираются, при пальпации резкая болезненность. Открывание рта затруднено, болезненно до 2,0см. симптом нагрузки на нижнюю челюсть положительный. При бимануальном исследовании нижней челюсти определяется патологическая подвижность отломков в области мыщелка слева, подбородочного отдела слева. В полости рта слизистая в области подбородка нарушена, отечна. Диагноз: двойной перлом нижней челюсти: мыщелковый слева, оскольчатый подбородочного отдела «слева» со смещением. Операция: шинирование челюстей: под двусторонней проводниковой анестезией на зубы верхней и нижней челюстей наложены назубные шины Тигерштедта. Ручная репозиция костных отломков, прикус фиксирован резиновой тягой. Постоперационный диагноз: двойной перелом нижней челюсти: мыщелковый слева, оскольчатый подбородочного отдела «слева» со смещением. 11 ноября рентгенография №26187

обзорная нижней челюсти + оба бока + рентгенконтроль – определяется двухсторонний перелом нижней челюсти слева – мыщелковый без смещения; справа - в подбородочной области оскольчатый перелом со смещением костных фрагментов. Контроль шинирования – перелом сопоставлен. Смещение сохраняется. В дальнейшем послеоперационный период протекал без осложнений. 19 ноября 2012 года выписан на долечивание в поликлинику по месту жительства с диагнозом: двухсторонний перелом нижней челюсти: левого мыщелкового отростка, оскольчатый подбородочного отдела.

Представлена медицинская карта стоматологического больного из СП на имя гр. Ю., согласно которой находился на лечении с 20 ноября 2012 года по 17 декабря 2012 года с диагнозом: двухсторонний перелом нижней челюсти: левого мыщелкового отростка, оскольчатый подбородочного отдела.

Представлены рентгеновские снимки нижней челюсти от 11 ноября 2012 года, от 12 ноября 2012 года на имя гр. Ю., описание которых приведено выше, рентгенкартина соответствует описанию.

Представлена ортопантомограмма от 12 ноября 2012 года на имя гр. Ю.

Вопросы:

1. Телесные повреждения?

1. Степень тяжести вреда причиненного здоровью человека?
2. Механизм повреждения?
3. Давность нанесения травмы?
4. Обстоятельства нанесения травмы?

Эталон:

1. Согласно медицинским документам при обращении за медицинской помощью 11 ноября 2012 года у гр. Ю. имелась закрытая лицевая травма, представленная двухсторонним переломом нижней челюсти: левого мыщелкового отростка, оскольчатый подбородочного отдела справа.

2. Данная лицевая травма повлекла временную нетрудоспособность продолжительностью более 21 дня, что согласно п.7.1 приказа МЗиСР РФ 194н от 24.04.2008г. отнесено к критерию, характеризующему квалифицирующий признак длительного расстройства здоровья. По указанному признаку, согласно правилам «Определения тяжести вреда, причиненного здоровью человека» (постановление правительства РФ №522 от 17.08.2007г.) квалифицируется, как вред здоровью СРЕДНЕЙ тяжести.

3. Могла возникнуть от воздействия тупого твердого предмета (предметов).

4. Соответствует обстоятельствам дела.

5. При любых обстоятельствах.

**Задача № 3**(УК-1 ПК-1 ПК-2 ПК-3 ПК-5 ПК-7 ПК-8 ПК-9 ПК-10)

**ОБСТОЯТЕЛЬСТВА ДЕЛА:** в постановлении указано, что «13.08.2012года примерно в 20:05 в районе дома №113 по пр. К. рабочий, где водитель гр. В. управлял мопедом Соник, произошло столкновение с а/м Тойота Камри под управлением гр. Н. с последующим столкновением с автобусом Хайгер, под управлением гр. И. В результате ДТП гр. В. получил телесные повреждения».

Медицинские документы представлены в упакованном и опечатанном виде.

Представлена медицинская карта стационарного больного из ГКБ на имя гр. В., 1979 года рождения, согласно записям которой 13 августа 2012года в 21:10 поступил с жалобами на боли в животе, тошноту, слабость, общее недомогание. Со слов – 13 августа 2012года в 19:40 передвигался на мопеде, сбит автобусом. Состояние средней степени тяжести, в сознании, адекватен. Положение на каталке. Видимой патологии опорно – двигательного аппарата нет. Грудная клетка симметричная. Дыхание жесткое, проводится по всем легочным полям. Частота дыхательных движений 22 в минуту. Тоны сердца ясные, ритмичные. Пульс 80 в минуту. АД 130/80 мм рт. ст. Локально – язык чистый, влажный. Живот обычной формы, не вздут, симметричен, ограничено участвует в акте дыхания. Симптомов раздражения брюшины нет. Селезенка, почки, желчный пузырь не пальпируются. Притупление в отлогих местах брюшной полости нет. Перистальтика удовлетворительная. Газы отходят. На УЗИ органов брюшной полости- в нижнем полюсе селезенки диффузно неоднородные структуры 59х71мм. Капсула в этой области прослеживается фрагментарно. Наличие жидкости рядом с нижним полюсом 22х7мм. Рядом гипоэхогенное округлое образование размером 24х20х24мм. ЭХО признаки разрыва селезенки. Диагноз: сочетанная автодорожная травма, ушиб грудной клетки слева. Тупая травма живота, разрыв селезенки. 13 августа 2012года 23:45 операция – лапаротомия. Ревизия брюшной полости. Спленэктомия. Санация, дренирование брюшной полости. В условиях операционной после обработки рук хирурга и операционного поля под наркозом выполнена срединная лапаротомия. При ревизии брюшной полости в левом и правом боковых каналах, в левом поддиафрагмальном пространстве, в полости малого таза обнаружено 150мл жидкой крови со сгустками, без запаха. При осмотре селезенки обнаружен разрыв по диафрагмальной поверхности в верхней доле 3х2см, рана умеренно кровоточит. Выполнена спленэктомия с перевязкой и прошиванием селезеночной артерии и вены. Других повреждений не обнаружено. Брюшная полость дренирована в левом подреберье. Операционная рана ушита через все слои. Макропрепарат: селезенка. Разрыв звездчатой формы, по диафрагмальной поверхности в верхней доле 7х2см. Диагноз: сочетанная автодорожная травма, ушиб грудной клетки слева. Тупая травма живота. Разрыв селезенки, гемоперитонеум. Микроскопическое исследование селезенки – селезенка размерами 15х10х6см с разрывом в области ворот длиной 5см с массивными свертками крови. Микроскопически фрагменты ткани селезенки не равномерного кровенаполнения с обширными кровоизлияниями с формированием смешенных свертков крови. 15 августа 2012года состояние удовлетворительное. Боль в области послеоперационной раны не значительная. В соматическом статусе стабильно. АД 130/80 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Симптомов раздражения брюшины нет. Локально – повязка умерено промокла геморрагическим отделяемым, рана без признаков воспаления. 23 августа 2012года состояние удовлетворительное, боль в области послеоперационной раны не значительная. В соматическом статусе стабильно. АД 120/80 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Симптомов раздражения брюшины нет. Локально – повязка сухая, рана без признаков воспаления. 25 августа 2012года состояние нормализовалось, боли нет. Живот мягкий, безболезненный. Симптомов раздражения брюшины нет. Швы сняты. Заживление первичным натяжением. Больной выписывается на амбулаторное долечивание с диагнозом: сочетанная травма: ушиб грудной клетки, тупая травма живота. Разрыв селезенки, гемоперитонеум. Других записей нет.

Представлены рентгенограммы грудной клетки №288 от 17 августа 2012года, №942 от 13 августа 2012года на его имя, с описанием представленным выше.

**Вопросы:**

1. Телесные повреждения?
2. Степень тяжести вреда причиненного здоровью человека?
3. Механизм повреждения?
4. Давность нанесения травмы?
5. Обстоятельства нанесения травмы?

Эталон:

1. У гр. В. при обращении за медицинской помощью в результате события 13 августа 2012года имелась сочетанная травма тела, представленная закрытой травмой живота в виде разрыва селезенки в области ворот; ушибом грудной клетки слева.

2. Данная травма согласно приказу МЗиСР РФ №194н от 24.04.2008 года п.6.1.16 отнесена к критерию, характеризующему квалифицирующий признак вреда, опасного для жизни человека. По указанному признаку, согласно правилам «Определения тяжести вреда, причиненного здоровью человека» (постановление Правительства РФ №522 от 17.08.2007 года) квалифицируется как ТЯЖКИЙ вред здоровью.

3. Указанные повреждения могли возникнуть от воздействия твердого тупого предмета (предметов) или при ударе о таковой (таковые).

4. Соответствует обстоятельствам дела.

5.Данная травма могла возникнуть при ударе выступающих частей двигающихся автотранспортных средств.

**Задача № 4** (УК-1 ПК-1 ПК-2 ПК-3 ПК-5 ПК-7 ПК-8 ПК-9 ПК-10)

**ОБСТОЯТЕЛЬСТВА ДЕЛА:** в определении указано, что «…материал по факту дорожно-транспортного происшествия имевшего место 27.09.2012г в 18 часов 40 минут в районе д. 00 по ул. Мира. Водитель гр. А., управляя а/м Лада Калина…допустил наезд на пешехода гр. М., пересекавшего проезжую часть справа налево по ходу движения а/м. В результате ДТП пешеход гр. М. получил телесные повреждения…».

Представлена медицинская карта стационарного больного из ГКБ №7 на имя гр. М. 1965 г.р., согласно которой поступил по скорой помощи 27.09.2012г в 19.10 часов с жалобами на резкую боль в левой голени, левом плече, усиливающиеся при малейшем движении, невозможность встать на ногу, выполнять движения левой рукой. Травма автодорожная 27.09.2012г около 18.30 часов был сбит а/м Лада Карина по адресу ул. Мира, 00. В результате травмы почувствовал резкую боль в левой ноге, левой руке… Состояние средней степени тяжести, сознание спутанное, положение вынужденное на спине, в пространстве, времени, личности ориентируется с трудом. Изо- рта выраженный запах алкоголя. Речь не связанная, не осмысленная. На вопросы отвечает односложно. Сложения астеничного. Зрачки равные. Горизонтальный установочный нистагм. Кожные покровы бледно-розовые, полнокровные, теплые, влажные. Частота дыхательных движений 16 в минуту. Пульс 88 в минуту. Артериальное давление 115/80 мм рт ст… Локально: больной лежит на каталке, в области нижней трети левой голени видимая деформация, ротация стопы кнаружи, при пальпации патологическая подвижность, крепитация костных отломков. Активные движения не выполняются, пассивные возможны, болезненны. Опора на левую нижнюю конечность и самостоятельные движения не возможны. В области левого плечевого сустава деформация, отек, пальпация болезненна, определяется крепитация костных отломков. Функция конечности нарушена. Проведана рентгенография левого плеча, черепа, левой голени – отмечается перелом хирургической шейки левой плечевой кости с захождением костных фрагментов по длине, винтообразный перелом нижней трети левой большеберцовой кости, верхней трети малоберцовой кости, стояние костных фрагментов удовлетворительное. Со стороны костей свода черепа - без патологии (рентгенограммы (без номера) от 27.09.2012г левой голени в двух проекциях, костей черепа в двух проекциях, левого плеча и плечевого сустава в прямой проекции представлены, соответствуют описанию). Диагноз: сочетанная автодорожная травма: закрытая черепно- мозговая травма, сотрясение головного мозга? Оскольчатый перелом хирургической шейки левого плеча со смещением костных фрагментов. Винтообразный перелом нижней трети большеберцовой кости со смещением костных фрагментов. Перелом верхней трети малоберцовой кости с удовлетворительным стоянием костных фрагментов. Множественные ссадины волосистой части головы. Под местной анестезией проведена блокада мест переломов, проведена спица Киршнера за бугор левой пяточной кости, смонтировано скелетное вытяжение с грузом по оси 8,0кг, проведена спица Киршнера через локтевой отросток, смонтировано скелетное вытяжение с грузом по оси 5,0кг. После спадания отеков, купирования острого болевого синдрома и стабилизации психосоматического статуса, 09.10.2012г выполнены операции: открытая репозиция, остеосинтез левой голени дистальной медиальной пластиной с угловой стабильностью, остеосинтез перелома левого плеча интрамедуллярным блокирующим стрежнем ДиСи. Послеоперационный период протекал в соответствии с тяжестью и сроками проведенной операции. 10.10.2012г контрольная рентгенограмма левой голени, левого плеча – винтообразный оскольчатый перелом нижней трети большеберцовой кости с удовлетворительным стоянием костных фрагментов, ось сохранена, накостный остеосинтез. Левый плечевой сустав, плечо – оскольчатый перелом хирургической шейки плечевой кости с удовлетворительным стоянием костных фрагментов, остеосинтез стержнем (рентгенограммы не представлены). 19.10.2012г выписан из стационара с рекомендациями. Диагноз при выписке: множественная автодорожная травма: перелом хирургической шейки левого плеча со смещением отломков. Винтообразный оскольчатый перелом нижней трети левой голени со смещением отломков. Имеется анализ крови на содержание алкоголя от 27.09.2012г в 19.15 часов – концентрация алкоголя крови 1 промилле. Других существенных записей не имеется.

Представленные медицинские документы упакованы и опечатаны.

**Вопросы:**

1. Телесные повреждения?
2. Степень тяжести вреда причиненного здоровью человека?
3. Механизм повреждения?
4. Давность нанесения травмы?
5. Обстоятельства нанесения травмы?

Эталон:

1. У гр. М. при обращении за медицинской помощью, в результате события 27 сентября 2012г, имелся закрытый перелом хирургической шейки левой плечевой кости, закрытый перелом диафиза большеберцовой кости, подтвержденные объективными рентгенологическими данными, протоколами операций от 09 октября 2012г.

2. Закрытый перелом диафиза большеберцовой кости, закрытый перелом хирургической шейки левой плечевой кости, согласно пунктам 6.11.1., 6.11.6 раздела II приказа МЗ и СР РФ 194н от 24.04.2008г, отнесены к категории характеризующей квалифицирующий признак значительной стойкой утраты трудоспособности не менее чем на 1/3, независимо от исхода и оказания (неоказания) медицинской помощи. По указанному признаку, согласно правилам «Определения тяжести вреда, причиненного здоровью человека» (постановление правительства РФ №522 от 17.08.2007г), квалифицируются как ТЯЖКИЙ вред здоровью.

3. Могли возникнуть от воздействия твердого тупого предмета (предметов) или при ударе о таковой (таковые).

4. Соответствует обстоятельствам дела.

5.Данная травма могла возникнуть, при ударе выступающими частями движущегося автотранспортного средства с последующим падением на твердую поверхность при ДТП.

**Задача № 5**(УК-1 ПК-1 ПК-2 ПК-3 ПК-5 ПК-7 ПК-8 ПК-9 ПК-10)

**ОБСТОЯТЕЛЬСТВА ДЕЛА:** в определении указано, что «…материал по факту дорожно-транспортного происшествия, имевшего место 01.11.2011г в районе дома №00 ул. Мира, где произошел наезд а/м на пешехода П….».

Представлена медицинская карта стационарного больного из ГКБ №7 на имя гр. П. 1948 г.р., согласно которой поступила 01.11.2011г в 08.00 часов с жалобами на боли, отек, деформацию в области верхней трети левой голени, усиливающиеся при малейшем движении, невозможность встать на ногу. Травма автодорожная, бытовая, была сбита на пешеходном переходе легковым а/м по ул. Мира… Состояние средней степени тяжести, сознание ясное, положение вынужденное, в пространстве, времени, личности ориентируется. Частота дыхательных движений 18 в минуту. Пульс 80 в минуту. Сердечные тоны приглушены, ритмичные. Артериальное давление 110/70 мм рт ст. Локально: больная лежит на каталке, левая голень иммобилизирована шинами Крамера, по снятию последних в области верхней трети левой голени отмечается выраженный отек, подкожный кровоподтек, видимая на глаз деформация, укорочение конечности. Осевая нагрузка резко болезненна. Активные движения не выполняются. Пассивные возможны, резко болезненны. Опора и самостоятельное передвижение не возможны. При пальпации отмечается резкая болезненность, патологическая подвижность, крепитация костных отломков. Чувствительность и движения пальцев правой стопы не нарушены. Рентгенограмма левого коленного сустава в двух проекциях… перелом левой малоберцовой кости со смещением костных фрагментов. Поперечно-зубчатый перелом верхней трети левой большеберцовой кости со смещением костных фрагментов, ось нарушена (рентгенограммы левого коленного сустава в двух проекциях (без номера) от 01.11.2011г представлены, соответствуют описанию). 02.11.2011г больная выписывается в удовлетворительном состоянии для лечения в ККБ №1. Рекомендовано оперативное лечение. Других записей не имеется.

Представлена медицинская карта стационарного больного из ККБ на имя гр. П. 1948 г.р., согласно которой поступила 02.11.2011г в 13.31 часов с жалобами на боли, деформацию верхней трети левой голени. Автодорожная травма 01.11.2011г около 08 часов, сбита легковым а/м. Состояние удовлетворительное. Сознание ясное, адекватна, контактна. Зрачки равные, реакция на свет прямая, содружественная… Локально: в верхней трети левой голени отмечается гематома, по внутренней поверхности боли, крепитация. Пульсация не нарушена. Диагноз: поперчено-зубчатый перелом верхней трети большеберцовой кости, верхней трети малоберцовой кости. После предоперационной подготовки 11.11.2011г операция - закрытая репозиция, остеосинтез левой большеберцовой кости блокирующим стержнем. Послеоперационный период протекал гладко 21.11.2011г выписывается с рекомендациями. Диагноз при выписке: поперчено-зубчатый перелом обеих костей верхней трети левой голени со смещением. Других существенных записей не имеется.

Представлены рентгенограммы левого коленного сустава, левой голени от 19.02.2012г, № 2196-97 левого голеностопного сустава от 19.03.2012г, №1511 от 11.11.2011г левой голени в двух проекциях на её имя.

Представленные медицинские документы упакованы и опечатаны.

**Вопросы:**

1. Телесные повреждения?
2. Степень тяжести вреда причиненного здоровью человека?
3. Механизм повреждения?
4. Давность нанесения травмы?

5. Состояние алкогольного опьянения?

Эталон:

1. У гр. П. при обращении за медицинской помощью, в результате события 01 ноября 2011г, имелся закрытый перелом левой большеберцовой кости в верхней трети и отрывной перелом верхней трети малоберцовой кости, подтвержденный объективными рентгенологическими данными, протоколом операции от 11 ноября 2011г.

2. Закрытый перелом диафиза большеберцовой кости, согласно пункту 6.11.8. раздела II приказа МЗ и СР РФ 194н от 24.04.2008г, отнесено к категории характеризующей квалифицирующий признак значительной стойкой утраты трудоспособности не менее чем на 1/3, независимо от исхода и оказания (неоказания) медицинской помощи. По указанному признаку, согласно правилам «Определения тяжести вреда, причиненного здоровью человека» (постановление правительства РФ №522 от 17.08.2007г), квалифицируется как ТЯЖКИЙ вред здоровью.

3. Поперечный перелом большеберцовой кости в верхней трети и отрывной перелом малоберцовой кости мог возникнуть от прямого воздействия тупого твердого предмета (предметов) при фиксированной стопе.

4. Соответствует обстоятельствам дела.

5. В представленных медицинских документах каких-либо сведений о наличии у пострадавшей алкогольного либо иного опьянения не имеется.

**6. Перечень практических умений по изучаемой теме**

(УК-1, УК-2, УК-3, ПК-5, ПК-6, ПК-10);

-применять на практике основы законодательства РФ о здравоохранении и директивные документы, определяющие деятельность органов и учреждений здравоохранения;

-оформлять типовые формы медицинской документации для бюро судебно-медицинской экспертизы;

**7. Рекомендации по выполнению НИР**

Примерная тематика по НИР по теме - не предусмотрена.

**8. Рекомендованная литература по теме занятия (обязательная, дополнительная, электронные ресурсы, включая законодательные и нормативно-правовые документы)**

**Занятие № 59**

**2. Форма организации занятия:** подготовка к практическому занятию.

**3. Перечень вопросов для самоподготовки по теме практического занятия:**

1. ВОПРОС По каким поводам назначается экспертиза живых лиц? (УК-1 ПК-1 ПК-2 ПК-3 ПК-5 ПК-7 ПК-8 ПК-9 ПК-10)

ОТВЕТ: В правовой практике возникают разнообразные вопросы, касающиеся преступлений против жизни, здоровья, чести, достоинства, половой lie-прикосновенности и свободы личности. В связи с этим экспертиза (исследование) живых лиц проводится по разным поводам в процессе расследования или судебного разбирательства уголовных или гражданских лиц. Сюда, прежде всего, следует отнести определение вреда здоровью и решение других вопросов (давность нанесения, орудие трав-матизации и пр.); определение размеров стойкой утраты общей и профессиональной трудоспособности; определение состояния здоровья, искусственных болезней, симуляции и аггравации; экспертизу при изнасиловании, развратных половых действиях, насильственных действиях сексуального характера; заражение венерической болезнью, СПИДом; определение некоторых половых состояний (истинного пола, производительнойспособности, беременности, бывших родов, аборта и пр.); определение возраста, тождества личности и другие вопросы; возникающие в процессе расследования или судебного разбирательства.

Вошедший в действие с 1 января 1997 года Уголовный кодекс РФ в соответствии с демократическими преобразованиями в стране, в отличие от прошлого, на первое место поставил преступления против личности. Именно с этого раздела и начинается особенная часть нового УК. Она включает прежде всего преступления против жизни, здоровья, свободы, чести и достоинства граждан, преступления против половой неприкосновенности и половой свободы личности. Расследование названных преступлений тесно связано с проведением судебно-медицинской экспертизы.

2. ВОПРОС Где проводится судебно-медпцинская экспертиза живых лиц? (УК-1 ПК-1 ПК-2 ПК-3 ПК-5 ПК-7 ПК-8 ПК-9 ПК-10)

ОТВЕТ: Экспертиза живых лиц проводится в соответствующем отделе Бюро СМЭ либо в поликлинических кабинетах судебно-медицинских отделений в городах и районах. Однако нередко она проводится в стационарах, з которых находится па лечении потерпевший. В таких случаях для консультации или участия в экспертизе при необходимости приглашаются другие специалисты (невропатолог, терапевт, травматолог, акушер-гинеколог и т. д.). Здесь же иногда по просьбе эксперта проводится рентгенологическое, эхогра-фическое, лабораторное исследование с целью уточнения диагноза. В некоторых случаях экспертиза может проводиться на дому у свидетельствуемого, когда он, ссылаясь на болезнь, не является по направлению к эксперту или по вызову к следователю в суд. В таких случаях это делается в присутствии следователя. Экспертиза может проводиться в кабинете следователя, дежурного ОВД, в камере предварительного заключения и в других местах, в которых следователь обязан создать условия эксперту для полноценной работы.

3. ВОПРОС Какие существуют виды судебно-медицинской экспертизы живых лиц? Каков порядок ее проведения? (УК-1 ПК-1 ПК-2 ПК-3 ПК-5 ПК-7 ПК-8 ПК-9 ПК-10)

ОТВЕТ: Как и при экспертизе других объектов, экспертиза живых лиц может быть первичной, дополнительной,повторной, комиссионной или единоличной.

Как и в других видах судебно-медицинской экспертизы, она проводится по постановлению следователя или лица, производящего дознание, по определению суда. Однако часто проводится исследование или, как его неточно называют, освидетельствование (которое является следственным действием), для чего достаточно письменного направительного отношения указанных выше лиц. В последнее время оно проводится даже и без направления в порядке частного обвинения. Свидетельствуемый обязан пред ставить документ, удостоверяющий личность, при освидетельствовании детей рекомендовано присутствие педагога и родителей. Согласно УПК при проведении экспертизы или освидетельствования может присутствовать следователь, за исключением лиц другого пола при их обнажении, когда требуется их согласие.

4. ВОПРОС Какова методика проведения экспертизы живых лиц? (УК-1 ПК-1 ПК-2 ПК-3 ПК-5 ПК-7 ПК-8 ПК-9 ПК-10)

ОТВЕТ: Методика экспертизы предусматривает следующий план и последовательность работы:

Ознакомление с направительными, личными, а иногда медицинскими документами (история болезни, амбулаторная карта, рентгенограммы и пр.).

Опрос свидетельствуемого (собирание анамнеза) об обстоятельствах дела, жалобах, что требует определенных деонтологических навыков и соблюдения медицинской этики в зависимости от повода, приема, обстоятельств дела и особенностей пациента.

Осмотр одежды, изучение ее особенностей.

Осмотр и описание антропометрических данных, половой сферы, повреждений, других особенностей проводится по определенным правилам.

Дополнительные исследования (рентгеновское, фотографическое, стереомикроскопичес-кое,химическое и др.), а также консультации специалистов.

Составление выводов.

5. ВОПРОС В чем особенности медицинской этики и деонтологии врача при амбулаторном судебно-медицинском приеме? (УК-1 ПК-1 ПК-2 ПК-3 ПК-5 ПК-7 ПК-8 ПК-9 ПК-10)

ОТВЕТ: Следует особо подчеркнуть, что амбулаторный прием, и особенно беседа с пострадавшим, требует тщательного соблюдения норм медицинской этики. Судебно-медицинскимидеонтологи-ческими аспектами здесь выступают такие нормы, как чуткость, внимательность и тактичность по отношению к любому лицу, независимо от существа дела. Недопустимо выражать отношение к личности свидетельствуемого в зависимости от тех или иных обстоятельств получения повреждений. Явившийся на прием уже перенес моральную и физическую травму, он ожидает сострадания к себе и видит в судебно-медицинском эксперте не только врача, но и лицо, действующее в соответствии с законом в интересах правосудия. Особенно внимательного отношения требуют дети. Эксперт обязан соблюдать врачебную тайну, тем более, что это согласуется с требованием закона. Статья 310 Уголовного кодекса РФ предусматривает наказание за разглашение данных предварительного следствия.

Обстоятельства нанесения повреждений, рассказанные пострадавшим в ходе беседы с экспертом, кратко приводятся в акте с указанием: «со слов свидетельствуемого». Сюда же могут быть внесены сведения, полученные от других лиц: следователя, родственников или сопровождающих.

Целесообразно заметить, что врач-эксперт не должен наводящими вопросами подсказывать свидетельствуемому характер жалоб. Нельзя, например, формулировать вопрос: «Нет ли у Вас головной боли? Не теряли ли Вы сознания?» Это может нередко вызвать положительный, но необоснованный ответ из желания «усилить» заключение. Поэтому лучше всего спросить: «Что Вас беспокоит?»

6. ВОПРОС Какие судебно-мединские документы предусмотрены при экспертизе и освидетельствойании живых лиц, порядок и особенности их составления? (УК-1 ПК-1 ПК-2 ПК-3 ПК-5 ПК-7 ПК-8 ПК-9 ПК-10)

ОТВЕТ: В ходе судебно-медицинского амбулаторного приема составляется «Акт судебно-медицинского освидетельствования» или «Заключение эксперта». По структуре эти документы сходны и состоят из введения, описательной части и выводов. Обычно используются стандартные бланки, рекомендованные Главным судебно-медицинским экспертом МЗ РФ.

«Акт судебно-медицинского освидетельствования» или «Заключение эксперта» печатаются в двух экземплярах. Первый экземпляр с подписью эксперта и печатью направляется лицу, назначившему экспертизу или освидетельствование, а второй хранится в архиве экспертного учреждения. В тексте акта (заключения) недопустимы помарки и исправления, не используются латинские или греческие специальные термины. Выводы должны быть написаны понятным медицинским языком без использования специальной медицинской терминологии.

7. ВОПРОС Можно ли сразу после проведения экспертизы или освидетельствования получить заключение (акт)? (УК-1 ПК-1 ПК-2 ПК-3 ПК-5 ПК-7 ПК-8 ПК-9 ПК-10)

ОТВЕТ: Только иногда после осмотра пострадавшего и описания повреждений сразу может быть сформулировано заключение. В других случаях, когда исход повреждений нс определился или возникла необходимость в получении медицинских документов, либо пострадавший нуждается в консультации специалиста (невропатолога, окулиста и т. д.), составление заключения откладывается до получения необходимых документов из лечебного учреждения или данных консультаций специалиста. Органы здравоохранения обязаны оказывать всемерное содействие судебно-медици неким экспертам в предоставлении медицинскихдокументов, производстве анализов, проведении консультаций.

Составление предварительных выводов о тяжести вреда здоровью недопустимо.

В ходе освидетельствования пострадавшего эксперт может давать ему чисто врачебные советы, рекомендовать обратиться к соответствующему специалисту либо направить свидетельствуемого на лечение. После повторной явки на прием

недостающие сведения вносятся в заключение (акт) и составляются выводы (заключение).

**4.Самоконтроль по тестовым заданиям данной темы**

1. УГОЛОВНАЯ ОТВЕТСТВЕННОСТЬ ЗА ПРИЧИНЕНИЕ ВРЕДА ЗДОРОВЬЮ ПРЕДУСМОТРЕНА (ПК-5):

1) Уголовно-процессуальным Кодексом

2) Уголовным Кодексом

3) Гражданским Кодексом

4) Гражданско-процессуальным Кодексом

5) Семейным Кодексом.

Правильный ответ: 2

1. УГОЛОВНАЯ ОТВЕТСТВЕННОСТЬ ЗА ПРИЧИНЕНИЕ ТЯЖКОГО ВРЕДА ЗДОРОВЬЮ ПРЕДУСМОТРЕНА СТ.УК РФ(ПК-5):

1) 108

2) 109

3) 111

4) 125

5) 115

Правильный ответ: 3

1. УГОЛОВНАЯ ОТВЕТСТВЕННОСТЬ ЗА ПРИЧИНЕНИЕ СРЕДНЕЙ ТЯЖЕСТИ ВРЕДА ЗДОРОВЬЮ ПРЕДУСМОТРЕНА СТ. УК РФ(ПК-5):

1) 109

2) 120

3) 122

4) 112

5) 111

Правильный ответ: 4

1. УГОЛОВНАЯ ОТВЕТСТВЕННОСТЬ ЗА ПРИЧИНЕНИЕ ЛЕГКОГО ВРЕДА ЗДОРОВЬЮ ПРЕДУСМОТРЕНА СТ. УК РФ(ПК-5):

1) 112

2) 118

3) 121

4) 122

5) 115

Правильный ответ: 5

1. УГОЛОВНАЯ ОТВЕТСТВЕННОСТЬ ЗА ПРИЧИНЕНИЕ ПОБОЕВ ПРЕДУСМОТРЕНА СТ. УК РФ(ПК-5):

1) 105

2) 106

3) 107

4) 111

5) 116

Правильный ответ: 5

1. КВАЛИФИЦИРУЮЩИМ ПРИЗНАКОМ ТЯЖЕСТИ ВРЕДА ЗДОРОВЬЮ, В ЧАСТНОСТИ, ЯВЛЯЕТСЯ(ПК-5):

1) нарушение девственной плевы

2) значительная стойкая утрата общей трудоспособности, не менее, чем на 1/3

3) длительность расстройства здоровья свыше 120 дней

4) заражение венерическим заболеванием

5) изнасилование

Правильный ответ: 2

1. ТЯЖКИЙ ВРЕД ЗДОРОВЬЮ КВАЛИФИЦИРУЕТСЯ, В ЧАСТНОСТИ, СЛЕДУЮЩИМ ПРИЗНАКОМ(ПК-5):

1) значительная стойкая утрата общей трудоспособности менее, чем на 1/3 – стойкая утрата общей трудоспособности от 10 до 30 % включительно

2) полная утрата профессиональной трудоспособности

3) временное нарушение функций органов и (или) систем (временная нетрудоспособность) продолжительностью свыше трех недель (более 21 дня)

4) незначительная стойкая утрата общей трудоспособности – стойкая утрата общей трудоспособности менее 10 %

5) временное нарушение функций органов и (или) систем (временная нетрудоспособность) продолжительностью до трех недель (до 21 дня включительно) – кратковременное расстройство здоровья

Правильный ответ: 2

1. ДЛЯ УСТАНОВЛЕНИЯ ТЯЖЕСТИ ВРЕДА ЗДОРОВЬЮ ДОСТАТОЧНО КВАЛИФИЦИРУЮЩИХ ПРИЗНАКОВ(ПК-5):

1) одного

2) двух

3) трех

4) четырех

5) пяти

Правильный ответ: 1

1. К ОСОБОМУ СПОСОБУ ПРИЧИНЕНИЯ ВРЕДА ЗДОРОВЬЮ ОТНОСИТСЯ(ПК-5):

1) побои

2) мучения

3) изнасилование

4) расчленение

5) развратные действия сексуального характера

Правильный ответ: 2

1. КРОВОПОДТЕКИ, ССАДИНЫ, ПОВЕРХНОСТНЫЕ РАНЫ КАК ВРЕД ЗДОРОВЬЮ ЧЕЛОВЕКА(ПК-5):

1) расцениваются, как повреждения, не причинившие вред здоровью человека

2) расцениваются, как причинившие легкий вред здоровью человека

3) расцениваются по указанию следователя

4) расцениваются в некоторых случаях

5) расцениваются при наличии соответствующего вопроса в постановлении

Правильный ответ: 1

**5. Самоконтроль по ситуационным задачам**

**Задача № 1.** (УК-1 ПК-1 ПК-2 ПК-3 ПК-5 ПК-7 ПК-8 ПК-9 ПК-10)

**ОБСТОЯТЕЛЬСТВА ДЕЛА:** свидетельствуемый рассказал, что 16.12.2012г около 17 часов в помещении гаража в районе ст. Путепровод гр. К и гр. Ш сбили с ног на бетонный пол, пинали по голове, рукам, туловищу, ногам. Сознание не терял. За медицинской помощью не обращался.

**ЖАЛОБЫ:** на головную боль, головокружение, боль в местах ударов.

**ОБЪЕКТИВНО:** в лобно-теменной области слева на границе волосистой части головы косо- горизонтальная царапина под розовой корочкой на уровне кожи, длиной 3,0см. В области верхнего века слева полосовидной формы горизонтальный бурого цвета кровоподтек 4,5х0,8см. На внутренней поверхности левого бедра в нижней трети бледно-синюшный кровоподтек 4,0х4,0см. Других повреждений не предъявлено.

**Вопросы:**

1. Телесные повреждения?
2. Степень тяжести вреда причиненного здоровью человека?
3. Механизм повреждения?
4. Давность нанесения травмы?
5. Обстоятельства нанесения травмы?

Эталон:

1.Обнаружены повреждения: царапина на голове, кровоподтеки на лице, левой ноге.

2.Повреждения не влекут за собой кратковременного расстройства здоровья или незначительной стойкой утраты общей трудоспособности и, согласно пункту 9 раздела II приказа МЗ и СР РФ №194н от 24.04.2008г, расцениваются как повреждения, не причинившие вред здоровью человека.

3.Кровоподтеки могли возникнуть от воздействия тупого твердого предмета (предметов), царапина от воздействия твердого предмета (предметов) с ограниченной контактирующей поверхностью

4.Давностью до одних суток ко времени проведения обследования.

5.При любых обстоятельствах.

**Задача № 2**(УК-1 ПК-1 ПК-2 ПК-3 ПК-5 ПК-7 ПК-8 ПК-9 ПК-10)

**ОБСТОЯТЕЛЬСТВА ДЕЛА:** в постановлении указано, что «21.11.2012г. ОД ОП №0 МУ МВД России «К…..» возбуждено уголовное дело о совершении преступления предусмотренного ч.1 ст. 116 УК РФ. В ходе дознания было установлено, что 11.11.2012 года около 17 часов 40 по ул. Мира, 000 г. К….. н/у лицо умышленно причинило телесные повреждения гр. Ю., 1988 г.р. квалифицирующиеся как побои. Прошу провести экспертизу без участия гр. Ю., так как последний для проведения экспертизы, явиться не может. …»

20 ноября 2012 года в помещении ККБСМЭ было проведено медицинское обследование гр. Ю. - Акт медицинского обследования живого лица, где приведены данные обстоятельств дела, объективного обследования: «ОБСТОЯТЕЛЬСТВА ДЕЛА - свидетельствуемый рассказал, что 11 ноября 2012 года около 18 часов в помещении кинозала, а затем в холле ТРК избит двумя незнакомыми мужчинами, один из них бил кулаком по лицу спереди в область подбородка, второй мужчина бил своей головой ударил по лицу в область подбородка, а затем кулаком в область нижней челюсти слева. Сознание не терял. За медицинской помощью обращался в ГКБ, где были наложены шины на зубы верхней и нижней челюсти. ЖАЛОБЫ - на боль в области подбородка и нижней челюсти слева. ОБЪЕКТИВНО - в подбородочной области чуть правее срединной линии багрово-зеленовато-желтоватый кровоподтек, 4,0х3,0см. На зубы верхней и нижней челюсти наложены шины Тигерштедта. Других повреждений не предъявлено».

Представлена медицинская карта стационарного больного из ГКБСМП на имя гр. Ю, 1988 г.р., согласно которой поступил 11 ноября 2012 года в 22:35 с жалобами на болезненную припухлость мягких тканей в области нижней челюсти слева, недомогание, слабость, затрудненный прием пищи. Из анамнеза заболевания: травма 10 ноября 2012 года избит неизвестным. Сознание не терял. Выпивал. 11 ноября 2012 года обратился в ГКБ госпитализирован в отделение челюстно-лицевой хирургии. **Объективно:** состояние средней степени тяжести. Сознание ясное. Положение активное. Видимые кожные покровы, слизистые бледно-розовые, умеренно влажности, чистые. Костно-мышечная система без видимой патологии. Дыхание через нос не затруднено. Пульс 75 в минут. АД 120/80 мм рт.ст. локально: конфигурация лица нарушена за счет отека, гематомы мягких тканей в левой щечной области. Кожные покровы над ними не напряжены, в складу собираются, при пальпации резкая болезненность. Открывание рта затруднено, болезненно до 2,0см. симптом нагрузки на нижнюю челюсть положительный. При бимануальном исследовании нижней челюсти определяется патологическая подвижность отломков в области мыщелка слева, подбородочного отдела слева. В полости рта слизистая в области подбородка нарушена, отечна. Диагноз: двойной перлом нижней челюсти: мыщелковый слева, оскольчатый подбородочного отдела «слева» со смещением. Операция: шинирование челюстей: под двусторонней проводниковой анестезией на зубы верхней и нижней челюстей наложены назубные шины Тигерштедта. Ручная репозиция костных отломков, прикус фиксирован резиновой тягой. Постоперационный диагноз: двойной перелом нижней челюсти: мыщелковый слева, оскольчатый подбородочного отдела «слева» со смещением. 11 ноября рентгенография №26187

обзорная нижней челюсти + оба бока + рентгенконтроль – определяется двухсторонний перелом нижней челюсти слева – мыщелковый без смещения; справа - в подбородочной области оскольчатый перелом со смещением костных фрагментов. Контроль шинирования – перелом сопоставлен. Смещение сохраняется. В дальнейшем послеоперационный период протекал без осложнений. 19 ноября 2012 года выписан на долечивание в поликлинику по месту жительства с диагнозом: двухсторонний перелом нижней челюсти: левого мыщелкового отростка, оскольчатый подбородочного отдела.

Представлена медицинская карта стоматологического больного из СП на имя гр. Ю., согласно которой находился на лечении с 20 ноября 2012 года по 17 декабря 2012 года с диагнозом: двухсторонний перелом нижней челюсти: левого мыщелкового отростка, оскольчатый подбородочного отдела.

Представлены рентгеновские снимки нижней челюсти от 11 ноября 2012 года, от 12 ноября 2012 года на имя гр. Ю., описание которых приведено выше, рентгенкартина соответствует описанию.

Представлена ортопантомограмма от 12 ноября 2012 года на имя гр. Ю.

Вопросы:

1. Телесные повреждения?

1. Степень тяжести вреда причиненного здоровью человека?
2. Механизм повреждения?
3. Давность нанесения травмы?
4. Обстоятельства нанесения травмы?

Эталон:

1. Согласно медицинским документам при обращении за медицинской помощью 11 ноября 2012 года у гр. Ю. имелась закрытая лицевая травма, представленная двухсторонним переломом нижней челюсти: левого мыщелкового отростка, оскольчатый подбородочного отдела справа.

2. Данная лицевая травма повлекла временную нетрудоспособность продолжительностью более 21 дня, что согласно п.7.1 приказа МЗиСР РФ 194н от 24.04.2008г. отнесено к критерию, характеризующему квалифицирующий признак длительного расстройства здоровья. По указанному признаку, согласно правилам «Определения тяжести вреда, причиненного здоровью человека» (постановление правительства РФ №522 от 17.08.2007г.) квалифицируется, как вред здоровью СРЕДНЕЙ тяжести.

3. Могла возникнуть от воздействия тупого твердого предмета (предметов).

4. Соответствует обстоятельствам дела.

5. При любых обстоятельствах.

**Задача № 3**(УК-1 ПК-1 ПК-2 ПК-3 ПК-5 ПК-7 ПК-8 ПК-9 ПК-10)

**ОБСТОЯТЕЛЬСТВА ДЕЛА:** в постановлении указано, что «13.08.2012года примерно в 20:05 в районе дома №113 по пр. К. рабочий, где водитель гр. В. управлял мопедом Соник, произошло столкновение с а/м Тойота Камри под управлением гр. Н. с последующим столкновением с автобусом Хайгер, под управлением гр. И. В результате ДТП гр. В. получил телесные повреждения».

Медицинские документы представлены в упакованном и опечатанном виде.

Представлена медицинская карта стационарного больного из ГКБ на имя гр. В., 1979 года рождения, согласно записям которой 13 августа 2012года в 21:10 поступил с жалобами на боли в животе, тошноту, слабость, общее недомогание. Со слов – 13 августа 2012года в 19:40 передвигался на мопеде, сбит автобусом. Состояние средней степени тяжести, в сознании, адекватен. Положение на каталке. Видимой патологии опорно – двигательного аппарата нет. Грудная клетка симметричная. Дыхание жесткое, проводится по всем легочным полям. Частота дыхательных движений 22 в минуту. Тоны сердца ясные, ритмичные. Пульс 80 в минуту. АД 130/80 мм рт. ст. Локально – язык чистый, влажный. Живот обычной формы, не вздут, симметричен, ограничено участвует в акте дыхания. Симптомов раздражения брюшины нет. Селезенка, почки, желчный пузырь не пальпируются. Притупление в отлогих местах брюшной полости нет. Перистальтика удовлетворительная. Газы отходят. На УЗИ органов брюшной полости- в нижнем полюсе селезенки диффузно неоднородные структуры 59х71мм. Капсула в этой области прослеживается фрагментарно. Наличие жидкости рядом с нижним полюсом 22х7мм. Рядом гипоэхогенное округлое образование размером 24х20х24мм. ЭХО признаки разрыва селезенки. Диагноз: сочетанная автодорожная травма, ушиб грудной клетки слева. Тупая травма живота, разрыв селезенки. 13 августа 2012года 23:45 операция – лапаротомия. Ревизия брюшной полости. Спленэктомия. Санация, дренирование брюшной полости. В условиях операционной после обработки рук хирурга и операционного поля под наркозом выполнена срединная лапаротомия. При ревизии брюшной полости в левом и правом боковых каналах, в левом поддиафрагмальном пространстве, в полости малого таза обнаружено 150мл жидкой крови со сгустками, без запаха. При осмотре селезенки обнаружен разрыв по диафрагмальной поверхности в верхней доле 3х2см, рана умеренно кровоточит. Выполнена спленэктомия с перевязкой и прошиванием селезеночной артерии и вены. Других повреждений не обнаружено. Брюшная полость дренирована в левом подреберье. Операционная рана ушита через все слои. Макропрепарат: селезенка. Разрыв звездчатой формы, по диафрагмальной поверхности в верхней доле 7х2см. Диагноз: сочетанная автодорожная травма, ушиб грудной клетки слева. Тупая травма живота. Разрыв селезенки, гемоперитонеум. Микроскопическое исследование селезенки – селезенка размерами 15х10х6см с разрывом в области ворот длиной 5см с массивными свертками крови. Микроскопически фрагменты ткани селезенки не равномерного кровенаполнения с обширными кровоизлияниями с формированием смешенных свертков крови. 15 августа 2012года состояние удовлетворительное. Боль в области послеоперационной раны не значительная. В соматическом статусе стабильно. АД 130/80 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Симптомов раздражения брюшины нет. Локально – повязка умерено промокла геморрагическим отделяемым, рана без признаков воспаления. 23 августа 2012года состояние удовлетворительное, боль в области послеоперационной раны не значительная. В соматическом статусе стабильно. АД 120/80 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Симптомов раздражения брюшины нет. Локально – повязка сухая, рана без признаков воспаления. 25 августа 2012года состояние нормализовалось, боли нет. Живот мягкий, безболезненный. Симптомов раздражения брюшины нет. Швы сняты. Заживление первичным натяжением. Больной выписывается на амбулаторное долечивание с диагнозом: сочетанная травма: ушиб грудной клетки, тупая травма живота. Разрыв селезенки, гемоперитонеум. Других записей нет.

Представлены рентгенограммы грудной клетки №288 от 17 августа 2012года, №942 от 13 августа 2012года на его имя, с описанием представленным выше.

**Вопросы:**

1. Телесные повреждения?
2. Степень тяжести вреда причиненного здоровью человека?
3. Механизм повреждения?
4. Давность нанесения травмы?
5. Обстоятельства нанесения травмы?

Эталон:

1. У гр. В. при обращении за медицинской помощью в результате события 13 августа 2012года имелась сочетанная травма тела, представленная закрытой травмой живота в виде разрыва селезенки в области ворот; ушибом грудной клетки слева.

2. Данная травма согласно приказу МЗиСР РФ №194н от 24.04.2008 года п.6.1.16 отнесена к критерию, характеризующему квалифицирующий признак вреда, опасного для жизни человека. По указанному признаку, согласно правилам «Определения тяжести вреда, причиненного здоровью человека» (постановление Правительства РФ №522 от 17.08.2007 года) квалифицируется как ТЯЖКИЙ вред здоровью.

3. Указанные повреждения могли возникнуть от воздействия твердого тупого предмета (предметов) или при ударе о таковой (таковые).

4. Соответствует обстоятельствам дела.

5.Данная травма могла возникнуть при ударе выступающих частей двигающихся автотранспортных средств.

**Задача № 4** (УК-1 ПК-1 ПК-2 ПК-3 ПК-5 ПК-7 ПК-8 ПК-9 ПК-10)

**ОБСТОЯТЕЛЬСТВА ДЕЛА:** в определении указано, что «…материал по факту дорожно-транспортного происшествия имевшего место 27.09.2012г в 18 часов 40 минут в районе д. 00 по ул. Мира. Водитель гр. А., управляя а/м Лада Калина…допустил наезд на пешехода гр. М., пересекавшего проезжую часть справа налево по ходу движения а/м. В результате ДТП пешеход гр. М. получил телесные повреждения…».

Представлена медицинская карта стационарного больного из ГКБ №7 на имя гр. М. 1965 г.р., согласно которой поступил по скорой помощи 27.09.2012г в 19.10 часов с жалобами на резкую боль в левой голени, левом плече, усиливающиеся при малейшем движении, невозможность встать на ногу, выполнять движения левой рукой. Травма автодорожная 27.09.2012г около 18.30 часов был сбит а/м Лада Карина по адресу ул. Мира, 00. В результате травмы почувствовал резкую боль в левой ноге, левой руке… Состояние средней степени тяжести, сознание спутанное, положение вынужденное на спине, в пространстве, времени, личности ориентируется с трудом. Изо- рта выраженный запах алкоголя. Речь не связанная, не осмысленная. На вопросы отвечает односложно. Сложения астеничного. Зрачки равные. Горизонтальный установочный нистагм. Кожные покровы бледно-розовые, полнокровные, теплые, влажные. Частота дыхательных движений 16 в минуту. Пульс 88 в минуту. Артериальное давление 115/80 мм рт ст… Локально: больной лежит на каталке, в области нижней трети левой голени видимая деформация, ротация стопы кнаружи, при пальпации патологическая подвижность, крепитация костных отломков. Активные движения не выполняются, пассивные возможны, болезненны. Опора на левую нижнюю конечность и самостоятельные движения не возможны. В области левого плечевого сустава деформация, отек, пальпация болезненна, определяется крепитация костных отломков. Функция конечности нарушена. Проведана рентгенография левого плеча, черепа, левой голени – отмечается перелом хирургической шейки левой плечевой кости с захождением костных фрагментов по длине, винтообразный перелом нижней трети левой большеберцовой кости, верхней трети малоберцовой кости, стояние костных фрагментов удовлетворительное. Со стороны костей свода черепа - без патологии (рентгенограммы (без номера) от 27.09.2012г левой голени в двух проекциях, костей черепа в двух проекциях, левого плеча и плечевого сустава в прямой проекции представлены, соответствуют описанию). Диагноз: сочетанная автодорожная травма: закрытая черепно- мозговая травма, сотрясение головного мозга? Оскольчатый перелом хирургической шейки левого плеча со смещением костных фрагментов. Винтообразный перелом нижней трети большеберцовой кости со смещением костных фрагментов. Перелом верхней трети малоберцовой кости с удовлетворительным стоянием костных фрагментов. Множественные ссадины волосистой части головы. Под местной анестезией проведена блокада мест переломов, проведена спица Киршнера за бугор левой пяточной кости, смонтировано скелетное вытяжение с грузом по оси 8,0кг, проведена спица Киршнера через локтевой отросток, смонтировано скелетное вытяжение с грузом по оси 5,0кг. После спадания отеков, купирования острого болевого синдрома и стабилизации психосоматического статуса, 09.10.2012г выполнены операции: открытая репозиция, остеосинтез левой голени дистальной медиальной пластиной с угловой стабильностью, остеосинтез перелома левого плеча интрамедуллярным блокирующим стрежнем ДиСи. Послеоперационный период протекал в соответствии с тяжестью и сроками проведенной операции. 10.10.2012г контрольная рентгенограмма левой голени, левого плеча – винтообразный оскольчатый перелом нижней трети большеберцовой кости с удовлетворительным стоянием костных фрагментов, ось сохранена, накостный остеосинтез. Левый плечевой сустав, плечо – оскольчатый перелом хирургической шейки плечевой кости с удовлетворительным стоянием костных фрагментов, остеосинтез стержнем (рентгенограммы не представлены). 19.10.2012г выписан из стационара с рекомендациями. Диагноз при выписке: множественная автодорожная травма: перелом хирургической шейки левого плеча со смещением отломков. Винтообразный оскольчатый перелом нижней трети левой голени со смещением отломков. Имеется анализ крови на содержание алкоголя от 27.09.2012г в 19.15 часов – концентрация алкоголя крови 1 промилле. Других существенных записей не имеется.

Представленные медицинские документы упакованы и опечатаны.

**Вопросы:**

1. Телесные повреждения?
2. Степень тяжести вреда причиненного здоровью человека?
3. Механизм повреждения?
4. Давность нанесения травмы?
5. Обстоятельства нанесения травмы?

Эталон:

1. У гр. М. при обращении за медицинской помощью, в результате события 27 сентября 2012г, имелся закрытый перелом хирургической шейки левой плечевой кости, закрытый перелом диафиза большеберцовой кости, подтвержденные объективными рентгенологическими данными, протоколами операций от 09 октября 2012г.

2. Закрытый перелом диафиза большеберцовой кости, закрытый перелом хирургической шейки левой плечевой кости, согласно пунктам 6.11.1., 6.11.6 раздела II приказа МЗ и СР РФ 194н от 24.04.2008г, отнесены к категории характеризующей квалифицирующий признак значительной стойкой утраты трудоспособности не менее чем на 1/3, независимо от исхода и оказания (неоказания) медицинской помощи. По указанному признаку, согласно правилам «Определения тяжести вреда, причиненного здоровью человека» (постановление правительства РФ №522 от 17.08.2007г), квалифицируются как ТЯЖКИЙ вред здоровью.

3. Могли возникнуть от воздействия твердого тупого предмета (предметов) или при ударе о таковой (таковые).

4. Соответствует обстоятельствам дела.

5.Данная травма могла возникнуть, при ударе выступающими частями движущегося автотранспортного средства с последующим падением на твердую поверхность при ДТП.

**Задача № 5(**УК-1 ПК-1 ПК-2 ПК-3 ПК-5 ПК-7 ПК-8 ПК-9 ПК-10)

**ОБСТОЯТЕЛЬСТВА ДЕЛА:** в определении указано, что «…материал по факту дорожно-транспортного происшествия, имевшего место 01.11.2011г в районе дома №00 ул. Мира, где произошел наезд а/м на пешехода П….».

Представлена медицинская карта стационарного больного из ГКБ №7 на имя гр. П. 1948 г.р., согласно которой поступила 01.11.2011г в 08.00 часов с жалобами на боли, отек, деформацию в области верхней трети левой голени, усиливающиеся при малейшем движении, невозможность встать на ногу. Травма автодорожная, бытовая, была сбита на пешеходном переходе легковым а/м по ул. Мира… Состояние средней степени тяжести, сознание ясное, положение вынужденное, в пространстве, времени, личности ориентируется. Частота дыхательных движений 18 в минуту. Пульс 80 в минуту. Сердечные тоны приглушены, ритмичные. Артериальное давление 110/70 мм рт ст. Локально: больная лежит на каталке, левая голень иммобилизирована шинами Крамера, по снятию последних в области верхней трети левой голени отмечается выраженный отек, подкожный кровоподтек, видимая на глаз деформация, укорочение конечности. Осевая нагрузка резко болезненна. Активные движения не выполняются. Пассивные возможны, резко болезненны. Опора и самостоятельное передвижение не возможны. При пальпации отмечается резкая болезненность, патологическая подвижность, крепитация костных отломков. Чувствительность и движения пальцев правой стопы не нарушены. Рентгенограмма левого коленного сустава в двух проекциях… перелом левой малоберцовой кости со смещением костных фрагментов. Поперечно-зубчатый перелом верхней трети левой большеберцовой кости со смещением костных фрагментов, ось нарушена (рентгенограммы левого коленного сустава в двух проекциях (без номера) от 01.11.2011г представлены, соответствуют описанию). 02.11.2011г больная выписывается в удовлетворительном состоянии для лечения в ККБ №1. Рекомендовано оперативное лечение. Других записей не имеется.

Представлена медицинская карта стационарного больного из ККБ на имя гр. П. 1948 г.р., согласно которой поступила 02.11.2011г в 13.31 часов с жалобами на боли, деформацию верхней трети левой голени. Автодорожная травма 01.11.2011г около 08 часов, сбита легковым а/м. Состояние удовлетворительное. Сознание ясное, адекватна, контактна. Зрачки равные, реакция на свет прямая, содружественная… Локально: в верхней трети левой голени отмечается гематома, по внутренней поверхности боли, крепитация. Пульсация не нарушена. Диагноз: поперчено-зубчатый перелом верхней трети большеберцовой кости, верхней трети малоберцовой кости. После предоперационной подготовки 11.11.2011г операция - закрытая репозиция, остеосинтез левой большеберцовой кости блокирующим стержнем. Послеоперационный период протекал гладко 21.11.2011г выписывается с рекомендациями. Диагноз при выписке: поперчено-зубчатый перелом обеих костей верхней трети левой голени со смещением. Других существенных записей не имеется.

Представлены рентгенограммы левого коленного сустава, левой голени от 19.02.2012г, № 2196-97 левого голеностопного сустава от 19.03.2012г, №1511 от 11.11.2011г левой голени в двух проекциях на её имя.

Представленные медицинские документы упакованы и опечатаны.

**Вопросы:**

1. Телесные повреждения?
2. Степень тяжести вреда причиненного здоровью человека?
3. Механизм повреждения?
4. Давность нанесения травмы?

5. Состояние алкогольного опьянения?

Эталон:

1. У гр. П. при обращении за медицинской помощью, в результате события 01 ноября 2011г, имелся закрытый перелом левой большеберцовой кости в верхней трети и отрывной перелом верхней трети малоберцовой кости, подтвержденный объективными рентгенологическими данными, протоколом операции от 11 ноября 2011г.

2. Закрытый перелом диафиза большеберцовой кости, согласно пункту 6.11.8. раздела II приказа МЗ и СР РФ 194н от 24.04.2008г, отнесено к категории характеризующей квалифицирующий признак значительной стойкой утраты трудоспособности не менее чем на 1/3, независимо от исхода и оказания (неоказания) медицинской помощи. По указанному признаку, согласно правилам «Определения тяжести вреда, причиненного здоровью человека» (постановление правительства РФ №522 от 17.08.2007г), квалифицируется как ТЯЖКИЙ вред здоровью.

3. Поперечный перелом большеберцовой кости в верхней трети и отрывной перелом малоберцовой кости мог возникнуть от прямого воздействия тупого твердого предмета (предметов) при фиксированной стопе.

4. Соответствует обстоятельствам дела.

5. В представленных медицинских документах каких-либо сведений о наличии у пострадавшей алкогольного либо иного опьянения не имеется.

**6. Перечень практических умений по изучаемой теме**

(УК-1, УК-2, УК-3, ПК-5, ПК-6, ПК-10);

-применять на практике основы законодательства РФ о здравоохранении и директивные документы, определяющие деятельность органов и учреждений здравоохранения;

-оформлять типовые формы медицинской документации для бюро судебно-медицинской экспертизы;

**7. Рекомендации по выполнению НИР**

Примерная тематика по НИР по теме - не предусмотрена.

**8. Рекомендованная литература по теме занятия (обязательная, дополнительная, электронные ресурсы, включая законодательные и нормативно-правовые документы)**

**Занятие № 60**

**1. Индекс: ОД.О.01.1.10.85 Тема: «Экспертиза тяжести вреда здоровью (ст. ст. 111, 112, 115 УК РФ). Ме­тодика проведения экспертизы. Основные вопросы, разре­шаемые экспертизой».** 1 часть

**2. Форма организации занятия: подготовка к практическому занятию.**

**3. Перечень вопросов для самоподготовки по теме практического занятия:**

1.ВОПРОС По каким критериям квалифицируется тяжкий вред здоровью? (УК-1 ПК-1 ПК-2 ПК-3 ПК-5 ПК-7 ПК-8 ПК-9 ПК-10)

ОТВЕТ: Согласно статье 111 УК РФ. (Умышленное причинение тяжкого вреда здоровью). Сюда относятся: причинение тяжкого вреда здоровью, опасного для жизни человека или повлекшего за собой потерю зрения, слуха или какого-либо органа либо утрату органом его функций, или выразившегося в неизгладимом обезображивании лица, а также причинение иного вреда здоровью, опасного для жизни иливызвавшего расстройство здоровья, соединенное со значительной стойкой утратой общей трудоспособности не менее чем на одну треть или с заведомо для виновного полной утратой профессиональной трудоспособности либо повлекшее за собой прерывание беременности, психическое расстройство, заболевание наркоманией или токсикоманией.

Те же действия, если они повлекли за собой по неосторожности смерть потерпевшего, были нанесены с особой жестокостью или связаны с мучениями для потерпевшего, а также в отношении лица, находящегося в беспомощном состоянии, или в целях использования органов и тканей потерпевшего, входят в число других, отягчающих, вину обстоятельств и поэтому могут быть поводом для назначения судебно-ме-дицинской экспертизы.

2.ВОПРОС Какие повреждения по существу и по характеру относятся к опасным для жизни? (УК-1 ПК-1 ПК-2 ПК-3 ПК-5 ПК-7 ПК-8 ПК-9 ПК-10)

ОТВЕТ: К повреждениям, опасным для жизни, относятся такие, которые создают угрозу для жизни потерпевшего и могут привести к смерти, а также повреждения, вызвавшие развитою угрожающего жизни состояния, возникновение которого не имеет случайного характера. Для решения этих вопросов, а также для оценки влияния оказанной медицинской помощи на состояние потерпевшего может быть проведена комиссионная экспертиза с участием врачей соответствующей специальности.

К опасным для жизни повреждениям относятся: проникающие ранения черепа, в том числе и без повреждения мозга; открытые и закрытые переломы костей свода и основания черепа; ушиб головного мозга тяжелой и средней степени при наличии поражения стволового отдела; проникающие ранения позвоночника, в том числе без повреждения спинного мозга; переломы и вывихи шейных позвонков; ранения, проникающие в просвет глотки, гортани, трахеи, пищевода, а также вилочковой и щитовидной желез; ранения, проникающие в грудную и брюшную полости, в том числе и без повреждения внутренних органов;

открытые переломы длинных трубчатых костей, тазобедренного и коленного суставов; повреждения крупных кровеносных сосудов и другие. Всего к опасным для жизни, согласно правилам, относят 18 повреждений.

Ко второй группе опасных для жизни повреждений относятся такие повреждения, которые повлекли за собой угрожающие жизни состояния. Сюда же, в соответствии с новыми правилами, включают заболевания и патологические состояния, возникающие в результате воздействия внешних факторов и закономерно осложняющиеся угрожающим жизни состоянием, или сами представляющие угрозу для жизни человека.

Так, к угрожающим жизни состояниям относятся:

— шок тяжелой степени (III—IV) различной этиологии;

— кома различной этиологии;

— массивная кровопотеря;

— острая почечная или печеночная недостаточность;

— острая дыхательная недостаточность тяжелой степени;

— гнойно-септические состояния;

— расстройства кровообращения, приводящие к инфаркту внутренних органов, гангрене конечностей, газовой и жировой эмболии сосудов головного мозга, тромбоэмболии;

— сочетание угрожающих жизни состояний.

3.ВОПРОС Как следует понимать потерю зрения, слуха, утрату какого-либо органа? (УК-1 ПК-1 ПК-2 ПК-3 ПК-5 ПК-7 ПК-8 ПК-9 ПК-10)

ОТВЕТ: Не опасные для жизни повреждения, относящиеся к тяжким по последствиям, могут заключаться в потере зрения, слуха или какого-либо органа, либо утрате органом его функций.

Согласно «Правилам», под потерей зрения следует понимать полную стойкую слепоту на оба глаза или невозможность различать очертания предметов на расстоянии 2 метров и менее (острота зрения 0,04 и ниже). Потеря зрения на один глаз влечет за собой стойкую утрату трудоспособности свыше одной трети и по этому признаку также относится к тяжким телесным повреждениям. Повреждение слепого глаза, потребовавшее его удаления, оценивается в зависимости от длительности расстройства здоровья.

Под потерей слуха следует понимать полную глухоту или такое необратимое состояние, когда потерпевший не слышит разговорной речи на расстоянии 3—5 см от ушной раковины.

Под потерей какого-либо органа или утратой органом его функции следует понимать:

— потерю языка (речи), т. е. утрату способности выражать свои мысли членораздельными звуками, понятными для окружающих;

— потерю руки или ноги, т. е. отделение их от туловища или утрату ими функций (паралич или иное состояние, исключающее их деятельность);

Под анатомической потерей руки или ноги следует понимать как отделение от туловища всей руки или ноги, так и ампутацию кисти и стопы. Все остальные случаи должны рассматриваться как потеря части конечности и оцениваться по признаку стойкой утраты трудоспособности.

— потерю производительной способности, заключающуюся в утрате способности к совокуплению либо к оплодотворению, зачатию и деторождению.

4.ВОПРОС Как следует понимать и определять расстройство здоровья, соединенное со стойкой утратой общей трудоспособности не менее чем на одну треть, и полную утрату профессиональной трудоспособности? (УК-1 ПК-1 ПК-2 ПК-3 ПК-5 ПК-7 ПК-8 ПК-9 ПК-10)

ОТВЕТ: Общая трудоспособность является одинаковой для всех людей независимо от образования и профессиональных навыков. Если после получения повреждений у пострадавшего остается какой-либо анатомический дефект или после травмы имеют место какие-либо, пусть даже незначительные, функциональные нарушения стойкого характера, он теряет часть своей прежде стопроцентной трудоспособности. Размеры стойкой утраты общей трудоспособности при повреждениях устанавливаются после определившегося исхода повреждения на основании объективных данных по таблице определения процентов утраты трудоспособности. Так, согласно таблице, отсутствие правой кисти на уровне запястья или пястных костей составляет 65% стойкой утраты общей трудоспособности. Следовательно, вред здоровью должен быть оценен как тяжкий, вызвавший стойкую утрату трудоспособности не менее чем на одну треть (т. с. более 33%). По этому критерию оценивается как тяжкое телесное повреждение потеря зрения на один глаз, влекущая за собой 35% стойкой утраты общей трудоспособности. У детей стойкая утрата трудоспособности определяется исходя из общих положений, как и у взрослых.

Профессиональной называют способность человека трудиться по определенной профессии. Она может быть равна общей трудоспособности или превышать ее. Например, приведенный выше случай утраты правой кисти (65 % утраты общей трудоспособности) у парикмахера приводит к полной, то есть стопроцентной утрате профессиональной трудоспособности.

5.ВОПРОС Как понимать и оценивать неизгладимое обезображивание лица? (УК-1 ПК-1 ПК-2 ПК-3 ПК-5 ПК-7 ПК-8 ПК-9 ПК-10)

ОТВЕТ: При решении этого вопроса повреждение должно располагаться на лице, быть неизгладимым и обезображивать лицо. Судебно-медицин-ский эксперт не имеет права устанавливать факт обезображивания лица, так как это понятие не является медицинским и потому не входит в его компетенцию. Обезображивание лица устанавливается судом. Эксперт же определяет только характер и степень тяжести телесного повреждения на лице, исходя из критериев продолжительности расстройства либо стойкой утраты трудоспособности, а также обязан решить вопрос, изгладимо ли повреждение на лице. Под изгладимьши следует понимать такие повреждения, которые с течением времени, в процессе заживления исчезают совершенно или становятся малозаметными на фоне окружающих тканей. Это значительное уменьшение выраженности патологических изменений (рубца, деформаций, нарушения мимики и пр.) в процессе естественного заживления или под влиянием нехирургических средств, например, физиотерапевтических процедур. Соответственно неизгладимыми являются такие повреждения, которые существенно не изменяются с течением времени. Если для устранения последствий повреждений требуется оперативное вмешательство (косметическая операция), то повреждение лица считается неизгладимым.

6.ВОПРОС Что следует учитывать при определении степени тяжести вреда здоровью в случае прерывания беременности? (УК-1 ПК-1 ПК-2 ПК-3 ПК-5 ПК-7 ПК-8 ПК-9 ПК-10)

ОТВЕТ: Прерывание беременности независимо от ее срока квалифицируется как тяжкое. В таких случаях судебно-медицинскую экспертизу проводит комиссия с участием акушера-гинеколога. Сложность подобного рода эксперта заключается не в установлении факта прерывания беременности, а в установлении его причинной связи с травмой. В таких случаях комиссии должны быть представлены все медицинские документы, относящиеся к прерыванию беременности, а также вся другая имеющаяся медицинская документация прошлых лет. При проведении экспертизы должно быть установлено, что прерывание беременности есть результат травмы, а не связано с индивидуальными особенностями организма. Только в таком случае повреждение квалифицируется как тяжкое.

**4.Самоконтроль по тестовым заданиям данной темы**

1. ТЯЖЕСТЬ ВРЕДА ЗДОРОВЬЮ НЕ ОПРЕДЕЛЯЮТ, ЕСЛИ (ПК-5):

1) диагноз повреждения, патологического состояния достоверно не установлен

2) ясен исход не опасного для жизни повреждения

3) не представлены данные дополнительного обследования

4). Если потерпевший не может быть представлен на обследование

5). Недостаточно представлены материалы дела

Правильный ответ: 1

1. ТЯЖЕСТЬ ВРЕДА, ПРИЧИНЕННОГО ЗДОРОВЬЮ ЧЕЛОВЕКА В СЛУЧАЯХ СМЕРТИ ПОСТРАДАВШЕГО(ПК-5):

1) устанавливается при наличии повреждений

2) в некоторых случаях

3) по требованию следователя

4) по «Определению суда»

5) по поручению администрации

Правильный ответ: 1

1. РУКОВОДИТЕЛИ ЛЕЧ. ПРОФ. УЧРЕЖДЕНИЙ ОБЕСПЕЧИТЬ ОБСЛЕДОВАНИЕ ПОСТРАДАВШЕГО ПО НАПРАВЛЕНИЮ СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКОГО ЭКСПЕРТА(ПК-5):

1) не обязаны

2) обязаны

3) в некоторых случаях

4) только в случаях тяжкого телесного повреждения

5) только при наличии повреждений на теле

Правильный ответ: 2

1. СУДМЕДЭКСПЕРТ ВОПРОС ОБ ОСОБЫХ СПОСОБАХ ПРИЧИНЕНИЯ ПОВРЕЖДЕНИЙ(ПК-5):

1) не решает

2) решает

3) в некоторых случаях

4) решает по постановлению следователя

5) решает по «Определению суда»

Правильный ответ: 1

1. ПРОЦЕНТ СТОЙКОЙ УТРАТЫ ОБЩЕЙ ТРУДОСПОСОБНОСТИ У ДЕТЕЙ(ПК-5):

1) не определяют

2) определяют

3) определяют по требованию родителей

4) определяют только по требованию следствия, суда

5) определяют по желанию ребенка

Правильный ответ: 2

1. «ЗАКЛЮЧЕНИЕ ЭКСПЕРТА» НА РУКИ ПОСТРАДАВШЕМУ(ПК-5):

1) выдается

2) не выдается

3) в некоторых случаях

4) выдается по указанию следователя

5) выдается по указанию прокурора

Правильный ответ: 2

1. ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ВЫПИСОК ИЗ МЕДИЦИНСКИХ ДОКУМЕНТОВ ПРИ ПРОИЗВОДСТВЕ ЭКСПЕРТИЗЫ(ПК-5):

1) допускается

2) не допускается

3) допускается в случаях скоропостижной смерти

4) допускается в случаях травмы

5) допускается в случаях смерти в стационаре

Правильный ответ: 2

1. К МЕДИЦИНСКОМУ КРИТЕРИЮ ТЯЖКОГО ВРЕДА, ПРИЧИНЕННОГО ЗДОРОВЬЮ ЧЕЛОВЕКА, ОТНОСИТСЯ(ПК-5):

1) временное нарушение функций органов и (или) систем (временная нетрудоспособность) продолжительностью свыше трех недель (более 21 дня)

2) сотрясение головного мозга (срок лечения до 21 дня)

3) неизгладимое обезображивание лица

4) незначительная стойкая утрата общей трудоспособности – стойкая утрата общей трудоспособности менее 10 %

5) изнасилование

Правильный ответ: 3

1. ВОПРОС ОБ ОБЕЗОБРАЖИВАНИИ ЛИЦА РЕШАЕТСЯ(ПК-5):

1) судебно-медицинским экспертом

2) врачом-экспертом

3) врачом специалистом (хирургом, косметологом и др.)

4) судом

5) фельдшером

Правильный ответ: 4

1. ВОПРОС ОБ ИЗГЛАДИМОСТИ (НЕИЗГЛАДИМОСТИ) ПОВРЕЖДЕНИЯ НА ЛИЦЕ РЕШАЕТСЯ(ПК-5):

1) следователем

2) судом

3) единолично судебно-медицинским экспертом

4) врачом-экспертом

5) судебно-медицинским экспертом с участием соответствующих специалистов

Правильный ответ: 5

**5. Самоконтроль по ситуационным задачам**

**Задача № 1.** (УК-1 ПК-1 ПК-2 ПК-3 ПК-5 ПК-7 ПК-8 ПК-9 ПК-10)

**ОБСТОЯТЕЛЬСТВА ДЕЛА:** в постановлении указано, что «02.12.2012 года примерно в 21 час. 00 минут гр. Г., 1990 г.р., находясь на площадке второго этажа дома №0 по ул. Мира в Ленинском районе г. К….., умышленно причинил тяжкий вред здоровью гр. Д. в виде проникающего колото-резанного ранения брюшной полости, проникающего ранения тонкой кишки, касательного ранения тонкой кишки.»

Медицинские документы упакованы и опечатана.

Представлена история болезни из ГКБ №0 на имя гр. Д., 1953 г.р. в которой указано, что поступает 02.12.2012г., осмотрен хирургом. Жалобы на наличие раны живота, боль в области раны, общую слабость, тошноту. Со слов больного 02.12.2012г около 21-00 известный по имени Роман в пьяной ссоре ударил ножом в живот по адресу Глинки 6-20. Скорой помощью реанимационной бригадой доставлен в ГКБ на каталке с периферическим катетером в правой локтевой вене, продолжающейся инфузией физиологического раствора, экстренно поднят в операционную. **Объективно:** состояние ближе к тяжелому. В сознании, в алкогольном опьянении (запах свежего алкоголя в выдыхаемом воздухе). Положение лежа на каталке. Видимой патологии опорно-двигательного аппарата нет. Кожные покровы и видимые слизистые бледные, умеренный акроцианоз. Периферические лимфоузлы не увеличены. Грудная клетка симметричная. Дыхание везикулярное, проводится по всем легочным полям. Хрипов нет. ЧДД 20 в минуту. Сердечные тоны ясные, ритмичные. Пульс удовлетворительного наполнения 110 ударов в минуту. АД 150/70 мм рт.ст., катетеризирован мочевой пузырь – получено 150мл светлой мочи. Локально: язык влажный. Живот обычной формы, не вздут, симметричен. При пальпации мягкий, болезненный в области раны и нижних отделах живота. По срединной линии от лона и выше послеоперационный рубец 25х2,0см, крепкий, без грыжевых выпячиваний. Также имеется послеоперационный рубец после люмботомии слева – без особенностей. На 2см латеральнее среднеключичной линии слева на 3см выше уровня передневерхней ости подвздошной кости рана с острыми углами и ровными краями 3,0х0,5см, из раны подтекает кровь. Явных симптомов раздражения брюшины нет. Печеночная тупость сохранена, печень по краю реберной дуги. Селезенка, почки не пальпируются. Притупления в отлогих местах брюшной полости нет. Перистальтика выслушивается. Стул регулярный. Последний раз накануне без примесей, коричневого цвета. Диагноз: колото-резаная рана живота. Алкогольное опьянение. Сопутствующий: Единственная правая почка. 02.12.2012г. операция 1: первичная хирургическая обработка колото-резаной раны передней брюшной стенки. После обработки рук хирурга и операционного поля, под местным обезболиванием проведено исследование раневого канала, последний идет спереди назад, снизу-вверх, слева-направо, проходит через мышечно-апоневротический слой. Определяется дефект в париетальной брюшине около 2,0см в диаметре, в последнем видна прядь большого сальника. Выполнена обработка раны – иссечение краев и частично дна, в пределах интактных тканей. Операция 2: лапаротомия, ревизия брюшной полости, рассечение спаек ушивание проникающих ран тонкой кишки. Ушивание касательного ранения тонкой кишки. Санация и дренирование брюшной полости. Под общим обезболиванием выполнена срединная лапаротомия с иссечением старого послеоперационного рубца. В брюшной полости выраженный спаечный процесс, спайки разделены тупым и острым путем. В брюшной полости около 500мл свежей крови со сгустками, осушена. При ревизии тонкой кишки на 100 и 120см от связки Трейца обнаружены две раны 3,0х1,0см, проникающая полость, в рану подтекает кровь и кишечное содержимое. Ушиты двухрядным швов в поперечном направлении. На 150см от связки Трейца обнаружено касательное ранение тонкой кишки 2,0х1,0см, ушито серо-серозными швами. Осмотрены толстый кишечник, печень, желудок, селезенка, повреждений не выявлено. Брюшная полость промыта, осушена. В брюшную полость установлены два перчаточные дренажа по боковому каналу справа и в малый таз. Контроль на гемостаз и инородные тела. Рана послойно ушита. Наложены ас. повязки. Диагноз: проникающее колото-резаное ранение брюшной полости. Проникающие ранения тонкой кишки. Касательное ранение тонкой кишки. Спаечная болезнь брюшной полости. Алкогольное опьянение. 03.12.2012г. состояние стабильное, соответствует сроку и объему операции. Жалобы на раневую боль. Кожные покровы обычной окраски. АД 125/71 мм рт.ст. Пульс 92 удара в минуту. Дыхание проводится по всем полям, хрипов нет. Живот мягкий, не вздут, при пальпации умеренно болезненный по ходу послеоперационных швов. Диурез по катетеру. Локально: повязка в области дренажей умеренно промокла серозным отделяемым. Смена повязок. 04.12.2012г. больной из реанимационного отделения переводится в хирургическое. Состояние больного соответствует сроку и тяжести оперативного вмешательства. Беспокоят боли в области послеоперационных ран. Тошноты, рвоты нет. Мочится самостоятельно, безболезненно. Кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски. В легких дыхание везикулярное. Пульс 84 удара в минуту, ритмичен. Язык влажны. Живот не вздут, при пальпации болезненный в области ран. По дренажу в провой подвздошной области определяется серозное отделяемое. Здесь же повязки обильно промокли данным отделяемым. Смена повязок. В последующее дни состояние средней тяжести. Жалобы на боли в после операционных ран. Гемодинамика стабильная. Живот не вздут. Симптом Щеткина отрицательный во всех отделах. Повязка сухая. Послеоперационные швы без признаков воспаления. 10.12.2012г. удалены дренажи. 12.12.2012г. швы сняты. 14.12.2012г. состояние удовлетворительное. Жалоб не предъявляет. Живот правильной формы, не вздут, в акте дыхания участвует, при пальпации мягкий, незначительно болезнен в области швов. Повязка чистая, сухая. Отеков нет. Швы без признаков воспаления. Выписывается с рекомендациями: наблюдение у хирурга в поликлинике по месту жительства. Заключительный диагноз: проникающее колото-резаное ранение брюшной полости. Проникающее ранение тонкой кишки. Касательное ранение тонкой кишки. Спаечная болезнь брюшной полости.

**Вопросы:**

1. Телесные повреждения?
2. Степень тяжести вреда причиненного здоровью человека?
3. Механизм повреждения?
4. Давность нанесения травмы?
5. Состояние алкогольного опьянения?

Эталон:

1. У гр. Д. при обращении за медицинской помощью в результате события 02.12.2012г. имелась рана живота на передней поверхности слева, проникающая в брюшную полость, с ходом раневого канала спереди назад, снизу вверх и слева направо и повреждением по ходу раневого канала тонкого кишечника, наличием крови в полости брюшины (500мл).

2. Данное проникающее ранение живота, согласно приказу МЗиСР РФ №194н от 24.04.2008 года п.6.1.15 отнесена к критерию, характеризующему квалифицирующий признак вреда, опасного для жизни человека. По указанному признаку, согласно правилам «Определения тяжести вреда, причиненного здоровью человека» (постановление Правительства РФ №522 от 17.08.2007 года) квалифицируются как ТЯЖКИЙ вред здоровью.

3. Могло возникнуть от одного и более воздействия предмета (орудия), обладающего колюще-режущими свойствами.

4. Соответствует обстоятельствам дела.

5. В представленных медицинских документах каких-либо сведений о наличии у пострадавшей алкогольного либо иного опьянения не имеется.

**Задача № 2**(УК-1 ПК-1 ПК-2 ПК-3 ПК-5 ПК-7 ПК-8 ПК-9 ПК-10)

**ОБСТОЯТЕЛЬСТВА ДЕЛА:** в определении указано, что «17.11.2012 года около 21 часа 50 минут в районе дома 58 по ул. Мира произошло ДТП – столкновение двух а/м, в результате которого водитель гр. В. 1978 г.р… получил телесные повреждения и проходил лечение…».

Свидетельствуемый рассказал, что 17.11.2012г после 21 часа ехал за рулем леворульного легкового а/м, при ДТП- удар другого а/м слева, почувствовал боль во втором пальце правой кисти. Сознание не терял. Скорой помощью доставлен в ТОО№1, лечился амбулаторно в ТОО №2.

Представлена амбулаторная карта травматика (без номера) на имя свидетельствуемого, согласно которой обратился 19.11.2012г с жалобами на боли в области 2-го пальца правой кисти. Травма 17.11.2012г, ДТП в 21.50 часов, столкнулся с легковым а/м. Осмотрен в ТОО №1, наложен гипс. Рентгенография правой кисти от 17.11.2012г №707 - на рентгенограмме в области основой фаланги 2-го пальца правой кисти оскольчатая линия перелома без смещения фрагментов. Заключение: оскольчатый перелом основой фаланги 2-го пальца правой кисти (рентгенограмма №707 от 17.11.2012г представлена, соответствует описанию). С диагнозом: закрытый перелом основной фаланги 2-го пальца правой кисти находился на амбулаторном лечении до 14.12.2012г, на что указывают регулярные дневниковые записи. 11.12.2012г контрольная рентгенограмма правой кисти - в области основной фаланги 2-го пальца правой кисти слабые признаки восстановительных… Стояние в оси сохранено. Заключение: перелом основной фаланги 2-го пальца правой кисти в стадии консолидации (рентгенограмма №220 от 10.12.2012г представлена, соответствует описанию). 14.12.2012г выписан к труду. Других существенных записей не имеется.

Представленные медицинские документы упакованы и опечатаны.

**ЖАЛОБЫ:** на незначительное нарушение функции правой кисти.

**ОБЪЕКТИВНО:** каких-либо телесных повреждений или следов от них не обнаружено.

**Вопросы:**

* 1. Телесные повреждения?
  2. Степень тяжести вреда причиненного здоровью человека?
  3. Механизм повреждения?
  4. Давность нанесения травмы?

5. Состояние алкогольного опьянения?

Эталон:

1. У гр. В. при обращении за медицинской помощью 19 ноября 2012г, в результате события 17 ноября 2012г, имелся косой перелом 2-го пальца правой кисти.
2. Повреждение вызвало временную нетрудоспособность продолжительностью более 21 дня, что, согласно пункту 7.1. раздела II приказа МЗ и СР РФ 194н от 24.04.2008г, отнесено к критерию, характеризующему квалифицирующий признак длительного расстройства здоровья. По указанному признаку, согласно правилам «Определения тяжести вреда, причиненного здоровью человека» (постановление правительства РФ №522 от 17.08.2007г), квалифицируется как вред здоровью СРЕДНЕЙ тяжести.
3. Мог возникнуть от не прямого воздействия тупого твердого предмета (предметов).

4. Соответствует обстоятельствам дела.

5. В представленных медицинских документах каких-либо сведений о наличии у пострадавшей алкогольного либо иного опьянения не имеется.

**Задача № 3**(УК-1 ПК-1 ПК-2 ПК-3 ПК-5 ПК-7 ПК-8 ПК-9 ПК-10)

**ОБСТОЯТЕЛЬСТВА ДЕЛА:** в постановлении указано, что «01.07.2012года около 20:00 … гр. В. схватила несовершеннолетнего гр. А. за предплечья и начала трясти его за руки, затем ударила его своей ногой по его правой ступне …».

Медицинские документы представлены в упакованном и опечатанном виде.

Представлена медицинская карта амбулаторного больного из ТОО ГКБ на имя гр. А., 1998 года рождения, согласно записям которой 03 июля 2012года в 19:15 обратился с жалобами на боль в правой стопе, хромоту. Со слов – травма 01 июля 2012года в 20:00 соседка наступила на правую ногу. Объективно – незначительный отек дистального отдела тыла правой стопы, боль при пальпации головок 2,3 плюсневых костей, движения не ограничены, осевая сомнительна. Опора на носок снижена. Диагноз: закрытый перелом 3 плюсневой кости правой стопы без смещения. На рентгенограмме №6780 правой стопы – определяется субкапитальный перелом 3-ей плюсневой кости без смещения. 17 июля 2012года гипс лежит правильно. 26 июля 2012года – жалоб нет, гипс снят. Правая стопа безболезненна, ходит самостоятельно. Диагноз: сросшийся перелом 3-ей плюсневой кости правой стопы. Выписан.

Представлена рентгенограмма № 6780 от 03 июля 2012года на его имя.

28 декабря 2012года вышеуказанная рентгенограмма консультирована рентгенологом ККБСМЭ, профессором: «имеется перелом основной фаланги 1го пальца правой стопы»

**Вопросы:**

1**.** Телесные повреждения?

1. Степень тяжести вреда причиненного здоровью человека?
2. Механизм повреждения?
3. Давность нанесения травмы?
4. Состояние алкогольного опьянения?

Эталон:

1.У несовершеннолетнего гр. А. при обращении за медицинской помощью в результате события 03 июля 2012 года имелся перелом основной фаланги 1-го пальца правой стопы.

2.Повреждение вызвало временную нетрудоспособность продолжительностью более 21 дня, что согласно приказу МЗиСР РФ №194н от 24.04.2008 года п.7.1 отнесено к критерию, характеризующему квалифицирующий признак длительного расстройства здоровья. По указанному признаку, согласно правилам «Определения тяжести вреда, причиненного здоровью человека» (постановление Правительства РФ №522 от 17.08.2007 года) квалифицируется как вред здоровью СРЕДНЕЙ тяжести.

3.Мог возникнуть от воздействия тупого твердого предмета (предметов), в том числе при обстоятельствах, указанных в постановлении.

4. Соответствует обстоятельствам дела.

5. В представленных медицинских документах каких-либо сведений о наличии у пострадавшей алкогольного либо иного опьянения не имеется.

**Задача № 4** (УК-1 ПК-1 ПК-2 ПК-3 ПК-5 ПК-7 ПК-8 ПК-9 ПК-10)

**ОБСТОЯТЕЛЬСТВА ДЕЛА:** в постановлении указано, что «…15 октября 2012 года в 17 часов 00 минут, н/у лицо находилось на балконе шестого этажа квартиры №00 по ул. Мира 00 в Советском районе г. К……сбросило компьютерный стул на улицу, который попал по голове гр. Г., от чего последний упал и потерял сознание…».

06.12.2012г в помещении ККБСМЭ проведена судебно-медицинская экспертиза гр. Г. экспертом, о чем свидетельствует Заключение эксперта. При экспертизе получено: «ОБСТОЯТЕЛЬСТВА ДЕЛА - в постановлении указано, что «16.10.2012г в дежурную часть ОП МУ МВД России «К……» поступило заявление гр. Г. с просьбой привлечь к уголовной ответственности н/у лицо, которое 15.10.2012г в 17 часов по адресу: г. К….. ул. Мира дом 00 выбросило стул из окна, чем причинило гр. Г. телесные повреждения…». Свидетельствуемый рассказал, что 15.10.2012г около 17 часов на улице Мира в районе дома №00 что-то упало на голову, при этом потерял кратковременно сознание. Скорой помощью доставлен в ГКБ, госпитализирован. В настоящее время лечится амбулаторно в поликлинике по месту жительства. Представлена медицинская карта стационарного больного из ГКБ на имя свидетельствуемого, согласно которой поступил 15.10.2012г в 18.15 часов с жалобами на сильную головную боль, головокружение, тошноту, рвоту, боль в области ран. Со слов больного, 15.10.2012г около 17 часов с 6-го этажа упал на голову стул, терял сознание… Общее состояние больного средней степени тяжести, нормостенического типа…Частота дыхательных движений 17 в минуту. Пульс 90 в минуту. Артериальное давление 140/70 мм рт ст. Неврологический статус: сознание нарушено по типу умеренного оглушения, адекватен, ориентирован, адинамичен, вял, зрачки равные, фотореакции сохранены. Горизонтальный нистагм. Ограничение движений глазных яблок в крайних отведениях. Симптом Манн-Гуревича (+). Язык по средней линии. Лицо симметрично. Бульбарных нарушений нет. Мышечный тонус в конечностях умеренный. Брюшные рефлексы равные, оживлены. Сухожильные рефлексы с рук равные, живые, с ног без разницы сторон. Ригидность затылочных мышц 1 поперечный палец. Симптом Кернига (+), под углом 160 градусов. Стопных знаков нет. Координаторные пробы выполняет. Локально: данных за отоназоликворрею нет. Изо рта запаха алкоголя нет. В лобной области слева рвано-ушибленная рана линейной формы 3,0х1,5см, умеренно кровоточит. В правой параорбитальной области гематома багрово-синюшного цвета, рвано-ушибленная рана верхней губы, ссадины мягких тканей лобной области справа. КТ головного мозга от 15.10.2012г – в визуализированных суб- и супратенториальных структурах - очаговых изменений в веществе мозга не выявлено Срединные структуры не смещены. Определяется вдавленный перелом теменной кости справа, линейный перелом лобной кости справа и правой височной кости. Заключение: вдавленные переломы правой теменной кости, линейные переломы лобной кости справа и правой височной кости ( КТ грамма представлена, соответствует описанию). Наличие у больного раны головы, является показанием к операции – ПХО раны головы. Под местной анестезией края раны разведены, рана ревизована, дно раны- мягкие ткани, санация, швы на рану, ас. повязка. Диагноз: закрытая черепно-мозговая травма, ушиб головного мозга, вдавленный перелом теменной кости справа, линейные переломы височной и лобной костей справа. Рвано-ушибленная рана лобной кости слева. Рвано-ушибленная рана верхней губы. Параорбитальная гематома справа. Ссадины мягких тканей лобной области справа. 16.10.2012г осмотрен окулистом - в области правого глаза подкожная гематома век, глазное яблоко без особенностей. Зрение справа, со слов сохранено. Глазодвигательных нарушений нет. Глазное дно - диски зрительных нервов в норме, артерии без особенностей, вены умеренно расширены, набухшие, сетчатка без особенностей. Заключение: умеренная венозная инъекция сетчатки (застой) обоих глаз. Контузия придаточного аппарата правого глазного яблока. 15.10.2012г осмотрен стоматологом - **объективно:** рвано-ушибленная рана верхней губы 1,5х0,3х0,4см в пределах мягких тканей, загрязнена землей, ссадины лица. Диагноз: рвано-ушибленная рана верхней губы, ссадины лица. Под местной анестезией проведено ПХО раны. 17.10.2012г рентгенография носа - травматических повреждений костей носа не выявлено (рентгенограмма костей носа №1267 от 17.10.2012г представлена). 16.10.2012г ЭХО-ЭС - без особенностей. С диагнозом: закрытая черепно- мозговая травма, ушиб головного мозга легкой степени, закрытый вдавленный перелом теменной кости справа, линейные переломы височной и лобной костей справа, ушибленные раны лобной области, верхней губы, проходил консервативное лечение до 26.10.2012г. Выписан на амбулаторное лечение по месту жительства. Представленные медицинские документы упакованы и опечатаны. ЖАЛОБЫ - на периодические головные боли. ОБЪЕКТИВНО - в лобной области слева, чуть выше левого лобного бугра вертикальный линейный рубец розового цвета с ниспадающим дном, плотный, подвижный, со следами хирургических швов, размером 2,5х0,2см. В области верхней губы, чуть левее средней линии аналогичный кожный рубец гипертрофированный подвижный, твердый, веретенообразной формы, вертикальный 0,8х0,3см. Других повреждений не предъявлено».

**Вопросы:**

1.Телесные повреждения?

1. Степень тяжести вреда причиненного здоровью человека?
2. Механизм повреждения?
3. Давность нанесения травмы?

5. Состояние алкогольного опьянения?

Эталон:

1. У гр. Г. при обращении за медицинской помощью, в результате события 15 октября 2012г, имелась тупая сочетанная закрытая черепно-лицевая травма, представленная закрытой черепно-мозговой травмой в виде ушиба головного мозга легкой степени, переломами правых теменной, лобной и височной костей, кровоподтеком и ушибленными ранами на лице, на что указывают клинические данные и данные объективного рентгенологического обследования (КТ грамма от 15 октября 2012г). При настоящей экспертизе обнаружены кожные рубцы на лице, как следствие заживления ушибленных ран после хирургических манипуляций, давностью до трех месяцев ко времени проведения экспертизы 06 декабря 2012г.

2. Данная сочетанная травма, согласно приказу МЗ и СР РФ 194н от 24.04.2008г (п.п. 6.1.2), отнесена к критерию, характеризующему квалифицирующий признак вреда, опасного для жизни человека. По указанному признаку, согласно правилам «Определения тяжести вреда, причиненного здоровью человека» (постановление правительства РФ №522 от 17.08.2007г) квалифицируется как ТЯЖКИЙ ВРЕД здоровью.

3. Могла возникнуть от воздействия тупого твердого предмета (предметов), в том числе, не исключается при обстоятельствах, указанных в постановлении и свидетельствуемым.

4. Соответствует обстоятельствам дела.

5. В представленных медицинских документах каких-либо сведений о наличии у пострадавшей алкогольного либо иного опьянения не имеется.

**Задача № 5**(УК-1 ПК-1 ПК-2 ПК-3 ПК-5 ПК-7 ПК-8 ПК-9 ПК-10)

**ОСТОЯТЕЛЬСТВА ДЕЛА:** в постановлении указано, что «06.11.2012 года … дома … малолетняя гр. А. запнулась о край дорожки и упала на пол ударившись правой рукой о шкаф…».

Представлена медицинская карта амбулаторного больного из ТОО МБУЗ ГКБ на имя гр. А., 2008 г.р., которая обратилась 07 ноября 2012 года в 00.45 с жалобами на боли в правом плечевом суставе, ключице. Из анамнеза: 06 ноября 2012 года в 22.45 ударилась дома правым плечом. Локально – умеренный отек правого надплечья, боль при пальпации ключицы, движениях плечевого сустава (ограничены), осевая положительная. На рентгенограмме перелом средней трети ключицы без смещения. Наложена гипсовая повязка. Диагноз: перелом средней трети правой ключицы без смещения. 07 ноября 2012 года жалобы на дискомфорт в правой ключице. Объективно – правое надплечье опухшее, болезненное в проекции правой ключицы. Гипсовая повязка Ванштейна-Смирнова лежит правильно. Чувствительность в пальцах кисти сохранена. Диагноз: консолидирующийся перелом правой ключицы. 07 ноября 2012 года описание рентгенограммы №14154 правого плечевого сустава – определяется перелом в средней трети правой ключицы со смещением. 30 ноября 2012 года жалобы на дискомфорт в правой кисти. Динамика положительная. Гипс снят. Правый плечевой сустав обычной конфигурации. Сгибание в правом плечевом суставе 40°, разгибание 10°, отведение 40°. Диагноз: консолидированный перелом правой ключицы. Контрактура правого плечевого сустава. 14 декабря 2012 года жалоб нет. Отека нет. Пальпация правой ключицы безболезненна. Определяется костная мозоль, движения в правой верхней конечности в полном объеме. Диагноз: консолидированный перелом средней трети правой ключицы без смещения. В этот же день выписана с выздоровлением. Представлена рентгенограмма правого плечевого сустава и правой ключицы №14154(1) от 07.11.12г на имя гр. А., 4 лет с вышеуказанным описанием.

**Вопросы:**

1. Телесные повреждения?
2. Степень тяжести вреда причиненного здоровью человека?
3. Механизм повреждения?
4. Давность нанесения травмы?
5. Обстоятельства нанесения травмы?

Эталон:

* 1. У н/л гр. А. при обращении за медицинской помощью в результате события 06 ноября 2012 года имелся закрытый перелом средней трети диафиза правой ключицы со смещением костных отломков.
  2. Повреждение вызвало временную нетрудоспособность продолжительностью более 21 дня, что согласно приказу МЗиСР РФ №194н от 24.04.2008 года п.7.1 отнесено к критерию, характеризующему квалифицирующий признак длительного расстройства здоровья. По указанному признаку, согласно правилам «Определения тяжести вреда, причиненного здоровью человека» (постановление Правительства РФ №522 от 17.08.2007 года) квалифицируется как вред здоровью СРЕДНЕЙ тяжести.
  3. Мог возникнуть при обстоятельствах, указанных в постановлении, то есть при падении с высоты собственного роста (из положения «стоя») и ударе правой рукой о тупой твердый предмет.

4. Давностью до одних суток ко времени проведения обследования.

1. При любых обстоятельствах.

**6. Перечень практических умений по изучаемой теме**

(УК-1, УК-2, УК-3, ПК-5, ПК-6, ПК-10);

-применять на практике основы законодательства РФ о здравоохранении и директивные документы, определяющие деятельность органов и учреждений здравоохранения;

-оформлять типовые формы медицинской документации для бюро судебно-медицинской экспертизы;

**7. Рекомендации по выполнению НИР**

Примерная тематика по НИР по теме - не предусмотрена.

**8. Рекомендованная литература по теме занятия (обязательная, дополнительная, электронные ресурсы, включая законодательные и нормативно-правовые документы)**

**Занятие № 61**

**1. Индекс:** **ОД.О.01.1.10.86 Тема: «Экспертиза тяжести вреда здоровью (ст. ст. 111, 112, 115 УК РФ). Ме­тодика проведения экспертизы. Основные вопросы, разре­шаемые экспертизой».** 2 часть

**2. Форма организации занятия:** подготовка к практическому занятию.

**3. Перечень вопросов для самоподготовки по теме практического занятия:**

1. ВОПРОС По каким критериям квалифицируется тяжкий вред здоровью? (УК-1 ПК-1 ПК-2 ПК-3 ПК-5 ПК-7 ПК-8 ПК-9 ПК-10)

ОТВЕТ: Согласно статье 111 УК РФ. (Умышленное причинение тяжкого вреда здоровью). Сюда относятся: причинение тяжкого вреда здоровью, опасного для жизни человека или повлекшего за собой потерю зрения, слуха или какого-либо органа либо утрату органом его функций, или выразившегося в неизгладимом обезображивании лица, а также причинение иного вреда здоровью, опасного для жизни иливызвавшего расстройство здоровья, соединенное со значительной стойкой утратой общей трудоспособности не менее чем на одну треть или с заведомо для виновного полной утратой профессиональной трудоспособности либо повлекшее за собой прерывание беременности, психическое расстройство, заболевание наркоманией или токсикоманией.

Те же действия, если они повлекли за собой по неосторожности смерть потерпевшего, были нанесены с особой жестокостью или связаны с мучениями для потерпевшего, а также в отношении лица, находящегося в беспомощном состоянии, или в целях использования органов и тканей потерпевшего, входят в число других, отягчающих, вину обстоятельств и поэтому могут быть поводом для назначения судебно-ме-дицинской экспертизы.

2.ВОПРОС Какие повреждения по существу и по характеру относятся к опасным для жизни? (УК-1 ПК-1 ПК-2 ПК-3 ПК-5 ПК-7 ПК-8 ПК-9 ПК-10)

ОТВЕТ: К повреждениям, опасным для жизни, относятся такие, которые создают угрозу для жизни потерпевшего и могут привести к смерти, а также повреждения, вызвавшие развитою угрожающего жизни состояния, возникновение которого не имеет случайного характера. Для решения этих вопросов, а также для оценки влияния оказанной медицинской помощи на состояние потерпевшего может быть проведена комиссионная экспертиза с участием врачей соответствующей специальности.

К опасным для жизни повреждениям относятся: проникающие ранения черепа, в том числе и без повреждения мозга; открытые и закрытые переломы костей свода и основания черепа; ушиб головного мозга тяжелой и средней степени при наличии поражения стволового отдела; проникающие ранения позвоночника, в том числе без повреждения спинного мозга; переломы и вывихи шейных позвонков; ранения, проникающие в просвет глотки, гортани, трахеи, пищевода, а также вилочковой и щитовидной желез; ранения, проникающие в грудную и брюшную полости, в том числе и без повреждения внутренних органов;

открытые переломы длинных трубчатых костей, тазобедренного и коленного суставов; повреждения крупных кровеносных сосудов и другие. Всего к опасным для жизни, согласно правилам, относят 18 повреждений.

Ко второй группе опасных для жизни повреждений относятся такие повреждения, которые повлекли за собой угрожающие жизни состояния. Сюда же, в соответствии с новыми правилами, включают заболевания и патологические состояния, возникающие в результате воздействия внешних факторов и закономерно осложняющиеся угрожающим жизни состоянием, или сами представляющие угрозу для жизни человека.

Так, к угрожающим жизни состояниям относятся:

— шок тяжелой степени (III—IV) различной этиологии;

— кома различной этиологии;

— массивная кровопотеря;

— острая почечная или печеночная недостаточность;

— острая дыхательная недостаточность тяжелой степени;

— гнойно-септические состояния;

— расстройства кровообращения, приводящие к инфаркту внутренних органов, гангрене конечностей, газовой и жировой эмболии сосудов головного мозга, тромбоэмболии;

— сочетание угрожающих жизни состояний.

3.ВОПРОС Как следует понимать потерю зрения, слуха, утрату какого-либо органа? (УК-1 ПК-1 ПК-2 ПК-3 ПК-5 ПК-7 ПК-8 ПК-9 ПК-10)

ОТВЕТ: Не опасные для жизни повреждения, относящиеся к тяжким по последствиям, могут заключаться в потере зрения, слуха или какого-либо органа, либо утрате органом его функций.

Согласно «Правилам», под потерей зрения следует понимать полную стойкую слепоту на оба глаза или невозможность различать очертания предметов на расстоянии 2 метров и менее (острота зрения 0,04 и ниже). Потеря зрения на один глаз влечет за собой стойкую утрату трудоспособности свыше одной трети и по этому признаку также относится к тяжким телесным повреждениям. Повреждение слепого глаза, потребовавшее его удаления, оценивается в зависимости от длительности расстройства здоровья.

Под потерей слуха следует понимать полную глухоту или такое необратимое состояние, когда потерпевший не слышит разговорной речи на расстоянии 3—5 см от ушной раковины.

Под потерей какого-либо органа или утратой органом его функции следует понимать:

— потерю языка (речи), т. е. утрату способности выражать свои мысли членораздельными звуками, понятными для окружающих;

— потерю руки или ноги, т. е. отделение их от туловища или утрату ими функций (паралич или иное состояние, исключающее их деятельность);

Под анатомической потерей руки или ноги следует понимать как отделение от туловища всей руки или ноги, так и ампутацию кисти и стопы. Все остальные случаи должны рассматриваться как потеря части конечности и оцениваться по признаку стойкой утраты трудоспособности.

— потерю производительной способности, заключающуюся в утрате способности к совокуплению либо к оплодотворению, зачатию и деторождению.

4.ВОПРОС Как следует понимать и определять расстройство здоровья, соединенное со стойкой утратой общей трудоспособности не менее чем на одну треть, и полную утрату профессиональной трудоспособности? (УК-1 ПК-1 ПК-2 ПК-3 ПК-5 ПК-7 ПК-8 ПК-9 ПК-10)

ОТВЕТ: Общая трудоспособность является одинаковой для всех людей независимо от образования и профессиональных навыков. Если после получения повреждений у пострадавшего остается какой-либо анатомический дефект или после травмы имеют место какие-либо, пусть даже незначительные, функциональные нарушения стойкого характера, он теряет часть своей прежде стопроцентной трудоспособности. Размеры стойкой утраты общей трудоспособности при повреждениях устанавливаются после определившегося исхода повреждения на основании объективных данных по таблице определения процентов утраты трудоспособности. Так, согласно таблице, отсутствие правой кисти на уровне запястья или пястных костей составляет 65% стойкой утраты общей трудоспособности. Следовательно, вред здоровью должен быть оценен как тяжкий, вызвавший стойкую утрату трудоспособности не менее чем на одну треть (т. с. более 33%). По этому критерию оценивается как тяжкое телесное повреждение потеря зрения на один глаз, влекущая за собой 35% стойкой утраты общей трудоспособности. У детей стойкая утрата трудоспособности определяется исходя из общих положений, как и у взрослых.

Профессиональной называют способность человека трудиться по определенной профессии. Она может быть равна общей трудоспособности или превышать ее. Например, приведенный выше случай утраты правой кисти (65 % утраты общей трудоспособности) у парикмахера приводит к полной, то есть стопроцентной утрате профессиональной трудоспособности.

5.ВОПРОС Как понимать и оценивать неизгладимое обезображивание лица? (УК-1 ПК-1 ПК-2 ПК-3 ПК-5 ПК-7 ПК-8 ПК-9 ПК-10)

ОТВЕТ: При решении этого вопроса повреждение должно располагаться на лице, быть неизгладимым и обезображивать лицо. Судебно-медицин-ский эксперт не имеет права устанавливать факт обезображивания лица, так как это понятие не является медицинским и потому не входит в его компетенцию. Обезображивание лица устанавливается судом. Эксперт же определяет только характер и степень тяжести телесного повреждения на лице, исходя из критериев продолжительности расстройства либо стойкой утраты трудоспособности, а также обязан решить вопрос, изгладимо ли повреждение на лице. Под изгладимьши следует понимать такие повреждения, которые с течением времени, в процессе заживления исчезают совершенно или становятся малозаметными на фоне окружающих тканей. Это значительное уменьшение выраженности патологических изменений (рубца, деформаций, нарушения мимики и пр.) в процессе естественного заживления или под влиянием нехирургических средств, например, физиотерапевтических процедур. Соответственно неизгладимыми являются такие повреждения, которые существенно не изменяются с течением времени. Если для устранения последствий повреждений требуется оперативное вмешательство (косметическая операция), то повреждение лица считается неизгладимым.

6.ВОПРОС Что следует учитывать при определении степени тяжести вреда здоровью в случае прерывания беременности? (УК-1 ПК-1 ПК-2 ПК-3 ПК-5 ПК-7 ПК-8 ПК-9 ПК-10)

ОТВЕТ: Прерывание беременности независимо от ее срока квалифицируется как тяжкое. В таких случаях судебно-медицинскую экспертизу проводит комиссия с участием акушера-гинеколога. Сложность подобного рода эксперта заключается не в установлении факта прерывания беременности, а в установлении его причинной связи с травмой. В таких случаях комиссии должны быть представлены все медицинские документы, относящиеся к прерыванию беременности, а также вся другая имеющаяся медицинская документация прошлых лет. При проведении экспертизы должно быть установлено, что прерывание беременности есть результат травмы, а не связано с индивидуальными особенностями организма. Только в таком случае повреждение квалифицируется как тяжкое.

**4.Самоконтроль по тестовым заданиям данной темы**

1. ТЯЖЕСТЬ ВРЕДА ЗДОРОВЬЮ НЕ ОПРЕДЕЛЯЮТ, ЕСЛИ (ПК-5):

1) диагноз повреждения, патологического состояния достоверно не установлен

2) ясен исход не опасного для жизни повреждения

3) не представлены данные дополнительного обследования

4). Если потерпевший не может быть представлен на обследование

5). Недостаточно представлены материалы дела

Правильный ответ: 1

1. ТЯЖЕСТЬ ВРЕДА, ПРИЧИНЕННОГО ЗДОРОВЬЮ ЧЕЛОВЕКА В СЛУЧАЯХ СМЕРТИ ПОСТРАДАВШЕГО(ПК-5):

1) устанавливается при наличии повреждений

2) в некоторых случаях

3) по требованию следователя

4) по «Определению суда»

5) по поручению администрации

Правильный ответ: 1

1. РУКОВОДИТЕЛИ ЛЕЧ. ПРОФ. УЧРЕЖДЕНИЙ ОБЕСПЕЧИТЬ ОБСЛЕДОВАНИЕ ПОСТРАДАВШЕГО ПО НАПРАВЛЕНИЮ СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКОГО ЭКСПЕРТА(ПК-5):

1) не обязаны

2) обязаны

3) в некоторых случаях

4) только в случаях тяжкого телесного повреждения

5) только при наличии повреждений на теле

Правильный ответ: 2

1. СУДМЕДЭКСПЕРТ ВОПРОС ОБ ОСОБЫХ СПОСОБАХ ПРИЧИНЕНИЯ ПОВРЕЖДЕНИЙ(ПК-5):

1) не решает

2) решает

3) в некоторых случаях

4) решает по постановлению следователя

5) решает по «Определению суда»

Правильный ответ: 1

1. ПРОЦЕНТ СТОЙКОЙ УТРАТЫ ОБЩЕЙ ТРУДОСПОСОБНОСТИ У ДЕТЕЙ(ПК-5):

1) не определяют

2) определяют

3) определяют по требованию родителей

4) определяют только по требованию следствия, суда

5) определяют по желанию ребенка

Правильный ответ: 2

1. «ЗАКЛЮЧЕНИЕ ЭКСПЕРТА» НА РУКИ ПОСТРАДАВШЕМУ(ПК-5):

1) выдается

2) не выдается

3) в некоторых случаях

4) выдается по указанию следователя

5) выдается по указанию прокурора

Правильный ответ: 2

1. ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ВЫПИСОК ИЗ МЕДИЦИНСКИХ ДОКУМЕНТОВ ПРИ ПРОИЗВОДСТВЕ ЭКСПЕРТИЗЫ(ПК-5):

1) допускается

2) не допускается

3) допускается в случаях скоропостижной смерти

4) допускается в случаях травмы

5) допускается в случаях смерти в стационаре

Правильный ответ: 2

1. К МЕДИЦИНСКОМУ КРИТЕРИЮ ТЯЖКОГО ВРЕДА, ПРИЧИНЕННОГО ЗДОРОВЬЮ ЧЕЛОВЕКА, ОТНОСИТСЯ(ПК-5):

1) временное нарушение функций органов и (или) систем (временная нетрудоспособность) продолжительностью свыше трех недель (более 21 дня)

2) сотрясение головного мозга (срок лечения до 21 дня)

3) неизгладимое обезображивание лица

4) незначительная стойкая утрата общей трудоспособности – стойкая утрата общей трудоспособности менее 10 %

5) изнасилование

Правильный ответ: 3

1. ВОПРОС ОБ ОБЕЗОБРАЖИВАНИИ ЛИЦА РЕШАЕТСЯ(ПК-5):

1) судебно-медицинским экспертом

2) врачом-экспертом

3) врачом специалистом (хирургом, косметологом и др.)

4) судом

5) фельдшером

Правильный ответ: 4

1. ВОПРОС ОБ ИЗГЛАДИМОСТИ (НЕИЗГЛАДИМОСТИ) ПОВРЕЖДЕНИЯ НА ЛИЦЕ РЕШАЕТСЯ(ПК-5):

1) следователем

2) судом

3) единолично судебно-медицинским экспертом

4) врачом-экспертом

5) судебно-медицинским экспертом с участием соответствующих специалистов

Правильный ответ: 5

**5. Самоконтроль по ситуационным задачам**

**Задача № 1.** (УК-1 ПК-1 ПК-2 ПК-3 ПК-5 ПК-7 ПК-8 ПК-9 ПК-10)

**ОБСТОЯТЕЛЬСТВА ДЕЛА:** в постановлении указано, что «02.12.2012 года примерно в 21 час. 00 минут гр. Г., 1990 г.р., находясь на площадке второго этажа дома №0 по ул. Мира в Ленинском районе г. К….., умышленно причинил тяжкий вред здоровью гр. Д. в виде проникающего колото-резанного ранения брюшной полости, проникающего ранения тонкой кишки, касательного ранения тонкой кишки.»

Медицинские документы упакованы и опечатана.

Представлена история болезни из ГКБ №0 на имя гр. Д., 1953 г.р. в которой указано, что поступает 02.12.2012г., осмотрен хирургом. Жалобы на наличие раны живота, боль в области раны, общую слабость, тошноту. Со слов больного 02.12.2012г около 21-00 известный по имени Роман в пьяной ссоре ударил ножом в живот по адресу Глинки 6-20. Скорой помощью реанимационной бригадой доставлен в ГКБ на каталке с периферическим катетером в правой локтевой вене, продолжающейся инфузией физиологического раствора, экстренно поднят в операционную. **Объективно:** состояние ближе к тяжелому. В сознании, в алкогольном опьянении (запах свежего алкоголя в выдыхаемом воздухе). Положение лежа на каталке. Видимой патологии опорно-двигательного аппарата нет. Кожные покровы и видимые слизистые бледные, умеренный акроцианоз. Периферические лимфоузлы не увеличены. Грудная клетка симметричная. Дыхание везикулярное, проводится по всем легочным полям. Хрипов нет. ЧДД 20 в минуту. Сердечные тоны ясные, ритмичные. Пульс удовлетворительного наполнения 110 ударов в минуту. АД 150/70 мм рт.ст., катетеризирован мочевой пузырь – получено 150мл светлой мочи. Локально: язык влажный. Живот обычной формы, не вздут, симметричен. При пальпации мягкий, болезненный в области раны и нижних отделах живота. По срединной линии от лона и выше послеоперационный рубец 25х2,0см, крепкий, без грыжевых выпячиваний. Также имеется послеоперационный рубец после люмботомии слева – без особенностей. На 2см латеральнее среднеключичной линии слева на 3см выше уровня передневерхней ости подвздошной кости рана с острыми углами и ровными краями 3,0х0,5см, из раны подтекает кровь. Явных симптомов раздражения брюшины нет. Печеночная тупость сохранена, печень по краю реберной дуги. Селезенка, почки не пальпируются. Притупления в отлогих местах брюшной полости нет. Перистальтика выслушивается. Стул регулярный. Последний раз накануне без примесей, коричневого цвета. Диагноз: колото-резаная рана живота. Алкогольное опьянение. Сопутствующий: Единственная правая почка. 02.12.2012г. операция 1: первичная хирургическая обработка колото-резаной раны передней брюшной стенки. После обработки рук хирурга и операционного поля, под местным обезболиванием проведено исследование раневого канала, последний идет спереди назад, снизу-вверх, слева-направо, проходит через мышечно-апоневротический слой. Определяется дефект в париетальной брюшине около 2,0см в диаметре, в последнем видна прядь большого сальника. Выполнена обработка раны – иссечение краев и частично дна, в пределах интактных тканей. Операция 2: лапаротомия, ревизия брюшной полости, рассечение спаек ушивание проникающих ран тонкой кишки. Ушивание касательного ранения тонкой кишки. Санация и дренирование брюшной полости. Под общим обезболиванием выполнена срединная лапаротомия с иссечением старого послеоперационного рубца. В брюшной полости выраженный спаечный процесс, спайки разделены тупым и острым путем. В брюшной полости около 500мл свежей крови со сгустками, осушена. При ревизии тонкой кишки на 100 и 120см от связки Трейца обнаружены две раны 3,0х1,0см, проникающая полость, в рану подтекает кровь и кишечное содержимое. Ушиты двухрядным швов в поперечном направлении. На 150см от связки Трейца обнаружено касательное ранение тонкой кишки 2,0х1,0см, ушито серо-серозными швами. Осмотрены толстый кишечник, печень, желудок, селезенка, повреждений не выявлено. Брюшная полость промыта, осушена. В брюшную полость установлены два перчаточные дренажа по боковому каналу справа и в малый таз. Контроль на гемостаз и инородные тела. Рана послойно ушита. Наложены ас. повязки. Диагноз: проникающее колото-резаное ранение брюшной полости. Проникающие ранения тонкой кишки. Касательное ранение тонкой кишки. Спаечная болезнь брюшной полости. Алкогольное опьянение. 03.12.2012г. состояние стабильное, соответствует сроку и объему операции. Жалобы на раневую боль. Кожные покровы обычной окраски. АД 125/71 мм рт.ст. Пульс 92 удара в минуту. Дыхание проводится по всем полям, хрипов нет. Живот мягкий, не вздут, при пальпации умеренно болезненный по ходу послеоперационных швов. Диурез по катетеру. Локально: повязка в области дренажей умеренно промокла серозным отделяемым. Смена повязок. 04.12.2012г. больной из реанимационного отделения переводится в хирургическое. Состояние больного соответствует сроку и тяжести оперативного вмешательства. Беспокоят боли в области послеоперационных ран. Тошноты, рвоты нет. Мочится самостоятельно, безболезненно. Кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски. В легких дыхание везикулярное. Пульс 84 удара в минуту, ритмичен. Язык влажны. Живот не вздут, при пальпации болезненный в области ран. По дренажу в провой подвздошной области определяется серозное отделяемое. Здесь же повязки обильно промокли данным отделяемым. Смена повязок. В последующее дни состояние средней тяжести. Жалобы на боли в после операционных ран. Гемодинамика стабильная. Живот не вздут. Симптом Щеткина отрицательный во всех отделах. Повязка сухая. Послеоперационные швы без признаков воспаления. 10.12.2012г. удалены дренажи. 12.12.2012г. швы сняты. 14.12.2012г. состояние удовлетворительное. Жалоб не предъявляет. Живот правильной формы, не вздут, в акте дыхания участвует, при пальпации мягкий, незначительно болезнен в области швов. Повязка чистая, сухая. Отеков нет. Швы без признаков воспаления. Выписывается с рекомендациями: наблюдение у хирурга в поликлинике по месту жительства. Заключительный диагноз: проникающее колото-резаное ранение брюшной полости. Проникающее ранение тонкой кишки. Касательное ранение тонкой кишки. Спаечная болезнь брюшной полости.

**Вопросы:**

1. Телесные повреждения?
2. Степень тяжести вреда причиненного здоровью человека?
3. Механизм повреждения?
4. Давность нанесения травмы?
5. Состояние алкогольного опьянения?

Эталон:

1. У гр. Д. при обращении за медицинской помощью в результате события 02.12.2012г. имелась рана живота на передней поверхности слева, проникающая в брюшную полость, с ходом раневого канала спереди назад, снизу вверх и слева направо и повреждением по ходу раневого канала тонкого кишечника, наличием крови в полости брюшины (500мл).

2. Данное проникающее ранение живота, согласно приказу МЗиСР РФ №194н от 24.04.2008 года п.6.1.15 отнесена к критерию, характеризующему квалифицирующий признак вреда, опасного для жизни человека. По указанному признаку, согласно правилам «Определения тяжести вреда, причиненного здоровью человека» (постановление Правительства РФ №522 от 17.08.2007 года) квалифицируются как ТЯЖКИЙ вред здоровью.

3. Могло возникнуть от одного и более воздействия предмета (орудия), обладающего колюще-режущими свойствами.

4. Соответствует обстоятельствам дела.

5. В представленных медицинских документах каких-либо сведений о наличии у пострадавшей алкогольного либо иного опьянения не имеется.

**Задача № 2**(УК-1 ПК-1 ПК-2 ПК-3 ПК-5 ПК-7 ПК-8 ПК-9 ПК-10)

**ОБСТОЯТЕЛЬСТВА ДЕЛА:** в определении указано, что «17.11.2012 года около 21 часа 50 минут в районе дома 58 по ул. Мира произошло ДТП – столкновение двух а/м, в результате которого водитель гр. В. 1978 г.р… получил телесные повреждения и проходил лечение…».

Свидетельствуемый рассказал, что 17.11.2012г после 21 часа ехал за рулем леворульного легкового а/м, при ДТП- удар другого а/м слева, почувствовал боль во втором пальце правой кисти. Сознание не терял. Скорой помощью доставлен в ТОО№1, лечился амбулаторно в ТОО №2.

Представлена амбулаторная карта травматика (без номера) на имя свидетельствуемого, согласно которой обратился 19.11.2012г с жалобами на боли в области 2-го пальца правой кисти. Травма 17.11.2012г, ДТП в 21.50 часов, столкнулся с легковым а/м. Осмотрен в ТОО №1, наложен гипс. Рентгенография правой кисти от 17.11.2012г №707 - на рентгенограмме в области основой фаланги 2-го пальца правой кисти оскольчатая линия перелома без смещения фрагментов. Заключение: оскольчатый перелом основой фаланги 2-го пальца правой кисти (рентгенограмма №707 от 17.11.2012г представлена, соответствует описанию). С диагнозом: закрытый перелом основной фаланги 2-го пальца правой кисти находился на амбулаторном лечении до 14.12.2012г, на что указывают регулярные дневниковые записи. 11.12.2012г контрольная рентгенограмма правой кисти - в области основной фаланги 2-го пальца правой кисти слабые признаки восстановительных… Стояние в оси сохранено. Заключение: перелом основной фаланги 2-го пальца правой кисти в стадии консолидации (рентгенограмма №220 от 10.12.2012г представлена, соответствует описанию). 14.12.2012г выписан к труду. Других существенных записей не имеется.

Представленные медицинские документы упакованы и опечатаны.

**ЖАЛОБЫ:** на незначительное нарушение функции правой кисти.

**ОБЪЕКТИВНО:** каких-либо телесных повреждений или следов от них не обнаружено.

**Вопросы:**

* 1. Телесные повреждения?
  2. Степень тяжести вреда причиненного здоровью человека?
  3. Механизм повреждения?
  4. Давность нанесения травмы?

5. Состояние алкогольного опьянения?

Эталон:

1. У гр. В. при обращении за медицинской помощью 19 ноября 2012г, в результате события 17 ноября 2012г, имелся косой перелом 2-го пальца правой кисти.
2. Повреждение вызвало временную нетрудоспособность продолжительностью более 21 дня, что, согласно пункту 7.1. раздела II приказа МЗ и СР РФ 194н от 24.04.2008г, отнесено к критерию, характеризующему квалифицирующий признак длительного расстройства здоровья. По указанному признаку, согласно правилам «Определения тяжести вреда, причиненного здоровью человека» (постановление правительства РФ №522 от 17.08.2007г), квалифицируется как вред здоровью СРЕДНЕЙ тяжести.
3. Мог возникнуть от не прямого воздействия тупого твердого предмета (предметов).

4. Соответствует обстоятельствам дела.

5. В представленных медицинских документах каких-либо сведений о наличии у пострадавшей алкогольного либо иного опьянения не имеется.

**Задача № 3**(УК-1 ПК-1 ПК-2 ПК-3 ПК-5 ПК-7 ПК-8 ПК-9 ПК-10)

**ОБСТОЯТЕЛЬСТВА ДЕЛА:** в постановлении указано, что «01.07.2012года около 20:00 … гр. В. схватила несовершеннолетнего гр. А. за предплечья и начала трясти его за руки, затем ударила его своей ногой по его правой ступне …».

Медицинские документы представлены в упакованном и опечатанном виде.

Представлена медицинская карта амбулаторного больного из ТОО ГКБ на имя гр. А., 1998 года рождения, согласно записям которой 03 июля 2012года в 19:15 обратился с жалобами на боль в правой стопе, хромоту. Со слов – травма 01 июля 2012года в 20:00 соседка наступила на правую ногу. Объективно – незначительный отек дистального отдела тыла правой стопы, боль при пальпации головок 2,3 плюсневых костей, движения не ограничены, осевая сомнительна. Опора на носок снижена. Диагноз: закрытый перелом 3 плюсневой кости правой стопы без смещения. На рентгенограмме №6780 правой стопы – определяется субкапитальный перелом 3-ей плюсневой кости без смещения. 17 июля 2012года гипс лежит правильно. 26 июля 2012года – жалоб нет, гипс снят. Правая стопа безболезненна, ходит самостоятельно. Диагноз: сросшийся перелом 3-ей плюсневой кости правой стопы. Выписан.

Представлена рентгенограмма № 6780 от 03 июля 2012года на его имя.

28 декабря 2012года вышеуказанная рентгенограмма консультирована рентгенологом ККБСМЭ, профессором: «имеется перелом основной фаланги 1го пальца правой стопы»

**Вопросы:**

1.Телесные повреждения?

2.Степень тяжести вреда причиненного здоровью человека?

3.Механизм повреждения?

4.Давность нанесения травмы?

5.Состояние алкогольного опьянения?

Эталон:

1.У несовершеннолетнего гр. А. при обращении за медицинской помощью в результате события 03 июля 2012 года имелся перелом основной фаланги 1-го пальца правой стопы.

2.Повреждение вызвало временную нетрудоспособность продолжительностью более 21 дня, что согласно приказу МЗиСР РФ №194н от 24.04.2008 года п.7.1 отнесено к критерию, характеризующему квалифицирующий признак длительного расстройства здоровья. По указанному признаку, согласно правилам «Определения тяжести вреда, причиненного здоровью человека» (постановление Правительства РФ №522 от 17.08.2007 года) квалифицируется как вред здоровью СРЕДНЕЙ тяжести.

3.Мог возникнуть от воздействия тупого твердого предмета (предметов), в том числе при обстоятельствах, указанных в постановлении.

4. Соответствует обстоятельствам дела.

5. В представленных медицинских документах каких-либо сведений о наличии у пострадавшей алкогольного либо иного опьянения не имеется.

**Задача № 4** (УК-1 ПК-1 ПК-2 ПК-3 ПК-5 ПК-7 ПК-8 ПК-9 ПК-10)

**ОБСТОЯТЕЛЬСТВА ДЕЛА:** в постановлении указано, что «…15 октября 2012 года в 17 часов 00 минут, н/у лицо находилось на балконе шестого этажа квартиры №00 по ул. Мира 00 в Советском районе г. К……сбросило компьютерный стул на улицу, который попал по голове гр. Г., от чего последний упал и потерял сознание…».

06.12.2012г в помещении ККБСМЭ проведена судебно-медицинская экспертиза гр. Г. экспертом, о чем свидетельствует Заключение эксперта. При экспертизе получено: «ОБСТОЯТЕЛЬСТВА ДЕЛА - в постановлении указано, что «16.10.2012г в дежурную часть ОП МУ МВД России «К……» поступило заявление гр. Г. с просьбой привлечь к уголовной ответственности н/у лицо, которое 15.10.2012г в 17 часов по адресу: г. К….. ул. Мира дом 00 выбросило стул из окна, чем причинило гр. Г. телесные повреждения…». Свидетельствуемый рассказал, что 15.10.2012г около 17 часов на улице Мира в районе дома №00 что-то упало на голову, при этом потерял кратковременно сознание. Скорой помощью доставлен в ГКБ, госпитализирован. В настоящее время лечится амбулаторно в поликлинике по месту жительства. Представлена медицинская карта стационарного больного из ГКБ на имя свидетельствуемого, согласно которой поступил 15.10.2012г в 18.15 часов с жалобами на сильную головную боль, головокружение, тошноту, рвоту, боль в области ран. Со слов больного, 15.10.2012г около 17 часов с 6-го этажа упал на голову стул, терял сознание… Общее состояние больного средней степени тяжести, нормостенического типа…Частота дыхательных движений 17 в минуту. Пульс 90 в минуту. Артериальное давление 140/70 мм рт ст. Неврологический статус: сознание нарушено по типу умеренного оглушения, адекватен, ориентирован, адинамичен, вял, зрачки равные, фотореакции сохранены. Горизонтальный нистагм. Ограничение движений глазных яблок в крайних отведениях. Симптом Манн-Гуревича (+). Язык по средней линии. Лицо симметрично. Бульбарных нарушений нет. Мышечный тонус в конечностях умеренный. Брюшные рефлексы равные, оживлены. Сухожильные рефлексы с рук равные, живые, с ног без разницы сторон. Ригидность затылочных мышц 1 поперечный палец. Симптом Кернига (+), под углом 160 градусов. Стопных знаков нет. Координаторные пробы выполняет. Локально: данных за отоназоликворрею нет. Изо рта запаха алкоголя нет. В лобной области слева рвано-ушибленная рана линейной формы 3,0х1,5см, умеренно кровоточит. В правой параорбитальной области гематома багрово-синюшного цвета, рвано-ушибленная рана верхней губы, ссадины мягких тканей лобной области справа. КТ головного мозга от 15.10.2012г – в визуализированных суб- и супратенториальных структурах - очаговых изменений в веществе мозга не выявлено Срединные структуры не смещены. Определяется вдавленный перелом теменной кости справа, линейный перелом лобной кости справа и правой височной кости. Заключение: вдавленные переломы правой теменной кости, линейные переломы лобной кости справа и правой височной кости ( КТ грамма представлена, соответствует описанию). Наличие у больного раны головы, является показанием к операции – ПХО раны головы. Под местной анестезией края раны разведены, рана ревизована, дно раны- мягкие ткани, санация, швы на рану, ас. повязка. Диагноз: закрытая черепно-мозговая травма, ушиб головного мозга, вдавленный перелом теменной кости справа, линейные переломы височной и лобной костей справа. Рвано-ушибленная рана лобной кости слева. Рвано-ушибленная рана верхней губы. Параорбитальная гематома справа. Ссадины мягких тканей лобной области справа. 16.10.2012г осмотрен окулистом - в области правого глаза подкожная гематома век, глазное яблоко без особенностей. Зрение справа, со слов сохранено. Глазодвигательных нарушений нет. Глазное дно - диски зрительных нервов в норме, артерии без особенностей, вены умеренно расширены, набухшие, сетчатка без особенностей. Заключение: умеренная венозная инъекция сетчатки (застой) обоих глаз. Контузия придаточного аппарата правого глазного яблока. 15.10.2012г осмотрен стоматологом - **объективно:** рвано-ушибленная рана верхней губы 1,5х0,3х0,4см в пределах мягких тканей, загрязнена землей, ссадины лица. Диагноз: рвано-ушибленная рана верхней губы, ссадины лица. Под местной анестезией проведено ПХО раны. 17.10.2012г рентгенография носа - травматических повреждений костей носа не выявлено (рентгенограмма костей носа №1267 от 17.10.2012г представлена). 16.10.2012г ЭХО-ЭС - без особенностей. С диагнозом: закрытая черепно- мозговая травма, ушиб головного мозга легкой степени, закрытый вдавленный перелом теменной кости справа, линейные переломы височной и лобной костей справа, ушибленные раны лобной области, верхней губы, проходил консервативное лечение до 26.10.2012г. Выписан на амбулаторное лечение по месту жительства. Представленные медицинские документы упакованы и опечатаны. ЖАЛОБЫ - на периодические головные боли. ОБЪЕКТИВНО - в лобной области слева, чуть выше левого лобного бугра вертикальный линейный рубец розового цвета с ниспадающим дном, плотный, подвижный, со следами хирургических швов, размером 2,5х0,2см. В области верхней губы, чуть левее средней линии аналогичный кожный рубец гипертрофированный подвижный, твердый, веретенообразной формы, вертикальный 0,8х0,3см. Других повреждений не предъявлено».

**Вопросы:**

1.Телесные повреждения?

1. Степень тяжести вреда причиненного здоровью человека?
2. Механизм повреждения?
3. Давность нанесения травмы?

5. Состояние алкогольного опьянения?

Эталон:

1. У гр. Г. при обращении за медицинской помощью, в результате события 15 октября 2012г, имелась тупая сочетанная закрытая черепно-лицевая травма, представленная закрытой черепно-мозговой травмой в виде ушиба головного мозга легкой степени, переломами правых теменной, лобной и височной костей, кровоподтеком и ушибленными ранами на лице, на что указывают клинические данные и данные объективного рентгенологического обследования (КТ грамма от 15 октября 2012г). При настоящей экспертизе обнаружены кожные рубцы на лице, как следствие заживления ушибленных ран после хирургических манипуляций, давностью до трех месяцев ко времени проведения экспертизы 06 декабря 2012г.

2. Данная сочетанная травма, согласно приказу МЗ и СР РФ 194н от 24.04.2008г (п.п. 6.1.2), отнесена к критерию, характеризующему квалифицирующий признак вреда, опасного для жизни человека. По указанному признаку, согласно правилам «Определения тяжести вреда, причиненного здоровью человека» (постановление правительства РФ №522 от 17.08.2007г) квалифицируется как ТЯЖКИЙ ВРЕД здоровью.

3. Могла возникнуть от воздействия тупого твердого предмета (предметов), в том числе, не исключается при обстоятельствах, указанных в постановлении и свидетельствуемым.

4. Соответствует обстоятельствам дела.

5. В представленных медицинских документах каких-либо сведений о наличии у пострадавшей алкогольного либо иного опьянения не имеется.

**Задача № 5**(УК-1 ПК-1 ПК-2 ПК-3 ПК-5 ПК-7 ПК-8 ПК-9 ПК-10)

**ОСТОЯТЕЛЬСТВА ДЕЛА:** в постановлении указано, что «06.11.2012 года … дома … малолетняя гр. А. запнулась о край дорожки и упала на пол ударившись правой рукой о шкаф…».

Представлена медицинская карта амбулаторного больного из ТОО МБУЗ ГКБ на имя гр. А., 2008 г.р., которая обратилась 07 ноября 2012 года в 00.45 с жалобами на боли в правом плечевом суставе, ключице. Из анамнеза: 06 ноября 2012 года в 22.45 ударилась дома правым плечом. Локально – умеренный отек правого надплечья, боль при пальпации ключицы, движениях плечевого сустава (ограничены), осевая положительная. На рентгенограмме перелом средней трети ключицы без смещения. Наложена гипсовая повязка. Диагноз: перелом средней трети правой ключицы без смещения. 07 ноября 2012 года жалобы на дискомфорт в правой ключице. Объективно – правое надплечье опухшее, болезненное в проекции правой ключицы. Гипсовая повязка Ванштейна-Смирнова лежит правильно. Чувствительность в пальцах кисти сохранена. Диагноз: консолидирующийся перелом правой ключицы. 07 ноября 2012 года описание рентгенограммы №14154 правого плечевого сустава – определяется перелом в средней трети правой ключицы со смещением. 30 ноября 2012 года жалобы на дискомфорт в правой кисти. Динамика положительная. Гипс снят. Правый плечевой сустав обычной конфигурации. Сгибание в правом плечевом суставе 40°, разгибание 10°, отведение 40°. Диагноз: консолидированный перелом правой ключицы. Контрактура правого плечевого сустава. 14 декабря 2012 года жалоб нет. Отека нет. Пальпация правой ключицы безболезненна. Определяется костная мозоль, движения в правой верхней конечности в полном объеме. Диагноз: консолидированный перелом средней трети правой ключицы без смещения. В этот же день выписана с выздоровлением. Представлена рентгенограмма правого плечевого сустава и правой ключицы №14154(1) от 07.11.12г на имя гр. А., 4 лет с вышеуказанным описанием.

**Вопросы:**

1**.**Телесные повреждения?

2.Степень тяжести вреда причиненного здоровью человека?

3.Механизм повреждения?

4.Давность нанесения травмы?

5.Обстоятельства нанесения травмы?

Эталон:

* 1. У н/л гр. А. при обращении за медицинской помощью в результате события 06 ноября 2012 года имелся закрытый перелом средней трети диафиза правой ключицы со смещением костных отломков.
  2. Повреждение вызвало временную нетрудоспособность продолжительностью более 21 дня, что согласно приказу МЗиСР РФ №194н от 24.04.2008 года п.7.1 отнесено к критерию, характеризующему квалифицирующий признак длительного расстройства здоровья. По указанному признаку, согласно правилам «Определения тяжести вреда, причиненного здоровью человека» (постановление Правительства РФ №522 от 17.08.2007 года) квалифицируется как вред здоровью СРЕДНЕЙ тяжести.
  3. Мог возникнуть при обстоятельствах, указанных в постановлении, то есть при падении с высоты собственного роста (из положения «стоя») и ударе правой рукой о тупой твердый предмет.

4. Давностью до одних суток ко времени проведения обследования.

1. При любых обстоятельствах.

**6. Перечень практических умений по изучаемой теме**

(УК-1, УК-2, УК-3, ПК-5, ПК-6, ПК-10);

-применять на практике основы законодательства РФ о здравоохранении и директивные документы, определяющие деятельность органов и учреждений здравоохранения;

-оформлять типовые формы медицинской документации для бюро судебно-медицинской экспертизы;

**7. Рекомендации по выполнению НИР**

Примерная тематика по НИР по теме - не предусмотрена.

**8. Рекомендованная литература по теме занятия (обязательная, дополнительная, электронные ресурсы, включая законодательные и нормативно-правовые документы)**

**Занятие № 62**

**1. Индекс: ОД.О.01.1.10.88 Тема: «Экспертиза состояния здоровья, симуляции, агграва­ции, диссимуляции, искусственных болезней, самоповреж­дений и членовредительства»,** часть 1.

**2. Форма организации занятия:** подготовка к практическому занятию.

**3. Перечень вопросов для самоподготовки по теме практического занятия:**

1.ВОПРОС Как учитываются возникшие психические расстройства, заболевание наркоманией и токсикоманией при установлении тяжести вреда здоровью? (УК-1 ПК-1 ПК-2 ПК-3 ПК-5 ПК-7 ПК-8 ПК-9 ПК-10)

ОТВЕТ: Согласно «Правилам», повреждение следует относить к тяжким, если в результате его нанесения у пострадавшего развилось психическое заболевание и наблюдаются стойкие изменения личности. Остро возникающие и проходящие реактивные состояния и психозы, связанные с травмой или ситуацией, не относят к тяжким, их следует квалифицировать в зависимости от продолжительности расстройства здоровья. Экспертиза проводится комиссией, с участием психиатра и в ходе ее проведения должны быть установлены характер повреждения, наличие психического расстройства и адекватность травмы наступившим последствиям, что позволяет определить прямую причинную связь между травмой и психическим расстройством.

Что касается таких критериев тяжкого вреда здоровью, как психическое расстройство, заболевание наркоманией и токсикоманией, то они требуют участия специалистов (психиатров, наркологов) и установления прямой связи между повреждением и имеющимися последствиями.

2.ВОПРОС По каким признакам определяется средний вред здоровью? (УК-1 ПК-1 ПК-2 ПК-3 ПК-5 ПК-7 ПК-8 ПК-9 ПК-10)

ОТВЕТ: Статья 112 УК РФ предусматривает умышленное причинение вреда здоровью средней тяжести, не опасного для жизни и не повлекшего последствий, указанных в статье 111, но вызвавшего длительное расстройство здоровья или значительную стойкую утрату общей трудоспособности менее чем на одну треть. Те же действия, если они носили характер мучения или истязания, или были совершены с особой жестокостью, а равно в отношении лица, заведомо (для виновного) находящегося в беспомощном состоянии, являются отягчающими обстоятельствами, которые может помочь оценить судмедэксперт.

Таким образом, признаками средней тяжести вреда здоровью являются при отсутствии опасности для жизни и последствий, предусмотренных ст. 111 УК, два критерия:

— длительное расстройство здоровья, под которым следует понимать непосредственно связанные с повреждением последствия в виде

заболевания, нарушения какой-либо функции организма продолжительностью свыше 3 недель (т. е. более 21 дня);

— значительная стойкая утрата трудоспособности менее чем на одну треть, под которой стойкая утрата общей трудоспособности от 5.до 30% . Приведем два примера.

В результате падения пострадавший получил перелом ключицы. На лечении находился два месяца, после чего отломки полностью срослись и каких-либо функциональных нарушений не .отмечается. В данном случае повреждение квалифицируется экспертом как вред здоровью средней тяжести, вызвавший длительное расстройство здоровья свыше трех недель.

Иначе решается вопрос при наличии стойких нарушений функции после заживления повреждения. Пострадавший получил закрытый внутрисуставной перелом правого локтевого сустава. После лечения в течение трех месяцев наблюдается ограничение движений в суставе в сильной степени — резко выраженная контрактура. Согласно таблице определения процента утраты трудоспособности, указанные последствия влекут за собой стойкую утрату трудоспособности в размере 30%. Повреждение квалифицируется как вред здоровью средней тяжести, вызвавший стойкую утрату трудоспособности (от 5 до 30%).

3.ВОПРОС По каким признакам определяется легкий вред здоровью? (УК-1 ПК-1 ПК-2 ПК-3 ПК-5 ПК-7 ПК-8 ПК-9 ПК-10)

ОТВЕТ: Статья 115 УК РФ предусматривает умышленное причинение легкого вреда здоровью, которое влечет за собой кратковременное расстройство

здоровья или незначительную утрату стойкой трудоспособности.

Таким образом, легкий вред здоровью может повлечь за собой либо кратковременное расстройство здоровья, то есть до 21 дня, либо незначительную утрату стойкой трудоспособности, то есть до 5%.

Приведем два примера: Гр-н К. получил удар в лицо, в результате которого выявлен перелом костей носа, по поводу которого он лечился 12 дней. Это повреждение повлекло за собой кратковременное расстройство здоровья (до 3-х недель) и поэтому квалифицируется как легкий вред здоровью.

Б результате удара в глаз у гр-на В. острота зрения правого глаза снизилась с 1,0 до 0,8.Такое повреждение на основании таблицы определения процента утраты трудоспособности привело к 5% стойкой утрате трудоспособности и относится к вреду здоровью легкой тяжести, т. к. вызвало незначительную стойкую утрату трудоспособности.

4.ВОПРОС Имеет ли значение для определения степени тяжести вреда здоровья характер и количество повреждений? (УК-1 ПК-1 ПК-2 ПК-3 ПК-5 ПК-7 ПК-8 ПК-9 ПК-10)

ОТВЕТ: Вышеуказанные квалифицирующие признаки подходят для каждой категории вреда здоровью, но следует отметить, что ссадины, поверхностные небольшие раны сами по себе независимо от их количества не расцениваются, согласно этой юридической классификации, как вред здоровью. Исключение составляют случаи, когда они вызывают кратковременное расстройство здоровья или незначительную стойкую утрату трудоспособности.

5.ВОПРОС Что такое побои и как они устанавливаются? (УК-1 ПК-1 ПК-2 ПК-3 ПК-5 ПК-7 ПК-8 ПК-9 ПК-10)

ОТВЕТ: Предусмотренные статьей 116 УК РФ побои — не особый вид повреждений, а составляют действия, характеризующиеся многократным нанесением телесных повреждений в виде ссадин, кровоподтеков либо поверхностных ран. Если при многократных ударах возникают повреждения, которые влекут какой-либо вред здоровью, то такие повреждения квалифицируются в соответствии с общими правилами установления вреда здоровью. Задача эксперта выявить повреждения, описать их, отметить количество, давность их нанесения и выяснить, каким предметом они нанесены. В выводах указать, что они не причинили вреда здоровью. При отсутствии повреждений после обстоятельств нанесения повреждения, зафиксированных со слов потерпевшего, или направительных документов привести жалобы на физическую боль или другие, а затем отметить, что объективные признаки повреждений отсутствуют. Установление факта побоев, то есть юридическая квалификация деяния,, осуществляется органами дознания, следствия, прокуратуры или суда на основании заключения эксперта.

6.ВОПРОС Что такое истязания и мучения и какое значение имеет судебно-медицинская экспертиза в их установлении? (УК-1 ПК-1 ПК-2 ПК-3 ПК-5 ПК-7 ПК-8 ПК-9 ПК-10)

ОТВЕТ: Истязание (ст. 117 УК. РФ) характеризуется причинением физических (или психических) страданий, связанных с многократным или длительным причинением боли — сечение, щипа-ние, нанесение множественных, но небольших повреждений тупыми или острыми предметами, действие термических факторов и т. д.

Согласно «Правилам судебно-медицинского определения вреда здоровью», эксперт не квалифицирует повреждения как мучения или истязания — решение этого вопроса является компетенцией органов следствия или суда. Однако эксперт должен установить:

— наличие и характер повреждений; возможное различие в давности нанесения повреждений; орудие и способы нанесения повреждений;

тяжесть вреда здоровью.

При освидетельствовании гражданки М. на передней поверхности груди ниже ключиц и в области молочных желез обнаружено 18 повреждений в виде ожогов второй степени диаметром до 0,8 см, характерных для нанесения их зажженной сигаретой, что соответствовало обстоятельствам дела. Телесные повреждения определены как легкие, повлекшие за собой кратковременное расстройство здоровья, т. е. до 3 недель. Кроме того, в заключении указано, что способ нанесения повреждений был направлен на причинение особенной физической боли, о чем свидетельствует множественность повреждений, их локализация и характер. Следствием действия виновного квалифицированы как истязание.

Мучение — это действие, причиняющее страдания путем длительного лишения пищи, питья или тепла, либо помещение и оставление жертвы во вредных для здоровья условиях и другие подобные действия.

7.ВОПРОС В каких случаях судебно-медицинский эксперт не должен устанавливать степень тяжести вреда, нанесенного здоровью? (УК-1 ПК-1 ПК-2 ПК-3 ПК-5 ПК-7 ПК-8 ПК-9 ПК-10)

ОТВЕТ: Судебно-медицинскому эксперту следует воздержаться от определения тяжести телесных повреждений в случаях:

1. Неясности клинической картины или недостаточного клинического и лабораторного обследования потерпевшего.

2. Неясного исхода (не опасного для жизни) повреждения.

3. Отказа свидетельствуемого от дополнительного обследования или неявки его на повторный осмотр, если это лишает эксперта возможности правильно оценить характер повреждения, его клиническое течение и исход.

4. Отсутствие медицинских документов, в том числе и результатов дополнительных исследований, без которых не представляется возможность судить о характере и степени тяжести телесного повреждения.

Лицо, назначившее экспертизу или освидетельствование, должно быть извещено о причинах задержки исполнения заключения или невозможности дать заключение. Эксперт в своих выводах излагает причины, не позволяющие определить степень тяжести вреда здоровью, и указывает, какие сведения нужны ему для решения этого вопроса (медицинские документы, результаты лабораторных и иных исследований).

8.ВОПРОС Какие особенности имеет судебно-медицинская экспертиза установления тяжести вреда, здоровью у потерпевшего, находящегося на стационарном лечении в лечебном учреждении? (УК-1 ПК-1 ПК-2 ПК-3 ПК-5 ПК-7 ПК-8 ПК-9 ПК-10)

ОТВЕТ: Большинство пострадавших со средним или тяжким вредом здоровью госпитализируются и обычно довольно длительный период находятся на стационарном лечении. В то же время, своевременное и полноценное расследование каждого уголовного дела в связи с нанесением телесных повреждений немыслимо без экспертного заключения. В подобных случаях возникает необходимость проведения экспертизы в стационаре. Следователь представляет эксперту постановление о назначении экспертизы, и судебно-медицинский эксперт является в стационар, предъявляет заведующему отделением и лечащему врачу служебное удостоверение и документ о назначении экспертизы (освидетельствования). Органы здравоохранения обязаны оказывать судебно-медицин-ским экспертам содействие при проведении экспертизы. Эксперту предоставляется возможность детально ознакомиться с историей болезни и сделать из нее необходимые выписки, он может побеседовать с лечащим врачом и уточнить некоторые вопросы, касающиеся состояния больного, прогноза и т. п. Затем эксперт, если состояние пострадавшего это позволяет, направляется в палату и беседует с потерпевшим. В ходе беседы эксперт может выяснить интересующие его обстоятельства нанесения повреждений и иные вопросы, относящиеся к предмету экспертизы. Он интересуется жалобами пострадавшего и указывает их в акте, осматривает тело и описывает имеющиеся повреждения. Эта часть работы эксперта в стационаре особенно важна, так как в истории болезни далеко не всегда отражаются и детально описываются все имеющиеся на теле повреждения. Нередко описание повреждений в истории болезни является неполным или неточным, а иногда вообще отсутствует и врач ограничивается диагностическими (иногда неверными) терминами («ушибленная» или «рубленая» рана). Поэтому осмотр пострадавшего и полноценное описание экспертом повреждений являются необходимым при проведении освидетельствования в стационаре. В неясных случаях эксперт может присутствовать при перевязке и совместно с лечащим врачом осмотреть особенности повреждения, что позволит уточнить его происхождение, механизм образования. Судебно-медицинский эксперт может обратить внимание лечащих врачей на недочеты при описании повреждений и оформлении истории болезни, что позволит избежать подобных ошибок в будущем, будет способствовать улучшению качества оказания медицинской помощи и повысит роль истории болезни как юридического документа. Это один из аспектов оказания помощи органам практического здравоохранения.

В процессе освидетельствования может возникнуть необходимость в проведении каких-либо дополнительных лабораторных или клинических исследований, имеющих значение для экспертного заключения, и тогда по просьбе эксперта лечащий врач назначает или проводит такие исследования. Если клиническая картина не совсем ясна или не определился исход повреждения, то судебно-медицинский эксперт откладывает формулировку заключения. В противном случае после освидетельствования сразу оформляется акт, который печатается в двух экземплярах. Первый экземпляр, как обычно, передается под расписку или высылается по почте следователю, а второй хранится в экспертном учреждении.

**4. Самоконтроль по тестовым заданиям данной темы**

1. К МЕДИЦИНСКОМУ КРИТЕРИЮ ТЯЖКОГО ВРЕДА, ПРИЧИНЕННОГО ЗДОРОВЬЮ ЧЕЛОВЕКА, НЕ ОТНОСЯТСЯ (ПК-5):

1) опасность для жизни вред, причиненный здоровью человека

2) потеря зрения

3) утрата органа

4) проникающая рана живота

5) значительная стойкая утрата общей трудоспособности менее 1/3 (от 10% до 30%)

Правильный ответ: 5

1. КРИТЕРИЕМ СРЕДНЕЙ ТЯЖЕСТИ ВРЕДА, ПРИЧИНЕННОГО ЗДОРОВЬЮ ЧЕЛОВЕКА, ЯВЛЯЕТСЯ(ПК-5):

1) значительная стойкая утрата общей трудоспособности менее, чем на 1/3

2) утрата органа и его функции

3) опасность для жизни

4) заражение венерическим заболеванием

5) прерывание беременности вне зависимости от срока

Правильный ответ: 1

1. УДОСТОВЕРИТЬСЯ В ЛИЧНОСТИ СВИДЕТЕЛЬСТВУЕМОГО СУДМЕДЭКСПЕРТ МОЖЕТ ПО ДОКУМЕНТУ(ПК-5):

1) по справке из домоуправления

2) по паспорту

3) по справке с места работы

4) по сезонному билету для проезда на транспорте

5) правам для вождения автомобиля

Правильный ответ: 2

1. ДОСТОВЕРНЫЙ ИСТОЧНИК ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫХ СВЕДЕНИЙ ОБ ОБСТОЯТЕЛЬСТВАХ ПРОИСШЕСТВИЯ(ПК-5):

1) история болезни

2) выписка из журнала скорой помощи

3) «Постановление о назначении экспертизы»

4) рассказ пострадавшего

5) рассказ очевидцев случившегося

Правильный ответ: 3

1. СОСТОЯНИЕ ПОСТРАДАВШЕГО ПОСЛЕ ТРАВМЫ УСТАНАВЛИВАЕТСЯ(ПК-5):

1) изучением обстоятельств дела

2) постановкой наводящих вопросов

3) изучением данных медицинской документации

4) изучением постановления

5) опросом потерпевшего

Правильный ответ: 3

1. ОПРЕДЕЛЯТЬ ВЕЛИЧИНУ (ПРОЦЕНТ) СТОЙКОЙ УТРАТЫ ОБЩЕЙ ТРУДОСПОСОБНОСТИ ПРИ ОЦЕНКЕ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ ВРЕДА, ПРИЧИНЕННОГО ЗДОРОВЬЮ ЧЕЛОВЕКА, ИМЕЕТ ПРАВО(ПК-5):

1) судебно-медицинский эксперт

2) врач-специалист

3) специалисты «Центра медицинской социальной экспертизы»

4) судебно-медицинская экспертная комиссия

5) частная

Правильный ответ: 4

1. СУДМЕДЭКСПЕРТОМ ДОЛЖНО БЫТЬ УСТАНОВЛЕНО В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ, ПРИ КВАЛИФИКАЦИИ ТЯЖЕСТИ ВРЕДА, ПРИЧИНЕННОГО ЗДОРОВЬЮ ЧЕЛОВЕКА (ПК-5):

1) полная утрата профессиональной трудоспособности

2) временная нетрудоспособность

3) процент утраты общей трудоспособности

4) опасный для жизни вред, причиненный здоровью человека

5) длительное расстройство здоровья

Правильный ответ: 4

1. «ДЛИТЕЛЬНОЕ РАССТРОЙСТВО ЗДОРОВЬЯ» - ЭТО(ПК-5):

1) стойкая утрата общей трудоспособности свыше 30%

2) длительное расстройство здоровья более 21 дня

3) стойкая утрата общей трудоспособности менее 10%

4) кратковременное расстройство здоровья менее 21 дня

5) расстройство здоровья свыше 120 дней

Правильный ответ: 2

1. ПРИ УКАЗАНИИ НА «СОТРЯСЕНИЕ ГОЛОВНОГО МОЗГА», НЕ ПОДТВЕРЖДЕННОЕ ОБЪЕКТИВНЫМИ МЕДИЦИНСКИМИ КРИТЕРИЯМИ, СУДМЕДЭКСПЕРТ (ПК-5):

1) должен квалифицировать на основании жалоб пострадавшего

2) должен квалифицировать на основании данных опроса лечащего врача

3) не должен квалифицировать

4) должен квалифицировать на основании объективного осмотра пострадавшего

5) должен квалифицировать на основании данных анамнеза

Правильный ответ: 3

1. ОСНОВНАЯ ЗАДАЧА СУДМЕДЭКСПЕРТА ПРИ РЕШЕНИИ ВОПРОСА ОБ «ИСТЯЗАНИИ» (ПК-5):

1) решение вопроса об обстоятельствах травмы

2) установление давности, характера повреждений, локализации

3) решение вопроса об имевшем место истязании

4) решение вопроса о лечении пострадавшего

5) решение вопроса о диагностике сопутствующих

заболеваний у пострадавшего

Правильный ответ: 3

**5. Самоконтроль по ситуационным задачам**

**Задача № 1.** (УК-1 ПК-1 ПК-2 ПК-3 ПК-5 ПК-7 ПК-8 ПК-9 ПК-10)

**ОБСТОЯТЕЛЬСТВА ДЕЛА:** свидетельствуемая рассказала, что 09 ноября 2012 года около 14 часов в квартире сын гр. В. хватал за руки, толкал, схватил за левую руку (кисть), резко выкрутил ее. Сознание не теряла. За медицинской помощью обращалась в травмпункт Октябрьского района, где находилась на амбулаторном лечении.

04 декабря 2012 года в помещении ККБСМЭ было проведено дополнительное медицинское обследование гр. А. - Акт медицинского обследования живого лица, где приведены данные объективного обследования, медицинских документов: «15 ноября 2012 года в помещении ККБСМЭ было проведено медицинское обследование гр. А., - Акт медицинского обследования живого лица, где приведены данные объективного обследования: «ЖАЛОБЫ - на боль в области левой руки. ОБЪЕКТИВНО - на передней поверхности правого плеча в средней трети нижней трети бледно-зеленовато-желтоватых округлых кровоподтека, 2,5х1,5см, 2,0х1,0см. На передней поверхности левого плеча в средней трети подобный округлый кровоподтек, 1,0х1,0см. На тыльной поверхности левой кисти от средней трети до основных фаланг 5, 4, 3, 2 пальцев зеленоватый овальный кровоподтек, 8,0х5,0см. Других повреждений не предъявлено. Представлена медицинская карта амбулаторного больного из МБУЗ «ГКБ » на ее имя, согласно которой обратилась 09 ноября 2012 года в 16:45. Со слов больного, 09 ноября 2012 года в 10 часов сын ударил 4 палец левой кисти. Локально: отек в области 4 пальца левой кисти. Движения в суставах в полном объеме. Диагноз: ушиб 4 пальца левой кисти. Растяжение сустава левой кисти. 12 ноября 2012 года жалобы на боли в левой кисти. Локально: отек умеренный. Движения резко ограничены. Диагноз: растяжение капсульно - связочного аппарата пальцев левой кисти. 12 ноября 2012 года на рентгенограмме №510 4 пальца левой кисти - нечеткая линия перелома головки пястной кости. 21 ноября 2012 года жалобы на снижение силы кистевого захвата левой кисти. Локально: кистевой захват ослаблен до 3 баллов. Отек тыла кисти. Диагноз: повреждение капсульно - связочного аппарата пальцев левой кисти. 28 ноября 2012 года на больничном листе 21 день. Жалоб на момент осмотра нет. Локально: передвигается свободно. Движения в полном объеме. Отека, болезненности нет. Диагноз: повреждение капсульно - связочного аппарата пальцев левой кисти. Выздоровление. Других записей в амбулаторной карте нет. Представлен рентгенснимок левой кисти №510 от 12 ноября 2012 года на ее имя. ЖАЛОБЫ - на боль в 4 пальце левой кисти, движение в межфаланговых суставах 4 пальце левой кисти умеренно ограничены. ОБЪЕКТИВНО - каких-либо видимых повреждений или следов от них не выявлено».

На дополнительное медицинское обследование представлены медицинские документы в упакованном виде (медицинская карта амбулаторного больного из МБУЗ «ГКБ», рентгенснимок левой кисти №510 от 12 ноября 2012 года на ее имя, сведения из которых приведены выше).

Представлена копия протокола рентгенографии от 25 декабря 2012 года (без указания фамилии больного, лечебного учреждения) – на рентгенограмме левой кисти две проекции: рентгенсуставные щели сохранены в лучезапястном сустава. Межфаланговые и пястно-фаланговые суставы суженые, склероз суставных поверхностей. В костях выраженная «остеомения». Заключение: артрозоартриния мелких суставов левой кисти 1 степени. Учитывая патологическую подвижность 4 пальца в пястно-фаланговом суставе в анамнезе, можно предположить разрыв сухожильной сумки 4 пястно-фалангового сустава.

Представлены контрольные рентгенснимки: пальцев левой кисти в двух проекциях №583 от 12 декабря 2012 года, левой кисти без номера от 25 декабря 2012 года; правой кисти без номера от 25 декабря 2012 года на ее имя.

**ЖАЛОБЫ:** на боль в области левой кисти.

**ОБЪЕКТИВНО:** каких-либо видимых повреждений или следов от них не выявлено.

Необходима консультация рентгеновских снимков рентгенологом ККБСМЭ, с целью уточнения диагноза: «перелома головки пястной кости 4 пальца левой кисти».

28 декабря 2012года на рентгенограммах левой кисти №510 от 12.12.2012года, №583 от 12.12.2012года, №1941(2) от 25.12.2012года консультированы и описаны проф.: «на серии рентгенограмм левой кисти в прямой и косой проекциях определяется уступообразная деформация дистального метафиза 4 пальца левой кисти без существенного смещения отломков. Линия перелома поперечно-направленная к длиннику кости. Заключение - перелом дистального метафиза 4 пальца левой кисти».

**Вопросы:**

1. Телесные повреждения?
2. Степень тяжести вреда причиненного здоровью человека?
3. Механизм повреждения?
4. Давность нанесения травмы?
5. Обстоятельства нанесения травмы?

Эталон:

1. У гр. А. при обращении за медицинской помощью 09 ноября 2012 года имелась травма левой кисти, представленная переломом головки пястной кости 4 пальца и кровоподтеком в проекции перелома.

2. Данная травма повлекла временную нетрудоспособность продолжительностью более 21 дня, что согласно п.7.1 приказа МЗиСР РФ 194н от 24.04.2008г. отнесено к критерию, характеризующему квалифицирующий признак длительного расстройства здоровья. По указанному признаку, согласно правилам «Определения тяжести вреда, причиненного здоровью человека» (постановление правительства РФ №522 от 17.08.2007г.) квалифицируется, как вред здоровью СРЕДНЕЙ тяжести.

При обследовании 15 ноября 2012 года были обнаружены кровоподтеки на плечах, которые не влекут за собой кратковременного расстройства здоровья или незначительной стойкой утраты общей трудоспособности, согласно п.9 раздела П приказа МЗиСР РФ 194н от 24.04.2008г., расцениваются как повреждения, не причинившие вред здоровью человека.

3. Вышеуказанные повреждения могли возникнуть от воздействия твердого тупого предмета (предметов).

4. Давностью не менее 5-7 суток ко времени проведения обследования 15 ноября 2012 года.

5. При любых обстоятельствах.

**Задача № 2**(УК-1 ПК-1 ПК-2 ПК-3 ПК-5 ПК-7 ПК-8 ПК-9 ПК-10)

**ОБСТОЯТЕЛЬСТВА ДЕЛА:** в постановлении указано, что «07.06.2012г в ОП МУ МВД России «К……» поступило сообщение, что гр. В., 1971 г.р… в драке были причинены телесные повреждения… Сам гр. В. до настоящего времени не опрошен по обстоятельствам получения травмы, так как его местонахождение не установлено…».

Представлена медицинская карта амбулаторного больного из МБУЗ ГКБ на имя гр. В., 1971 г.р., согласно которой обратился 07.06.2012г в 23.35 часов с жалобами на боли в правом голеностопном суставе. 07.06.2012г в 17.00 часов подвернул правую ногу. Локально: отек, гематома правого голеностопного сустава. Пальпация связок резко болезненна. Движения ограничены из- за боли. Рентгенография правого голеностопного сустава в двух проекциях – краевой перелом переднего края большеберцовой кости? (рентгенограмма №9475 от 07.06.2012г представлена). Наложена гипсовая иммобилизация. 25.06.2012г контрольная рентгенограмма правого голеностопного сустава в двух проекциях – перелом заднего края большеберцовой кости. Стояние фрагментов удовлетворительное (рентгенограмма №4137 представлена, соответствует описанию). Диагноз: перелом заднего края большеберцовой кости. С данным диагнозом находился на амбулаторном лечении до 27.07.2012г, о чем свидетельствуют регулярные дневниковые записи. 27.07.2012г выписан к труду с диагнозом: перелом заднего края большеберцовой кости, выздоровление. Других записей не имеется.

Представленные медицинские документы упакованы и опечатаны.

**Вопросы:**

* 1. Телесные повреждения?
  2. Степень тяжести вреда причиненного здоровью человека?
  3. Механизм повреждения?
  4. Давность нанесения травмы?
  5. Могли ли данные телесные повреждения возникнуть при обстоятельствах, указанных в постановлении о назначении экспертизы?

Эталон:

1 У гр. В. при обращении за медицинской помощью, в результате события 07 июня 2012г, имелся перелом заднего дистального края большеберцовой кости.

2. Повреждение которое вызвало временную нетрудоспособность продолжительностью более 21 дня, что, согласно пункту 7.1. раздела II приказа МЗ и СР РФ 194н от 24.04.2008г, отнесено к критерию, характеризующему квалифицирующий признак длительного расстройства здоровья. По указанному признаку, согласно правилам «Определения тяжести вреда, причиненного здоровью человека» (постановление правительства РФ №522 от 17.08.2007г), квалифицируется как вред здоровью СРЕДНЕЙ тяжести.

3. Мог возникнуть от локального прямого воздействия тупого твердого предмета (предметов).

4. Соответствует обстоятельствам дела.

5. Ответить на вопрос «Могли ли данные телесные повреждения возникнуть при обстоятельствах, указанных в постановлении о назначении экспертизы?» не представляется возможным, так как в постановлении не указаны обстоятельства причинения повреждения.

**Задача № 3**(УК-1 ПК-1 ПК-2 ПК-3 ПК-5 ПК-7 ПК-8 ПК-9 ПК-10)

**ОБСТОЯТЕЛЬСТВА ДЕЛА:** в постановлении указано, что «03.12.2012года в 16:20 на ул. Мира произошел наезд а/м ВАЗ под управлением водителя гр. А. на стоящий а/м Тойота под управлением водителя гр. Н. В результате ДТП потерпевший гр. Н., получил телесные повреждений».

Свидетельствуемый рассказал, что 03 декабря 2012года в 17 часу находился в салоне своего стоящего автомобиля на пассажирском сидении, при этом получил удар сзади от другого автомобиля, ударился головой о стойку, произошло переразгибание шейного отдела позвоночника. Отмечал кратковременную потерю сознания. Скорой помощью доставлен в ГКБ, затем лечился в поликлинике по месту жительства.

Медицинские документы представлены в упакованном и опечатанном виде.

Представлена медицинская карта стационарного больного из ГКБ на имя Н., 1969 года рождения, согласно записям которой 03 декабря 2012года в 17:20 поступил с жалобами на головную боль, головокружение., тошноту, слабость, сильную боль в шейном отделе позвоночника. Из анамнеза – травма автодорожная, после ДТП ожидал в машине приезд сотрудников ДПС, во время чего в машину, где он сидел въехала другая машина. В результате столкновения ударился головой о стойку с сильным запрокидыванием назад. Кратковременно терял сознание. Состояние больного тяжелое, стабильное. Кожные покровы бледно – розовые, умерено влажные. Дыхание в легких жесткое, проводится по всем полям, хрипов нет. Частота дыхательных движений 17 в минуту. Тоны сердца ясные, ритмичные. АД 100/70 мм рт. ст. Живот симметричный, не вздут, равномерно участвует в акте дыхания. Неврологический статус – в сознании, адекватен, ориентирован, критика снижена, эмоционально лабилен, возбужден. Зрачки равные. Фотореакции сохранены. Горизонтальный нистагм. Симптом Манн – Гуревича положительный. Язык по средней линии. Лицо симметрично, бульбарных нарушений нет. Мышечный тонус в конечностях умеренный. Сухожильные рефлексы равные, снижены. Менингеальных и стопных знаков нет. Пальценосовую пробу выполняет с интенцией. Резкая болезненность при пальпации шейного отдела позвоночника. Движения в шейном отделе позвоночника резко ограничены. Локально – в затылочной области и по задней поверхности шеи багровый кровоподтек. Диагноз: Закрытая черепно – мозговая травма, сотрясение головного мозга. Ушиб шейного отдела позвоночника, цервикокраниалгия. 04 декабря окулист – горизонтальный мелкоразмашистый нистагм в обе стороны. Глазное дно обоих глаз: диски зрительных нервов бледно – розовые, контуры четкие, артерии умерено узкие, вены в норме. 04 декабря 2012года ЭХО-ЭС –дополнительные сигналы в передних и средне-задних отделах, ширина 3 желудочка 6мм, пульсация несколько усилена. На рентгенограммах черепа, шейного отдела позвоночника – травматических повреждений нет. 05 декабря 2012года осмотрен неврологом – в сознании. Горизонтальный нистагм, не доводит глазные яблоки влево. Язык по средней линии. Сухожильные рефлексы равные. Находится в воротнике жесткого типа. В позе Ромберга шаткость. Пальценосовую пробу выполняет с промахиванием с 2-х сторон, ярче справа. Диагноз: хлыстовая травма шейного отдела позвоночника с сотрясением головного мозга. 07 декабря 2012года состояние удовлетворительное. В сознании, адекватен, ориентирован. Выписывается с диагнозом: закрытая черепно – мозговая травма, сотрясение головного мозга, ушибы шейного отдела позвоночника. Других записей нет.

Представлена медицинская карта амбулаторного больного КОН из ГП на его имя, согласно записям которой 10 декабря 2012года состояние удовлетворительное. Дыхание проводится по всем легочным полям, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные. Живот мягкий, безболезненный. В позе Ромберга легкая шаткость. Пальценосовую пробу выполняет. Диагноз: закрытая черепно – мозговая травма, сотрясение головного мозга, ушиб шейного отдела позвоночника. 19 декабря 2012года у больного признаки краниоцервикальной травмы. 20 декабря 2012года жалоб нет. Объективно – ориентирован в месте и времени, зрачки равные. Фотореакции сохранены. Язык по средней линии. В позе Ромберга устойчив. Пальценосовую пробу выполняет. Диагноз: закрытая черепно – мозговая травма, сотрясение головного мозга. 24 декабря 2012года выписан к труду. Диагноз: закрытая черепно – мозговая травма, сотрясение головного мозга, ушиб шейного отдела позвоночника. Других записей нет.

Представлены рентгенограммы костей черепа в 2-х проекциях № 27669 от 03 декабря 2012года, шейного отдела позвоночника в 2-х проекциях №27669 от 03 декабря 2012года на его имя, с описанием представленным выше.

**ЖАЛОБЫ:** снижение работоспособности.

**ОБЪЕКТИВНО:** Каких – либо телесных повреждений или следов от них не обнаружено.

**Вопросы:**

1.Телесные повреждения?

1. Степень тяжести вреда причиненного здоровью человека?
2. Механизм повреждения?
3. Давность нанесения травмы?
4. Обстоятельства нанесения травмы?

Эталон:

1. У гр. Н. при обращении за медицинской помощью в результате события 03 декабря 2012года имелась краниоспинальная травма в виде сотрясения головного мозга, кровоподтека на шее.

2. Данная травма вызвала временную нетрудоспособность продолжительностью до 21 дня (включительно), что согласно приказу МЗиСР РФ №194н от 24.04.2008 года п.8.1 отнесено к критерию, характеризующему квалифицирующий признак кратковременного расстройства здоровья. По указанному признаку, согласно правилам «Определения тяжести вреда, причиненного здоровью человека» (постановление Правительства РФ №522 от 17.08.2007 года) квалифицируется как ЛЕГКИЙ вред здоровью.

3. Указанная травма могла возникнуть от воздействия твердого тупого предмета (предметов) или при ударе о таковой (таковые).

4. Соответствует обстоятельствам дела.

5. Данная травма могла быть получена, в том числе при ударе о внутренние части салона автотранспортного средства.

**Задача № 4** (УК-1 ПК-1 ПК-2 ПК-3 ПК-5 ПК-7 ПК-8 ПК-9 ПК-10)

**ОБСТОЯТЕЛЬСТВА ДЕЛА:** в постановлении указано, что «05.07.2012года около 18:45 по адресу: ул. Мира, 00 произошел наезд на пешехода гр. Б. автомобилем Тойота под управлением гр. Л».

Медицинские документы представлены в упакованном и опечатанном виде.

Представлена медицинская карта стационарного больного из ГКБ на имя гр. Б., 1956 года рождения, согласно записям которой 05.07.2012года в 19:35 поступил с жалобами на крайне выраженные боли, отек, усиливающиеся при малейшем движении, невозможность встать на левую нижнюю конечность, слабость, головокружение. Из анамнеза – АДТ от 05.07.2012года со слов пострадавшего, был сбит автомобилем Тойота на ул. Матросова. В результате травмы почувствовал резкую боль, невозможность встать на ногу, заметил деформацию. Объективно – состояние средней степени тяжести. Сознание спутанное, положение вынужденное. В пространстве, времени, личности ориентирован, возбужден. Сложения нормостенического, умеренного питания. Зрачки равные, нистагма нет. Координация движений не нарушена. Кожные покровы бледные, теплые, влажные, эластичные, чистые. Тип дыхания преимущественно грудной. Дыхание проводится по всем легочным полям, хрипов нет. Перкуторно звук легочной. Частота дыхательных движений 23 в минуту. Тоны сердца ясные, ритмичные. Число сердечных сокращений 90 в минуту. АД 100/70 мм рт. ст. Язык чистый суховат. Живот симметричен, в акте дыхания участвует равномерно, при пальпации мягкий безболезненный во всех отделах. Симптомов раздражения брюшины нет. Симптом 12 ребра отрицателен с обеих сторон. Локально – больной лежит на каталке, без транспортной иммобилизации. В области лба и спинки носа поверхностные осадненные раны, последние незначительно кровоточат. В области верхней трети левой голени выраженный отек. Осевая нагрузка резко болезненна, левая голень укорочена на 4см. Активные движения не выполняются, пассивные возможны, резко болезненны. Опора и самостоятельное передвижение невозможны. При пальпации данной области определяется резкая болезненность, патологическая подвижность, крепитация костных отломков. Чувствительность и движения в пальцах левой стопы не нарушены. На рентгенограмме левой голени от 05.07.2012года – отмечается нарушение целостности диафиза большеберцовой и малоберцовой костей на уровне верхней трети многооскольчатого характера со смещением отломков. На рентгенограммах правой голени, костей черепа, грудной клетки от 05.07.2012года – костно – деструктивных изменений не выявлено. Диагноз: АДТ, Закрытая черепно – мозговая травма, сотрясение головного мозга. Осадненные раны области лба, спинки носа. Закрытый многооскольчатый перелом обеих костей верхней трети левой голени со смещением костных фрагментов. 05 июля 2012года под местной анестезией проведена спица Киршнера через надлодыжечную область левой большеберцовой кости, санация осадненных участков кожи. Асептическая повязка. Смонтировано скелетное вытяжение с грузом по оси 8кг. 11 июля 2012года невролог – жалобы на боль в голове. Зрачки равные. Фотореакции сохранены. Симптом Манн – Гуревича положительный. Сухожильные рефлексы равные. Менингеальных знаков нет. Диагноз: закрытая черепно – мозговая травма, сотрясение головного мозга. 18 июля 2012года операция № 441.Закрытая репозиция, блокирующий интрамедуллярный остеосинтез оскольчатого перелома верхней трети и средней трети большеберцовой кости левой голени. Разрезом от нижнего полюса наколенника до бугристости большеберцовой кости левой голени до 5см, остро и тупо выделено тибиальное плато, через которое тунелизирован костномозговой канал, произведена обработка костномозгового канала. Выполнена закрытая репозиция, интрамедуллярно введен стержень, последний блокирован в дистальном отделе 2-мя кортикальными винтами во фронтальной плоскости, в проксимальном отделе двумя винтами в разных плоскостях, через точку введения стержня введен слепой винт. Контроль на гемостаз и инородные тела в ране. Санация, швы на раны до полутрубчатого дренажа. Асептическая повязка. 30 июля 2012года состояние удовлетворительное. Жалобы на умеренную боль в области послеоперационных ран. АД 120/80 мм рт. ст. Соматически без особенностей. Послеоперационные раны спокойные, швы сняты. Асептическая повязка. 31 июля 2012года выписывается с диагнозом: сочетанная АДТ: Закрытая черепно – мозговая травма, сотрясение головного мозга. Закрытый многооскольчатый перелом верхней трети левой голени со смещением костных фрагментов. Множественные осаднения тела. Других записей нет.

Представлены рентгенограммы костей черепа в 2-х проекциях, правой голени, левой голени, грудной клетки от 05 июля 2012года на его имя, с описанием представленным выше.

**Вопросы:**

1. Телесные повреждения?
2. Степень тяжести вреда причиненного здоровью человека?
3. Механизм повреждения?
4. Давность нанесения травмы?
5. Обстоятельства нанесения травмы?

Эталон:

1. У гр. Б. при обращении за медицинской помощью в результате события 05 июля 2012года имелась сочетанная травма тела, представленная:

- закрытой черепно – мозговой травмой в виде сотрясения головного мозга;

- закрытым многооскольчатым переломом обеих костей левой голени (диафизов малоберцовой и большеберцовой костей в верхней трети);

- ссадинами тела.

2. Данная сочетанная травма согласно приказу МЗиСР РФ №194н от 24.04.2008 года п.6.11.8 отнесен к критерию, характеризующему квалифицирующий признак вреда здоровью, вызывающему значительную стойкую утрату общей трудоспособности не менее чем на одну треть, независимо от исхода и оказания (неоказания) медицинской помощи. По указанному признаку, согласно правилам «Определения тяжести вреда, причиненного здоровью человека» (постановление Правительства РФ №522 от 17.08.2007 года) квалифицируется как ТЯЖКИЙ вред здоровью.

3. Указанные повреждения могли возникнуть от воздействия твердого тупого предмета (предметов) или при ударе о таковой (таковые).

4. Соответствует обстоятельствам дела.

5. Данная травма могла быть получена, в том числе при ударе выступающими частями двигающегося автотранспортного средства с последующим падением на твердую поверхность.

**Задача № 5**(УК-1 ПК-1 ПК-2 ПК-3 ПК-5 ПК-7 ПК-8 ПК-9 ПК-10)

**ОБСТОЯТЕЛЬСТВА ДЕЛА:** в постановлении указано, что «28.09.2012 около 13 час 30 мин по адресу: г. К….., ул. Мира, 00 во дворе МБОУ СОШ на спортивной площадке несовершеннолетний гр. С…. причинил телесные повреждения несовершеннолетнему гр. В……».

Представлена амбулаторная карточка травматика из ТОО МБУЗ ГКБ на имя В., 2002 г.р., который обратился 28 сентября 2012 года с жалобами на боли в области левого лучезапястного сустава. Из анамнеза: 28 сентября 2012 года в 13.30 известный мальчик стянул с турника. Объективно - осевая положительная, чувствительность в норме. Диагноз: закрытый перелом обеих костей левого предплечья без смещения. На рентгенограмме левого лучезапястного сустава поперечно направленная муфтообразная линия перелома без смещения фрагментов. Заключение – перелом левого предплечья в нижней трети без смещения. Наложен гипс. 02 октября 2012 года жалобы на боли. Гипс не беспокоит. Диагноз: тот же. 17 октября 2012 года гипс лежит. Осевая отрицательная. Пальпация болезненна. Диагноз: сросшийся перелом костей левого предплечья. 18 октября 2012 года рентгенография левого предплечья – на контрольной рентгенографии признаки удовлетворительной консолидации за счет всех костных структур. Стояние в оси нижней трети левого предплечья удовлетворительное. Заключение – перелом нижней трети левого предплечья в стадии консолидации. Находился на лечении до 13 ноября 2012 года, когда был выписан – жалоб не предъявляет. Трудоспособен.

Представлены рентгенограммы на имя гр. В., 9 лет костей нижней трети левого предплечья №1092(1) от 28.09.12г, №683(1) от 17.10.12г с вышеуказанным описанием.

Медицинские документы представлены в упакованном и опечатанном виде.

Каких-либо других медицинских документов на экспертизу не представлено.

**Вопросы:**

1. Телесные повреждения?
2. Степень тяжести вреда причиненного здоровью человека?
3. Механизм повреждения?
4. Давность нанесения травмы?
5. Обстоятельства нанесения травмы?

Эталон:

* 1. У н/л гр. В. при обращении за медицинской помощью в результате события 28 сентября 2012 года имелся закрытый перелом нижней трети обеих костей левого предплечья.
  2. Повреждение вызвало временную нетрудоспособность продолжительностью более 21 дня, что согласно приказу МЗиСР РФ №194н от 24.04.2008 года п.7.1 отнесено к критерию, характеризующему квалифицирующий признак длительного расстройства здоровья. По указанному признаку, согласно правилам «Определения тяжести вреда, причиненного здоровью человека» (постановление Правительства РФ №522 от 17.08.2007 года) выше указанная травма квалифицируется как вред здоровью СРЕДНЕЙ тяжести.
  3. Мог возникнуть от воздействия тупого твердого предмета (предметов).

4. Соответствует обстоятельствам дела.

5. Данная травма могла быть получена, и при обстоятельствах указанных в обстоятельствах дела.

**6. Перечень практических умений по изучаемой теме**

(УК-1, УК-2, УК-3, ПК-5, ПК-6, ПК-10);

-применять на практике основы законодательства РФ о здравоохранении и директивные документы, определяющие деятельность органов и учреждений здравоохранения;

-оформлять типовые формы медицинской документации для бюро судебно-медицинской экспертизы;

**7. Рекомендации по выполнению НИР**

Примерная тематика по НИР по теме - не предусмотрена.

**8. Рекомендованная литература по теме занятия (обязательная, дополнительная, электронные ресурсы, включая законодательные и нормативно-правовые документы)**

**Занятие № 63**

**1. Индекс: ОД.О.01.1.10.88 Тема: «Экспертиза состояния здоровья, симуляции, агграва­ции, диссимуляции, искусственных болезней, самоповреж­дений и членовредительства».** 2 часть

**2. Форма организации занятия:** подготовка к практическому занятию.

**3. Перечень вопросов для самоподготовки по теме практического занятия:**

1.ВОПРОС Как учитываются возникшие психические расстройства, заболевание наркоманией и токсикоманией при установлении тяжести вреда здоровью? (УК-1 ПК-1 ПК-2 ПК-3 ПК-5 ПК-7 ПК-8 ПК-9 ПК-10)

ОТВЕТ: Согласно «Правилам», повреждение следует относить к тяжким, если в результате его нанесения у пострадавшего развилось психическое заболевание и наблюдаются стойкие изменения личности. Остро возникающие и проходящие реактивные состояния и психозы, связанные с травмой или ситуацией, не относят к тяжким, их следует квалифицировать в зависимости от продолжительности расстройства здоровья. Экспертиза проводится комиссией, с участием психиатра и в ходе ее проведения должны быть установлены характер повреждения, наличие психического расстройства и адекватность травмы наступившим последствиям, что позволяет определить прямую причинную связь между травмой и психическим расстройством.

Что касается таких критериев тяжкого вреда здоровью, как психическое расстройство, заболевание наркоманией и токсикоманией, то они требуют участия специалистов (психиатров, наркологов) и установления прямой связи между повреждением и имеющимися последствиями.

2.ВОПРОС По каким признакам определяется средний вред здоровью? (УК-1 ПК-1 ПК-2 ПК-3 ПК-5 ПК-7 ПК-8 ПК-9 ПК-10)

ОТВЕТ: Статья 112 УК РФ предусматривает умышленное причинение вреда здоровью средней тяжести, не опасного для жизни и не повлекшего последствий, указанных в статье 111, но вызвавшего длительное расстройство здоровья или значительную стойкую утрату общей трудоспособности менее чем на одну треть.Те же действия, если они носили характер мучения или истязания, или были совершены с особой жестокостью, а равно в отношении лица, заведомо (для виновного) находящегося в беспомощном состоянии, являются отягчающими обстоятельствами, которые может помочь оценить судмедэксперт.

Таким образом, признаками средней тяжести вреда здоровью являются при отсутствии опасности для жизни и последствий, предусмотренных ст. 111 УК, два критерия:

— длительное расстройство здоровья, под которым следует понимать непосредственно связанные с повреждением последствия в виде

заболевания, нарушения какой-либо функции организма продолжительностью свыше 3 недель (т. е. более 21 дня);

— значительная стойкая утрата трудоспособности менее чем на одну треть, под которой понимается стойкая утрата общей трудоспособности от 5 до 30% . Приведем два примера.

В результате падения пострадавший получил перелом ключицы. На лечении находился два месяца, после чего отломки полностью срослись и каких-либо функциональных нарушений не .отмечается. В данном случае повреждение квалифицируется экспертом как вред здоровью средней тяжести, вызвавший длительное расстройство здоровья свыше трех недель.

Иначе решается вопрос при наличии стойких нарушений функции после заживления повреждения.Пострадавший получил закрытый внутрисуставной перелом правого локтевого сустава. После лечения в течение трех месяцев наблюдается ограничение движений в суставе в сильной степени — резко выраженная контрактура. Согласно таблице определения процента утраты трудоспособности, указанные последствия влекут за собой стойкую утрату трудоспособности в размере 30%. Повреждение квалифицируется как вред здоровью средней тяжести, вызвавший стойкую утрату трудоспособности (от 5 до 30%).

3.ВОПРОС По каким признакам определяется легкий вред здоровью? (УК-1 ПК-1 ПК-2 ПК-3 ПК-5 ПК-7 ПК-8 ПК-9 ПК-10)

ОТВЕТ: Статья 115 УК РФ предусматривает умыш-лейное нгрячиненйе легкого вреда здорсаыо, ноз-лсю.гего за собой кратковременное расстройство

здоровья или незначительную утрату стойкой трудоспособности.

Таким образом, легкий вред здоровью может повлечь за собой либо кратковременное расстройство здоровья, то есть до 21 дня, либо незначительную утрату стойкой трудоспособности, то есть до 5%.

Приведем два примера: Гр-н К. получил удар в лицо, в результате которого выявлен перелом костей носа, по поводу которого он лечился 12 дней. Это повреждение повлекло за собой кратковременное расстройство здоровья (до 3-х недель) и поэтому квалифицируется как легкий вред здоровью.

Б результате удара в глаз у гр-на В. острота зрения правого глаза снизилась с 1,0 до 0,8.Такое повреждение на основании таблицы определения процента утраты трудоспособности привело к 5% стойкой утрате трудоспособности и относится к вреду здоровью легкой тяжести, т. к. вызвало незначительную стойкую утрату трудоспособности.

4.ВОПРОС Имеет ли значение для определения степени тяжести вреда здоровья характер и количество повреждений? (УК-1 ПК-1 ПК-2 ПК-3 ПК-5 ПК-7 ПК-8 ПК-9 ПК-10)

ОТВЕТ: Вышеуказанные квалифицирующие признаки подходят для каждой категории вреда здоровью, но следует отметить, что ссадины, поверхностные небольшие раны сами по себе независимо от их количества не расцениваются, согласно этой юридической классификации, как вред здоровью. Исключение составляют случаи, когда они вызывают кратковременное расстройство здоровья или незначительную стойкую утрату трудоспособности.

5.ВОПРОС Что такое побои и как они устанавливаются? (УК-1 ПК-1 ПК-2 ПК-3 ПК-5 ПК-7 ПК-8 ПК-9 ПК-10)

ОТВЕТ: Предусмотренные статьей 116 УК РФ побои — не особый вид повреждений, а составляют действия, характеризующиеся многократным нанесением телесных повреждений в виде ссадин, кровоподтеков либо поверхностных ран. Если при многократных ударах возникают повреждения, которые влекут какой-либо вред здоровью, то такие повреждения квалифицируются в соответствии с общими правилами установления вреда здоровью. Задача эксперта выявить повреждения, описать их, отметить количество, давность их нанесения и выяснить, каким предметом они нанесены. В выводах указать, что они не причинили вреда здоровью. При отсутствии повреждений после обстоятельств нанесения повреждения, зафиксированных со слов потерпевшего, или направительных документов привести жалобы на физическую боль или другие, а затем отметить, что объективные признаки повреждений отсутствуют. Установление факта побоев, то есть юридическая квалификация деяния,, осуществляется органами дознания, следствия, прокуратуры или суда на основании заключения эксперта.

6.ВОПРОС Что такое истязания и мучения и какое значение имеет судебно-медицинская экспертиза в их установлении? (УК-1 ПК-1 ПК-2 ПК-3 ПК-5 ПК-7 ПК-8 ПК-9 ПК-10)

ОТВЕТ: Истязание (ст. 117 УК. РФ) характеризуется причинением физических (или психических) страданий, связанных с многократным или длительным причинением боли — сечение, щипа-ние, нанесение множественных, но небольших повреждений тупыми или острыми предметами, действие термических факторов и т. д.

Согласно «Правилам судебно-медицинского определения вреда здоровью», эксперт не квалифицирует повреждения как мучения или истязания — решение этого вопроса является компетенцией органов следствия или суда. Однако эксперт должен установить:

— наличие и характер повреждений; возможное различие в давности нанесения повреждений; орудие и способы нанесения повреждений;

тяжесть вреда здоровью.

При освидетельствовании гражданки М. на передней поверхности груди ниже ключиц и в области молочных желез обнаружено 18 повреждений в виде ожогов второй степени диаметром до 0,8 см, характерных для нанесения их зажженной сигаретой, что соответствовало обстоятельствам дела. Телесные повреждения определены как легкие, повлекшие за собой кратковременное расстройство здоровья, т. е. до 3 недель. Кроме того, в заключении указано, что способ нанесения повреждений был направлен на причинение особенной физической боли, о чем свидетельствует множественность повреждений, их локализация и характер. Следствием действия виновного квалифицированы как истязание.

Мучение — это действие, причиняющее страдания путем длительного лишения пищи, питья или тепла, либо помещение и оставление жертвы во вредных для здоровья условиях и другие подобные действия.

7.ВОПРОС В каких случаях судебно-медицинский эксперт не должен устанавливать степень тяжести вреда, нанесенного здоровью? (УК-1 ПК-1 ПК-2 ПК-3 ПК-5 ПК-7 ПК-8 ПК-9 ПК-10)

ОТВЕТ: Судебно-медицинскому эксперту следует воздержаться от определения тяжести телесных повреждений в случаях:

1. Неясности клинической картины или недостаточного клинического и лабораторного обследования потерпевшего.

2. Неясного исхода (не опасного для жизни) повреждения.

3. Отказа свидетельствуемого от дополнительного обследования или неявки его на повторный осмотр, если это лишает эксперта возможности правильно оценить характер повреждения, его клиническое течение и исход.

4. Отсутствие медицинских документов, в том числе и результатов дополнительных исследований, без которых не представляется возможность судить о характере и степени тяжести телесного повреждения.

Лицо, назначившее экспертизу или освидетельствование, должно быть извещено о причинах задержки исполнения заключения или невозможности дать заключение. Эксперт в своих выводах излагает причины, не позволяющие определить степень тяжести вреда здоровью, и указывает, какие сведения нужны ему для решения этого вопроса (медицинские документы, результаты лабораторных и иных исследований).

8.ВОПРОС Какие особенности имеет судебно-медицинская экспертиза установления тяжести вреда, здоровью у потерпевшего, находящегося на стационарном лечении в лечебном учреждении? (УК-1 ПК-1 ПК-2 ПК-3 ПК-5 ПК-7 ПК-8 ПК-9 ПК-10)

ОТВЕТ: Большинство пострадавших со средним или тяжким вредом здоровью госпитализируются и обычно довольно длительный период находятся на стационарном лечении. В то же время, своевременное и полноценное расследование каждого уголовного дела в связи с нанесением телесных повреждений немыслимо без экспертного заключения. В подобных случаях возникает необходимость проведения экспертизы в стационаре. Следователь представляет эксперту постановление о назначении экспертизы, и судебно-медицинский эксперт является в стационар, предъявляет заведующему отделением и лечащему врачу служебное удостоверение и документ о назначении экспертизы (освидетельствования). Органы здравоохранения обязаны оказывать судебно-медицин-ским экспертам содействие при проведении экспертизы. Эксперту предоставляется возможность детально ознакомиться с историей болезни и сделать из нее необходимые выписки, он может побеседовать с лечащим врачом и уточнить некоторые вопросы, касающиеся состояния больного, прогноза и т. п. Затем эксперт, если состояние пострадавшего это позволяет, направляется в палату и беседует с потерпевшим. В ходе беседы эксперт может выяснить интересующие его обстоятельства нанесения повреждений и иные вопросы, относящиеся к предмету экспертизы. Он интересуется жалобами пострадавшего и указывает их в акте, осматривает тело и описывает имеющиеся повреждения. Эта часть работы эксперта в стационаре особенно важна, так как в истории болезни далеко не всегда отражаются и детально описываются все имеющиеся на теле повреждения. Нередко описание повреждений в истории болезни является неполным или неточным, а иногда вообще отсутствует и врач ограничивается диагностическими (иногда неверными) терминами («ушибленная» или «рубленая» рана). Поэтому осмотр пострадавшего и полноценное описание экспертом повреждений являются необходимым при проведении освидетельствования в стационаре. В неясных случаях эксперт может присутствовать при перевязке и совместно с лечащим врачом осмотреть особенности повреждения, что позволит уточнить его происхождение, механизм образования. Судебно-медицинский эксперт может обратить внимание лечащих врачей на недочеты при описании повреждений и оформлении истории болезни, что позволит избежать подобных ошибок в будущем, будет способствовать улучшению качества оказания медицинской помощи и повысит роль истории болезни как юридического документа. Это один из аспектов оказания помощи органам практического здравоохранения.

В процессе освидетельствования может возникнуть необходимость в проведении каких-либо дополнительных лабораторных или клинических исследований, имеющих значение для экспертного заключения, и тогда по просьбе эксперта лечащий врач назначает или проводит такие исследования. Если клиническая картина не совсем ясна или не определился исход повреждения, то судебно-медицинский эксперт откладывает формулировку заключения. В противном случае после освидетельствования сразу оформляется акт, который печатается в двух экземплярах. Первый экземпляр, как обычно, передается под расписку или высылается по почте следователю, а второй хранится в экспертном учреждении.

**4.Самоконтроль по тестовым заданиям данной темы**

1. К МЕДИЦИНСКОМУ КРИТЕРИЮ ТЯЖКОГО ВРЕДА, ПРИЧИНЕННОГО ЗДОРОВЬЮ ЧЕЛОВЕКА, НЕ ОТНОСЯТСЯ (ПК-5):

1) опасность для жизни вред, причиненный здоровью человека

2) потеря зрения

3) утрата органа

4) проникающая рана живота

5) значительная стойкая утрата общей трудоспособности менее 1/3 (от 10% до 30%)

Правильный ответ: 5

1. КРИТЕРИЕМ СРЕДНЕЙ ТЯЖЕСТИ ВРЕДА, ПРИЧИНЕННОГО ЗДОРОВЬЮ ЧЕЛОВЕКА, ЯВЛЯЕТСЯ(ПК-5):

1) значительная стойкая утрата общей трудоспособности менее, чем на 1/3

2) утрата органа и его функции

3) опасность для жизни

4) заражение венерическим заболеванием

5) прерывание беременности вне зависимости от срока

Правильный ответ: 1

1. УДОСТОВЕРИТЬСЯ В ЛИЧНОСТИ СВИДЕТЕЛЬСТВУЕМОГО СУДМЕДЭКСПЕРТ МОЖЕТ ПО ДОКУМЕНТУ(ПК-5):

1) по справке из домоуправления

2) по паспорту

3) по справке с места работы

4) по сезонному билету для проезда на транспорте

5) правам для вождения автомобиля

Правильный ответ: 2

1. ДОСТОВЕРНЫЙ ИСТОЧНИК ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫХ СВЕДЕНИЙ ОБ ОБСТОЯТЕЛЬСТВАХ ПРОИСШЕСТВИЯ(ПК-5):

1) история болезни

2) выписка из журнала скорой помощи

3) «Постановление о назначении экспертизы»

4) рассказ пострадавшего

5) рассказ очевидцев случившегося

Правильный ответ: 3

1. СОСТОЯНИЕ ПОСТРАДАВШЕГО ПОСЛЕ ТРАВМЫ УСТАНАВЛИВАЕТСЯ(ПК-5):

1) изучением обстоятельств дела

2) постановкой наводящих вопросов

3) изучением данных медицинской документации

4) изучением постановления

5) опросом потерпевшего

Правильный ответ: 3

1. ОПРЕДЕЛЯТЬ ВЕЛИЧИНУ (ПРОЦЕНТ) СТОЙКОЙ УТРАТЫ ОБЩЕЙ ТРУДОСПОСОБНОСТИ ПРИ ОЦЕНКЕ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ ВРЕДА, ПРИЧИНЕННОГО ЗДОРОВЬЮ ЧЕЛОВЕКА, ИМЕЕТ ПРАВО(ПК-5):1) судебно-медицинский эксперт

2) врач-специалист

3) специалисты «Центра медицинской социальной экспертизы»

4) судебно-медицинская экспертная комиссия

5) частная

Правильный ответ: 4

1. СУДМЕДЭКСПЕРТОМ ДОЛЖНО БЫТЬ УСТАНОВЛЕНО В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ, ПРИ КВАЛИФИКАЦИИ ТЯЖЕСТИ ВРЕДА, ПРИЧИНЕННОГО ЗДОРОВЬЮ ЧЕЛОВЕКА (ПК-5):

1) полная утрата профессиональной трудоспособности

2) временная нетрудоспособность

3) процент утраты общей трудоспособности

4) опасный для жизни вред, причиненный здоровью человека

5) длительное расстройство здоровья

Правильный ответ: 4

1. «ДЛИТЕЛЬНОЕ РАССТРОЙСТВО ЗДОРОВЬЯ» - ЭТО(ПК-5):

1) стойкая утрата общей трудоспособности свыше 30%

2) длительное расстройство здоровья более 21 дня

3) стойкая утрата общей трудоспособности менее 10%

4) кратковременное расстройство здоровья менее 21 дня

5) расстройство здоровья свыше 120 дней

Правильный ответ: 2

1. ПРИ УКАЗАНИИ НА «СОТРЯСЕНИЕ ГОЛОВНОГО МОЗГА», НЕ ПОДТВЕРЖДЕННОЕ ОБЪЕКТИВНЫМИ МЕДИЦИНСКИМИ КРИТЕРИЯМИ, СУДМЕДЭКСПЕРТ (ПК-5):

1) должен квалифицировать на основании жалоб пострадавшего

2) должен квалифицировать на основании данных опроса лечащего врача

3) не должен квалифицировать

4) должен квалифицировать на основании объективного осмотра пострадавшего

5) должен квалифицировать на основании данных анамнеза

Правильный ответ: 3

1. ОСНОВНАЯ ЗАДАЧА СУДМЕДЭКСПЕРТА ПРИ РЕШЕНИИ ВОПРОСА ОБ «ИСТЯЗАНИИ» (ПК-5):

1) решение вопроса об обстоятельствах травмы

2) установление давности, характера повреждений, локализации

3) решение вопроса об имевшем место истязании

4) решение вопроса о лечении пострадавшего

5) решение вопроса о диагностике сопутствующих

заболеваний у пострадавшего

Правильный ответ: 2

**5. Самоконтроль по ситуационным задачам**

**Задача № 1.** (УК-1 ПК-1 ПК-2 ПК-3 ПК-5 ПК-7 ПК-8 ПК-9 ПК-10)

**ОБСТОЯТЕЛЬСТВА ДЕЛА:** свидетельствуемая рассказала, что 09 ноября 2012 года около 14 часов в квартире сын гр. В. хватал за руки, толкал, схватил за левую руку (кисть), резко выкрутил ее. Сознание не теряла. За медицинской помощью обращалась в травмпункт Октябрьского района, где находилась на амбулаторном лечении.

04 декабря 2012 года в помещении ККБСМЭ было проведено дополнительное медицинское обследование гр. А. - Акт медицинского обследования живого лица, где приведены данные объективного обследования, медицинских документов: «15 ноября 2012 года в помещении ККБСМЭ было проведено медицинское обследование гр. А., - Акт медицинского обследования живого лица, где приведены данные объективного обследования: «ЖАЛОБЫ - на боль в области левой руки. ОБЪЕКТИВНО - на передней поверхности правого плеча в средней трети нижней трети бледно-зеленовато-желтоватых округлых кровоподтека, 2,5х1,5см, 2,0х1,0см. На передней поверхности левого плеча в средней трети подобный округлый кровоподтек, 1,0х1,0см. На тыльной поверхности левой кисти от средней трети до основных фаланг 5, 4, 3, 2 пальцев зеленоватый овальный кровоподтек, 8,0х5,0см. Других повреждений не предъявлено. Представлена медицинская карта амбулаторного больного из МБУЗ «ГКБ » на ее имя, согласно которой обратилась 09 ноября 2012 года в 16:45. Со слов больного, 09 ноября 2012 года в 10 часов сын ударил 4 палец левой кисти. Локально: отек в области 4 пальца левой кисти. Движения в суставах в полном объеме. Диагноз: ушиб 4 пальца левой кисти. Растяжение сустава левой кисти. 12 ноября 2012 года жалобы на боли в левой кисти. Локально: отек умеренный. Движения резко ограничены. Диагноз: растяжение капсульно - связочного аппарата пальцев левой кисти. 12 ноября 2012 года на рентгенограмме №510 4 пальца левой кисти - нечеткая линия перелома головки пястной кости. 21 ноября 2012 года жалобы на снижение силы кистевого захвата левой кисти. Локально: кистевой захват ослаблен до 3 баллов. Отек тыла кисти. Диагноз: повреждение капсульно - связочного аппарата пальцев левой кисти. 28 ноября 2012 года на больничном листе 21 день. Жалоб на момент осмотра нет. Локально: передвигается свободно. Движения в полном объеме. Отека, болезненности нет. Диагноз: повреждение капсульно - связочного аппарата пальцев левой кисти. Выздоровление. Других записей в амбулаторной карте нет. Представлен рентгенснимок левой кисти №510 от 12 ноября 2012 года на ее имя. ЖАЛОБЫ - на боль в 4 пальце левой кисти, движение в межфаланговых суставах 4 пальце левой кисти умеренно ограничены. ОБЪЕКТИВНО - каких-либо видимых повреждений или следов от них не выявлено».

На дополнительное медицинское обследование представлены медицинские документы в упакованном виде (медицинская карта амбулаторного больного из МБУЗ «ГКБ», рентгенснимок левой кисти №510 от 12 ноября 2012 года на ее имя, сведения из которых приведены выше).

Представлена копия протокола рентгенографии от 25 декабря 2012 года (без указания фамилии больного, лечебного учреждения) – на рентгенограмме левой кисти две проекции: рентгенсуставные щели сохранены в лучезапястном сустава. Межфаланговые и пястно-фаланговые суставы суженые, склероз суставных поверхностей. В костях выраженная «остеомения». Заключение: артрозоартриния мелких суставов левой кисти 1 степени. Учитывая патологическую подвижность 4 пальца в пястно-фаланговом суставе в анамнезе, можно предположить разрыв сухожильной сумки 4 пястно-фалангового сустава.

Представлены контрольные рентгенснимки: пальцев левой кисти в двух проекциях №583 от 12 декабря 2012 года, левой кисти без номера от 25 декабря 2012 года; правой кисти без номера от 25 декабря 2012 года на ее имя.

**ЖАЛОБЫ:** на боль в области левой кисти.

**ОБЪЕКТИВНО:** каких-либо видимых повреждений или следов от них не выявлено.

Необходима консультация рентгеновских снимков рентгенологом ККБСМЭ, с целью уточнения диагноза: «перелома головки пястной кости 4 пальца левой кисти».

28 декабря 2012года на рентгенограммах левой кисти №510 от 12.12.2012года, №583 от 12.12.2012года, №1941(2) от 25.12.2012года консультированы и описаны проф.: «на серии рентгенограмм левой кисти в прямой и косой проекциях определяется уступообразная деформация дистального метафиза 4 пальца левой кисти без существенного смещения отломков. Линия перелома поперечно-направленная к длиннику кости. Заключение - перелом дистального метафиза 4 пальца левой кисти».

**Вопросы:**

1. Телесные повреждения?
2. Степень тяжести вреда причиненного здоровью человека?
3. Механизм повреждения?
4. Давность нанесения травмы?
5. Обстоятельства нанесения травмы?

Эталон:

1. У гр. А. при обращении за медицинской помощью 09 ноября 2012 года имелась травма левой кисти, представленная переломом головки пястной кости 4 пальца и кровоподтеком в проекции перелома.

2. Данная травма повлекла временную нетрудоспособность продолжительностью более 21 дня, что согласно п.7.1 приказа МЗиСР РФ 194н от 24.04.2008г. отнесено к критерию, характеризующему квалифицирующий признак длительного расстройства здоровья. По указанному признаку, согласно правилам «Определения тяжести вреда, причиненного здоровью человека» (постановление правительства РФ №522 от 17.08.2007г.) квалифицируется, как вред здоровью СРЕДНЕЙ тяжести.

При обследовании 15 ноября 2012 года были обнаружены кровоподтеки на плечах, которые не влекут за собой кратковременного расстройства здоровья или незначительной стойкой утраты общей трудоспособности, согласно п.9 раздела П приказа МЗиСР РФ 194н от 24.04.2008г., расцениваются как повреждения, не причинившие вред здоровью человека.

3. Вышеуказанные повреждения могли возникнуть от воздействия твердого тупого предмета (предметов).

4. Давностью не менее 5-7 суток ко времени проведения обследования 15 ноября 2012 года.

5. При любых обстоятельствах.

**Задача № 2**(УК-1 ПК-1 ПК-2 ПК-3 ПК-5 ПК-7 ПК-8 ПК-9 ПК-10)

**ОБСТОЯТЕЛЬСТВА ДЕЛА:** в постановлении указано, что «07.06.2012г в ОП МУ МВД России «К……» поступило сообщение, что гр. В., 1971 г.р… в драке были причинены телесные повреждения… Сам гр. В. до настоящего времени не опрошен по обстоятельствам получения травмы, так как его местонахождение не установлено…».

Представлена медицинская карта амбулаторного больного из МБУЗ ГКБ на имя гр. В., 1971 г.р., согласно которой обратился 07.06.2012г в 23.35 часов с жалобами на боли в правом голеностопном суставе. 07.06.2012г в 17.00 часов подвернул правую ногу. Локально: отек, гематома правого голеностопного сустава. Пальпация связок резко болезненна. Движения ограничены из- за боли. Рентгенография правого голеностопного сустава в двух проекциях – краевой перелом переднего края большеберцовой кости? (рентгенограмма №9475 от 07.06.2012г представлена). Наложена гипсовая иммобилизация. 25.06.2012г контрольная рентгенограмма правого голеностопного сустава в двух проекциях – перелом заднего края большеберцовой кости. Стояние фрагментов удовлетворительное (рентгенограмма №4137 представлена, соответствует описанию). Диагноз: перелом заднего края большеберцовой кости. С данным диагнозом находился на амбулаторном лечении до 27.07.2012г, о чем свидетельствуют регулярные дневниковые записи. 27.07.2012г выписан к труду с диагнозом: перелом заднего края большеберцовой кости, выздоровление. Других записей не имеется.

Представленные медицинские документы упакованы и опечатаны.

**Вопросы:**

* 1. Телесные повреждения?
  2. Степень тяжести вреда причиненного здоровью человека?
  3. Механизм повреждения?
  4. Давность нанесения травмы?
  5. Могли ли данные телесные повреждения возникнуть при обстоятельствах, указанных в постановлении о назначении экспертизы?

Эталон:

1 У гр. В. при обращении за медицинской помощью, в результате события 07 июня 2012г, имелся перелом заднего дистального края большеберцовой кости.

2. Повреждение которое вызвало временную нетрудоспособность продолжительностью более 21 дня, что, согласно пункту 7.1. раздела II приказа МЗ и СР РФ 194н от 24.04.2008г, отнесено к критерию, характеризующему квалифицирующий признак длительного расстройства здоровья. По указанному признаку, согласно правилам «Определения тяжести вреда, причиненного здоровью человека» (постановление правительства РФ №522 от 17.08.2007г), квалифицируется как вред здоровью СРЕДНЕЙ тяжести.

3. Мог возникнуть от локального прямого воздействия тупого твердого предмета (предметов).

4. Соответствует обстоятельствам дела.

5. Ответить на вопрос «Могли ли данные телесные повреждения возникнуть при обстоятельствах, указанных в постановлении о назначении экспертизы?» не представляется возможным, так как в постановлении не указаны обстоятельства причинения повреждения.

**Задача № 3**(УК-1 ПК-1 ПК-2 ПК-3 ПК-5 ПК-7 ПК-8 ПК-9 ПК-10)

**ОБСТОЯТЕЛЬСТВА ДЕЛА:** в постановлении указано, что «03.12.2012года в 16:20 на ул. Мира произошел наезд а/м ВАЗ под управлением водителя гр. А. на стоящий а/м Тойота под управлением водителя гр. Н. В результате ДТП потерпевший гр. Н., получил телесные повреждений».

Свидетельствуемый рассказал, что 03 декабря 2012года в 17 часу находился в салоне своего стоящего автомобиля на пассажирском сидении, при этом получил удар сзади от другого автомобиля, ударился головой о стойку, произошло переразгибание шейного отдела позвоночника. Отмечал кратковременную потерю сознания. Скорой помощью доставлен в ГКБ, затем лечился в поликлинике по месту жительства.

Медицинские документы представлены в упакованном и опечатанном виде.

Представлена медицинская карта стационарного больного из ГКБ на имя Н., 1969 года рождения, согласно записям которой 03 декабря 2012года в 17:20 поступил с жалобами на головную боль, головокружение., тошноту, слабость, сильную боль в шейном отделе позвоночника. Из анамнеза – травма автодорожная, после ДТП ожидал в машине приезд сотрудников ДПС, во время чего в машину, где он сидел въехала другая машина. В результате столкновения ударился головой о стойку с сильным запрокидыванием назад. Кратковременно терял сознание. Состояние больного тяжелое, стабильное. Кожные покровы бледно – розовые, умерено влажные. Дыхание в легких жесткое, проводится по всем полям, хрипов нет. Частота дыхательных движений 17 в минуту. Тоны сердца ясные, ритмичные. АД 100/70 мм рт. ст. Живот симметричный, не вздут, равномерно участвует в акте дыхания. Неврологический статус – в сознании, адекватен, ориентирован, критика снижена, эмоционально лабилен, возбужден. Зрачки равные. Фотореакции сохранены. Горизонтальный нистагм. Симптом Манн – Гуревича положительный. Язык по средней линии. Лицо симметрично, бульбарных нарушений нет. Мышечный тонус в конечностях умеренный. Сухожильные рефлексы равные, снижены. Менингеальных и стопных знаков нет. Пальценосовую пробу выполняет с интенцией. Резкая болезненность при пальпации шейного отдела позвоночника. Движения в шейном отделе позвоночника резко ограничены. Локально – в затылочной области и по задней поверхности шеи багровый кровоподтек. Диагноз: Закрытая черепно – мозговая травма, сотрясение головного мозга. Ушиб шейного отдела позвоночника, цервикокраниалгия. 04 декабря окулист – горизонтальный мелкоразмашистый нистагм в обе стороны. Глазное дно обоих глаз: диски зрительных нервов бледно – розовые, контуры четкие, артерии умерено узкие, вены в норме. 04 декабря 2012года ЭХО-ЭС –дополнительные сигналы в передних и средне-задних отделах, ширина 3 желудочка 6мм, пульсация несколько усилена. На рентгенограммах черепа, шейного отдела позвоночника – травматических повреждений нет. 05 декабря 2012года осмотрен неврологом – в сознании. Горизонтальный нистагм, не доводит глазные яблоки влево. Язык по средней линии. Сухожильные рефлексы равные. Находится в воротнике жесткого типа. В позе Ромберга шаткость. Пальценосовую пробу выполняет с промахиванием с 2-х сторон, ярче справа. Диагноз: хлыстовая травма шейного отдела позвоночника с сотрясением головного мозга. 07 декабря 2012года состояние удовлетворительное. В сознании, адекватен, ориентирован. Выписывается с диагнозом: закрытая черепно – мозговая травма, сотрясение головного мозга, ушибы шейного отдела позвоночника. Других записей нет.

Представлена медицинская карта амбулаторного больного КОН из ГП на его имя, согласно записям которой 10 декабря 2012года состояние удовлетворительное. Дыхание проводится по всем легочным полям, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные. Живот мягкий, безболезненный. В позе Ромберга легкая шаткость. Пальценосовую пробу выполняет. Диагноз: закрытая черепно – мозговая травма, сотрясение головного мозга, ушиб шейного отдела позвоночника. 19 декабря 2012года у больного признаки краниоцервикальной травмы. 20 декабря 2012года жалоб нет. Объективно – ориентирован в месте и времени, зрачки равные. Фотореакции сохранены. Язык по средней линии. В позе Ромберга устойчив. Пальценосовую пробу выполняет. Диагноз: закрытая черепно – мозговая травма, сотрясение головного мозга. 24 декабря 2012года выписан к труду. Диагноз: закрытая черепно – мозговая травма, сотрясение головного мозга, ушиб шейного отдела позвоночника. Других записей нет.

Представлены рентгенограммы костей черепа в 2-х проекциях № 27669 от 03 декабря 2012года, шейного отдела позвоночника в 2-х проекциях №27669 от 03 декабря 2012года на его имя, с описанием представленным выше.

**ЖАЛОБЫ:** снижение работоспособности.

**ОБЪЕКТИВНО:** Каких – либо телесных повреждений или следов от них не обнаружено.

**Вопросы:**

1.Телесные повреждения?

1. Степень тяжести вреда причиненного здоровью человека?
2. Механизм повреждения?
3. Давность нанесения травмы?
4. Обстоятельства нанесения травмы?

Эталон:

1. У гр. Н. при обращении за медицинской помощью в результате события 03 декабря 2012года имелась краниоспинальная травма в виде сотрясения головного мозга, кровоподтека на шее.

2. Данная травма вызвала временную нетрудоспособность продолжительностью до 21 дня (включительно), что согласно приказу МЗиСР РФ №194н от 24.04.2008 года п.8.1 отнесено к критерию, характеризующему квалифицирующий признак кратковременного расстройства здоровья. По указанному признаку, согласно правилам «Определения тяжести вреда, причиненного здоровью человека» (постановление Правительства РФ №522 от 17.08.2007 года) квалифицируется как ЛЕГКИЙ вред здоровью.

3. Указанная травма могла возникнуть от воздействия твердого тупого предмета (предметов) или при ударе о таковой (таковые).

4. Соответствует обстоятельствам дела.

5. Данная травма могла быть получена, в том числе при ударе о внутренние части салона автотранспортного средства.

**Задача № 4** (УК-1 ПК-1 ПК-2 ПК-3 ПК-5 ПК-7 ПК-8 ПК-9 ПК-10)

**ОБСТОЯТЕЛЬСТВА ДЕЛА:** в постановлении указано, что «05.07.2012года около 18:45 по адресу: ул. Мира, 00 произошел наезд на пешехода гр. Б. автомобилем Тойота под управлением гр. Л».

Медицинские документы представлены в упакованном и опечатанном виде.

Представлена медицинская карта стационарного больного из ГКБ на имя гр. Б., 1956 года рождения, согласно записям которой 05.07.2012года в 19:35 поступил с жалобами на крайне выраженные боли, отек, усиливающиеся при малейшем движении, невозможность встать на левую нижнюю конечность, слабость, головокружение. Из анамнеза – АДТ от 05.07.2012года со слов пострадавшего, был сбит автомобилем Тойота на ул. Матросова. В результате травмы почувствовал резкую боль, невозможность встать на ногу, заметил деформацию. Объективно – состояние средней степени тяжести. Сознание спутанное, положение вынужденное. В пространстве, времени, личности ориентирован, возбужден. Сложения нормостенического, умеренного питания. Зрачки равные, нистагма нет. Координация движений не нарушена. Кожные покровы бледные, теплые, влажные, эластичные, чистые. Тип дыхания преимущественно грудной. Дыхание проводится по всем легочным полям, хрипов нет. Перкуторно звук легочной. Частота дыхательных движений 23 в минуту. Тоны сердца ясные, ритмичные. Число сердечных сокращений 90 в минуту. АД 100/70 мм рт. ст. Язык чистый суховат. Живот симметричен, в акте дыхания участвует равномерно, при пальпации мягкий безболезненный во всех отделах. Симптомов раздражения брюшины нет. Симптом 12 ребра отрицателен с обеих сторон. Локально – больной лежит на каталке, без транспортной иммобилизации. В области лба и спинки носа поверхностные осадненные раны, последние незначительно кровоточат. В области верхней трети левой голени выраженный отек. Осевая нагрузка резко болезненна, левая голень укорочена на 4см. Активные движения не выполняются, пассивные возможны, резко болезненны. Опора и самостоятельное передвижение невозможны. При пальпации данной области определяется резкая болезненность, патологическая подвижность, крепитация костных отломков. Чувствительность и движения в пальцах левой стопы не нарушены. На рентгенограмме левой голени от 05.07.2012года – отмечается нарушение целостности диафиза большеберцовой и малоберцовой костей на уровне верхней трети многооскольчатого характера со смещением отломков. На рентгенограммах правой голени, костей черепа, грудной клетки от 05.07.2012года – костно – деструктивных изменений не выявлено. Диагноз: АДТ, Закрытая черепно – мозговая травма, сотрясение головного мозга. Осадненные раны области лба, спинки носа. Закрытый многооскольчатый перелом обеих костей верхней трети левой голени со смещением костных фрагментов. 05 июля 2012года под местной анестезией проведена спица Киршнера через надлодыжечную область левой большеберцовой кости, санация осадненных участков кожи. Асептическая повязка. Смонтировано скелетное вытяжение с грузом по оси 8кг. 11 июля 2012года невролог – жалобы на боль в голове. Зрачки равные. Фотореакции сохранены. Симптом Манн – Гуревича положительный. Сухожильные рефлексы равные. Менингеальных знаков нет. Диагноз: закрытая черепно – мозговая травма, сотрясение головного мозга. 18 июля 2012года операция № 441.Закрытая репозиция, блокирующий интрамедуллярный остеосинтез оскольчатого перелома верхней трети и средней трети большеберцовой кости левой голени. Разрезом от нижнего полюса наколенника до бугристости большеберцовой кости левой голени до 5см, остро и тупо выделено тибиальное плато, через которое тунелизирован костномозговой канал, произведена обработка костномозгового канала. Выполнена закрытая репозиция, интрамедуллярно введен стержень, последний блокирован в дистальном отделе 2-мя кортикальными винтами во фронтальной плоскости, в проксимальном отделе двумя винтами в разных плоскостях, через точку введения стержня введен слепой винт. Контроль на гемостаз и инородные тела в ране. Санация, швы на раны до полутрубчатого дренажа. Асептическая повязка. 30 июля 2012года состояние удовлетворительное. Жалобы на умеренную боль в области послеоперационных ран. АД 120/80 мм рт. ст. Соматически без особенностей. Послеоперационные раны спокойные, швы сняты. Асептическая повязка. 31 июля 2012года выписывается с диагнозом: сочетанная АДТ: Закрытая черепно – мозговая травма, сотрясение головного мозга. Закрытый многооскольчатый перелом верхней трети левой голени со смещением костных фрагментов. Множественные осаднения тела. Других записей нет.

Представлены рентгенограммы костей черепа в 2-х проекциях, правой голени, левой голени, грудной клетки от 05 июля 2012года на его имя, с описанием представленным выше.

**Вопросы:**

1. Телесные повреждения?
2. Степень тяжести вреда причиненного здоровью человека?
3. Механизм повреждения?
4. Давность нанесения травмы?
5. Обстоятельства нанесения травмы?

Эталон:

1. У гр. Б. при обращении за медицинской помощью в результате события 05 июля 2012года имелась сочетанная травма тела, представленная:

- закрытой черепно – мозговой травмой в виде сотрясения головного мозга;

- закрытым многооскольчатым переломом обеих костей левой голени (диафизов малоберцовой и большеберцовой костей в верхней трети);

- ссадинами тела.

2. Данная сочетанная травма согласно приказу МЗиСР РФ №194н от 24.04.2008 года п.6.11.8 отнесен к критерию, характеризующему квалифицирующий признак вреда здоровью, вызывающему значительную стойкую утрату общей трудоспособности не менее чем на одну треть, независимо от исхода и оказания (неоказания) медицинской помощи. По указанному признаку, согласно правилам «Определения тяжести вреда, причиненного здоровью человека» (постановление Правительства РФ №522 от 17.08.2007 года) квалифицируется как ТЯЖКИЙ вред здоровью.

3. Указанные повреждения могли возникнуть от воздействия твердого тупого предмета (предметов) или при ударе о таковой (таковые).

4. Соответствует обстоятельствам дела.

5. Данная травма могла быть получена, в том числе при ударе выступающими частями двигающегося автотранспортного средства с последующим падением на твердую поверхность.

**Задача № 5**(УК-1 ПК-1 ПК-2 ПК-3 ПК-5 ПК-7 ПК-8 ПК-9 ПК-10)

**ОБСТОЯТЕЛЬСТВА ДЕЛА:** в постановлении указано, что «28.09.2012 около 13 час 30 мин по адресу: г. К….., ул. Мира, 00 во дворе МБОУ СОШ на спортивной площадке несовершеннолетний гр. С…. причинил телесные повреждения несовершеннолетнему гр. В……».

Представлена амбулаторная карточка травматика из ТОО МБУЗ ГКБ на имя В., 2002 г.р., который обратился 28 сентября 2012 года с жалобами на боли в области левого лучезапястного сустава. Из анамнеза: 28 сентября 2012 года в 13.30 известный мальчик стянул с турника. Объективно - осевая положительная, чувствительность в норме. Диагноз: закрытый перелом обеих костей левого предплечья без смещения. На рентгенограмме левого лучезапястного сустава поперечно направленная муфтообразная линия перелома без смещения фрагментов. Заключение – перелом левого предплечья в нижней трети без смещения. Наложен гипс. 02 октября 2012 года жалобы на боли. Гипс не беспокоит. Диагноз: тот же. 17 октября 2012 года гипс лежит. Осевая отрицательная. Пальпация болезненна. Диагноз: сросшийся перелом костей левого предплечья. 18 октября 2012 года рентгенография левого предплечья – на контрольной рентгенографии признаки удовлетворительной консолидации за счет всех костных структур. Стояние в оси нижней трети левого предплечья удовлетворительное. Заключение – перелом нижней трети левого предплечья в стадии консолидации. Находился на лечении до 13 ноября 2012 года, когда был выписан – жалоб не предъявляет. Трудоспособен.

Представлены рентгенограммы на имя гр. В., 9 лет костей нижней трети левого предплечья №1092(1) от 28.09.12г, №683(1) от 17.10.12г с вышеуказанным описанием.

Медицинские документы представлены в упакованном и опечатанном виде.

Каких-либо других медицинских документов на экспертизу не представлено.

**Вопросы:**

1. Телесные повреждения?
2. Степень тяжести вреда причиненного здоровью человека?
3. Механизм повреждения?
4. Давность нанесения травмы?
5. Обстоятельства нанесения травмы?

Эталон:

* 1. У н/л гр. В. при обращении за медицинской помощью в результате события 28 сентября 2012 года имелся закрытый перелом нижней трети обеих костей левого предплечья.
  2. Повреждение вызвало временную нетрудоспособность продолжительностью более 21 дня, что согласно приказу МЗиСР РФ №194н от 24.04.2008 года п.7.1 отнесено к критерию, характеризующему квалифицирующий признак длительного расстройства здоровья. По указанному признаку, согласно правилам «Определения тяжести вреда, причиненного здоровью человека» (постановление Правительства РФ №522 от 17.08.2007 года) выше указанная травма квалифицируется как вред здоровью СРЕДНЕЙ тяжести.
  3. Мог возникнуть от воздействия тупого твердого предмета (предметов).

4. Соответствует обстоятельствам дела.

5. Данная травма могла быть получена, и при обстоятельствах указанных в обстоятельствах дела.

**6. Перечень практических умений по изучаемой теме**

(УК-1, УК-2, УК-3, ПК-5, ПК-6, ПК-10);

-применять на практике основы законодательства РФ о здравоохранении и директивные документы, определяющие деятельность органов и учреждений здравоохранения;

-оформлять типовые формы медицинской документации для бюро судебно-медицинской экспертизы;

**7. Рекомендации по выполнению НИР**

Примерная тематика по НИР по теме - не предусмотрена.

**8. Рекомендованная литература по теме занятия (обязательная, дополнительная, электронные ресурсы, включая законодательные и нормативно-правовые документы)**

**Занятие № 64**

1. **Индекс: ОД.О.01.1.10.89 Тема: «Особенности проведения экспертиз по вопросам пола».** 1 часть

**2. Форма организации занятия:** подготовка к практическому занятию.

**3. Перечень вопросов для самоподготовки по теме практического занятия:**

1. ВОПРОС По каким поводам проводится судебно-медицинская акушерско-гинекологическая экспертиза? (УК-1 ПК-1 ПК-2 ПК-3 ПК-5 ПК-7 ПК-8 ПК-9 ПК-10)

ОТВЕТ: Сюда относится ряд случаев, составляющих преступления против половой неприкосновенности и половой свободы личности, и поводы, которые в судебной медицине принято объединять под понятием половых состояний.

В группу половых преступлений входят преступные деяния, приведенные в главе 18 УК РФ:

— изнасилование;

— насильственные действия сексуального характера;

— половое сношение или иные действия сексуального характера с лицом, не достигшим 16-летнего возраста;

— развратные действия.

2.ВОПРОС Что называют изнасилованием и в чем заключается методика проведения судебно-медицинской экспертизы? (УК-1 ПК-1 ПК-2 ПК-3 ПК-5 ПК-7 ПК-8 ПК-9 ПК-10)

ОТВЕТ: Изнасилование, согласно статье 131 УК РФ, это половое сношение с применением насилия или угрозой его применения, а также использование беспомощного состояния потерпевшего. УК предусматривает отягчающие обстоятельства изнасилования, среди которых совершение группой лиц; совершенное с особой жестокостью к потерпевшей или повлекшее смерть, тяжкий вред здоровью или заражение венери-ческим заболеванием, а также совершенное с 14-летней или несовершеннолетней.

Здоровая женщина может быть изнасилована лишь при нанесении повреждений, угрозах нанесения, либо в беспомощном состоянии. Экспертиза по поводу половых преступлений в связи с тяжкой психической травмой, а также в силу интимного характера имеет свои особенности.

После ознакомления с постановлением о назначении экспертизы и с документом, удостоверяющим личность женщины, следует ее опрос. Если потерпевшая обратилась сразу после происшествия без направительных документов, ее следует принять, осмотреть, получить мазки, и, предупредив, что оформление документов будет только после представления постановления, направить в прокуратуру. При опросе надо помочь женщине подробно изложить необходимые факты, обстоятельства происшествия: когда, где, в какое время, кто, что и как с ней совершил? Наносились ли повреждения, чем, и что бьыо после этого? Какие жалобы предъявляет потерпевшая в настоящее время, оказывала ли она сопротивление, нанесла ли повреждение насильнику? Подробно собирается гинекологический анамнез: первое ли это половое сношение, было ли оно полным, бьыи ли боль, семяизвержение и т. д. Осмотр проводится на гинекологическом кресле по методике, изложенной в Правилах. Обращают внимание и описывают любые повреждения: царапины, ссадины, кровоподтек, следы укуса и др.

3.ВОПРОС Какие медицинские доказательства могут свидетельствовать о насильственном характере полового сношения и как проводится оценка результатов при составлении выводов? (УК-1 ПК-1 ПК-2 ПК-3 ПК-5 ПК-7 ПК-8 ПК-9 ПК-10)

ОТВЕТ: Особое значение придают полулунным ссадинам, овальным кровоподтекам, расположенным на внутренних поверхностях бедер. Учитывая, что они образуются от сдавления пальцами при раздвигании бедер в стороны, их можно считать характерными для изнасилования повреждениями. Сексуальный характер имеют ссадины и кровоподтеки, следы укусов на молочных железах и половых органах. Подробно исследуются наружные половые органы, состояние девственной плевы и повреждения на ней, следы крови или спермы нателе,обрывки волос, текстильные волокна. Большое значение придается исследованию одежды, которая была на потерпевшей в момент насилия. На ней могут быть следы спермы, крови, а также повреждения, характерные для борьбы.

Наряду с этими выделениями берется мазок из влагалища и шейки матки на марлевый тампон, который переносится на б предметных стекол, и после высушивания следователем специальным постановлением направляется на судебно-биоло-гическую экспертизу. Одновременно представляется контрольный материл. Надо отметить важность быстрейшего изъятия мазка, что делает дежурный эксперт на месте происшествия. Кстати, осмотр места происшествия, также проводимый с медицинским экспертом, позволяет зафиксировать общую обстановку и следы борьбы, изъять оборванные пуговицы, пряжки, части женского белья, кровь, волосы, сперму.

Следует иметь в виду, что на половое сношение, помимо спермы, указывают заражение венерической болезнью половым путем, наличие беременности, совпадающей по сроку с изнасилованием. Поэтому такая экспертиза проводится с участием венеролога, акушера-гинеколога.

Экспертная оценка полученных результатов должна быть осторожной, во-первых, потому

что не исключена симуляция изнасилования. Во-вторых, добровольное половое сношение нередко не отличается от изнасилования по объективным признакам осмотра потерпевшей. В этом случае могут быть какие-то повреждения, и напротив, при насильственном половом сношении их может не быть. Поэтому важно подчеркнуть возможность или исключение причинения повреждений при определенных обстоятельствах. Как уже отмечалось, вывод об изнасиловании на основании экспертного заключения и других доказательств делает следователь.

4. ВОПРОС С какой целью проводится судебно-медицинская экспертиза подозреваемого в совершении изнасилования? (УК-1 ПК-1 ПК-2 ПК-3 ПК-5 ПК-7 ПК-8 ПК-9 ПК-10)

ОТВЕТ: Примерно в 40% при изнасиловании и в 65% при покушениях на изнасилование (по данным Н. Г. Шалаева) у подозреваемого обнаруживаются следы борьбы и самообороны. Интерес представляют повреждения в виде царапин или укусов, нанесенных женщиной при сопротивлении, которые обычно пытается скрыть свидетельствуемый. Поэтому осмотр должен проводиться после полного раздевания, независимо от его жалоб и указаний. На теле подозреваемого, на половом члене, пальцах, руках, лице, а также на одежде могут оставаться пятна крови, влагалищного содержимого, которые в виде отпечатков берутся на предметные стекла. При групповом изнасиловании важны все пятна спермы на одежде подозреваемого. Изымаются обрывки волос с тела и одежды, а также подногтевое содержимое, состригаемое вместе с ногтями. Все эти вещественные доказательства протоколируются и направляются на судеб-но-биологическую экспертизу.

5. ВОПРОС Что следует понимать под насильственными действиями сексуального характера? (УК-1 ПК-1 ПК-2 ПК-3 ПК-5 ПК-7 ПК-8 ПК-9 ПК-10)

ОТВЕТ: Насильственные действия сексуального характера (статья 132 УК РФ), как и понуждение к таким действиям, в основном это может быть гомосексуализм, то есть половое влечения к лицам своего пола. В случаях, если он сопряжен с насилием или с угрозой его применения, а также совершения в отношении лиц, не достигших 14-летнего возраста или несовершеннолетних, в соответствии с УК РФ является преступлением и влечет уголовное наказание. Сюда относится мужеложство, т. е. половое сношение мужчины с мужчиной, совершаемое через заднепроходное отверстие с введением полового члена в прямую кишку или в рот. Сюда же стали относить и женский гомосексуализм — лесби-янство, в судебно-медицинской практике встречаемое значительно реже.

6. ВОПРОС Какие медицинские данные при обследовании потерпевшего могут помочь при доказательстве насильственных действий сексуального характера? (УК-1 ПК-1 ПК-2 ПК-3 ПК-5 ПК-7 ПК-8 ПК-9 ПК-10)

ОТВЕТ: При экспертизе мужеложства осмотр и исследование пассивного партнера позволяет выявить разрывы и кровоизлияния в области лучеобразных складок краев заднепроходного отверстия, что свидетельствует о половом сношении небольшой давности, реже о внедрении инородного тела. Однократное действие может не приводить к подобным изменениям, что зависит от сочетания размеров и других анатомических особенностей заднепроходного отверстия и полового члена. У пассивного партнера после неоднократных сношений постепенно образуется воронкообразное зияющее легко растяжимое отверстие, в складках которого при осмотре, лучше с увеличением, видны радиально расположенные рубцы. Осмотр слизистой прямой кишки выявляет разрыв слизистой, трещины с кровоизлияниями, которые больше характерны для введения твердого инородного предмета, а не от полового члена. Надо иметь в виду, что у детей трещины слизистой прямой кишки бывают при запорах, при глистах.

В области заднепроходного отверстия следует искать и изымать следы спермы, крови, а также смазочного вещества (вазелин), которым иногда пользуется активный партнер. Доказательством полового сношения в некоторых случаях является венерическое заболевание, которое устанавливается, наряду с вопросом о путях заражения, с помощью участия специалистов.

У активного партнера на половом члене могут быть обнаружены частицы каловых масс, кровь, волосы, при неоднократном сношении находят и изменения полового члена. Всегда изымается для исследования в биологическом отделении одежда подозреваемых. На ней также могут быть обнаружены сперма, кровь, волосы, принадлежащие подозреваемому лицу, в связи с чем определяют региональное происхождение волос, групповую принадлежность спермы и крови.

Решение вопроса о физическом насилии определяется по наличию и особенностям механических или иных повреждений, с учетом соответствия их тем обстоятельствам, которые предполагаются.

Сложнее доказать насильственные сексуальные действия в случае лейсбиянства, что связано как с объективными причинами, так и с тем, что до 1997 года оно не входило в состав преступления и не было объектом судебно-медицинского исследования. В доказательстве насильственного характера этого сексуального действия имеют значение повреждения в области половых органов, молочных желез, а также повреждения, характерные для борьбы и самообороны на теле и одежде. Однако оценку характера возникновения повреждений должен дать следователь.

**4.Самоконтроль по тестовым заданиям данной темы**

1. УГОЛОВНАЯ ОТВЕТСТВЕННОСТЬ ЗА ИЗНАСИЛОВАНИЕ ПРЕДУСМОТРЕНА СТ.УК РФ (ПК-5):

1) 121

2) 117

3) 118

4) 131

5) 130

Правильный ответ: 4

1. УГОЛОВНАЯ ОТВЕТСТВЕННОСТЬ ЗА РАЗВРАТНЫЕ ДЕЙСТВИЯ ПРЕДУСМОТРЕНА СТ.УК РФ(ПК-5):

1) 102

2) 104

3) 106

4) 135

5) 112

Правильный ответ: 4

1. В ДЕВСТВЕННОЙ ПЛЕВЕ РАЗЛИЧАЮТ ОТДЕЛЫ(ПК-5):

1) уретральный

2) передний

3) задний

4) нижний

5) верхний

Правильный ответ: 1

1. ПРИ ИССЛЕДОВАНИИ ДЕВСТВЕННОЙ ПЛЕВЫ НЕ ОБЯЗАТЕЛЬНО ФИКСИРОВАТЬ(ПК-5):

1) форму

2) размеры

3) характер

4) высоту

5) повреждения

Правильный ответ: 3

1. ПРИ ИССЛЕДОВАНИИ ДЕВСТВЕННОЙ ПЛЕВЫ РАЗЛИЧАЮТ ОТДЕЛЫ(ПК-5):

1) передний

2) задний

3) ректальный

4) верхний

5) нижний

Правильный ответ: 3

1. СОДЕРЖИМОЕ ИЗ ПОЛОВЫХ ПУТЕЙ ЖЕНЩИНЫ ПРИ ПОЛОВЫХ ПРЕСТУПЛЕНИЯХ РЕКОМЕНДУЕТСЯ БРАТЬ ТАМПОНОМ НЕ ПОЗЖЕ(ПК-5):

1) 1 суток

2) 2-3 дней

3) 5-6 дней

4) 10 дней

5) 14 дней

Правильный ответ: 3

1. РЕШАЕТСЯ ЛИ ПРИ НАРУШЕНИИ АНАТОМИЧЕСКОЙ ЦЕЛОСТИ ДЕВСТВЕННОЙ ПЛЕВЫ ВОПРОС О ТЯЖЕСТИ ВРЕДА ЗДОРОВЬЮ(ПК-5):

1) да

2) нет

3) в некоторых случаях

4) по требованию следователя

5) по требованию суда

Правильный ответ: 2

1. ДОСТОВЕРНЫМ ПРИЗНАКОМ ПОЛОВОГО СНОШЕНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ(ПК-5):

1) нарушение анатомической целости девственной плевы

2) повреждение влагалища (ссадины, раны)

3) обнаружение в содержимом влагалища текстильных волокон, сходных с одеждой подозреваемого

4) обнаружение сперматозоидов в содержимом влагалища

Правильный ответ: 4

1. ПОД ПОЛОВЫМ СНОШЕНИЕМ ПОНИМАЕТСЯ(ПК-5):

1) введение полового члена в рот

2) введение полового члена во влагалище и преддверие влагалища

3) манипуляции половым членом между бедер женщины

4) введение полового члена в прямую кишку

5) манипуляции половым членом между молочных желез

Правильный ответ: 2

1. ПРИЗНАКОМ ЕСТЕСТВЕННОЙ (ПРИРОДНОЙ) ВЫЕМКИ (ВЫЕМОК) ДЕВСТВЕННОЙ ПЛЕВЫ ЯВЛЯЕТСЯ(ПК-5):

1) не симметричность

2) ровные края, сходные с остальным краем плевы

3) рубцовые изменения, утолщенные края

4) дно, доходящее до основания

Правильный ответ: 2

**5. Самоконтроль по ситуационным задачам**

**Задача № 1.** (УК-1 ПК-1 ПК-2 ПК-3 ПК-5 ПК-7 ПК-8 ПК-9 ПК-10)

О**БСТОЯТЕЛЬСТВА ДЕЛА:** в постановлении указано, что «09 января 2012г в ОП-10 с заявлением обратилась гр. В…. о том, что ее изнасиловали неизвестные лица 08 января 2012г в квартире… жилого дома по адресу: г. К….., ул. Мира, 00. …».

Свидетельствуемая рассказала, что 08 января 2012г около 06.00 в ванной комнате квартиры по ул. Мира 00 малознакомых парня толкали, хватали за руки, во время борьбы повредила левую руку, ударялась ногами о различные предметы, затем сняли колготки, трусы, совершили по одному половому акту по очереди через влагалище. Были ли законченными половые акты, был ли использован презерватив- не уточняет. Сознание не теряла. За медицинской помощью обращалась в травмпункт Советского района, меддокументы не представлены.

08 января 2012г дежурным экспертом взято содержимое заднего свода влагалища.

**ЖАЛОБЫ:** на боль в левой руке.

СПЕЦАНАМНЕЗ: менструации с 14 лет, регулярные, по 5 дней через 20 дней, умеренные, болезненные. Последняя менструация с 14 по 19 декабря 2011г. Половая жизнь с 17 лет, регулярная. Последний половой акт до случившегося был 04 января 2012г. После случившегося половые акты отрицает. Половые акты через задний проход отрицает. Гинекологические заболевания, вензаболевания, заболевания желудочно-кишечного тракта отрицает. Беременности отрицает. После случившегося совершала гигиенические процедуры.

**ОБЪЕКТИВНО:** на тыльной поверхности левой кисти в проекции 1 пальца кровоподтек бледно-багрово-фиолетового цвета без четких контуров на участке 5х6см. Движения 1-ым пальцем левой кисти несколько ограничены из-за боли. На внутренней поверхности средней и нижней трети правого плеча 3 кровоподтека багрово-фиолетового цвета округлой и полосовидной формы, расположенный горизонтально, размерами от 1х1см до 4х1см. На наружной поверхности средней трети правого бедра (1), передней поверхности верхней трети правой голени (2), тыльной поверхности правой стопы (1), передней поверхности средней трети левого бедра (8), передней поверхности верхней трети левой голени (2) кровоподтеки багрово-фиолетового цвета с зеленоватым прокрашиванием по периферии, без четких контуров на участках от 1х1см до 10х14см. Других повреждений не предъявлено.

При осмотре на гинекологическом кресле: наружные половые органы сформированы правильно, по женскому типу, волосы на лобке сбриты, большие половые губы прикрывают малые, задняя спайка больших половых губ цела, ладьевидная ямка средней глубины, целая. Слизистая оболочка малых половых губ и преддверия влагалища бледно-розовая, влажная. Девственная плева в прошлом кольцевидной формы мясистая, высотой до 0,4см в боковых сегментах, до 0,6см в нижнем сегменте. На 3 часах условного циферблата часов определяется выемка, доходящая до основания девственной плевы с ровными утолщенными краями в виде площадок розового цвета, которые при сопоставлении не заходят друг за друга у основания. На дне выемки рубец белесоватого цвета линейной формы, горизонтально направленный, размером до 0,2х0,1см. на всем остальном протяжении край девственной плевы крупноволнистый. Отверстие девственной плевы свободно пропускает 2 пальца эксперта, сложенных вместе. Кольцо сокращения не определяется. Матка маленькая, придатки не пальпируются. Выделения из половых путей скудные, кровянистого характера. Свежих повреждений в области половых органов не обнаружено.

От осмотра заднепроходного отверстия отказалась, так как половой акт через заднепроходное отверстие не был совершен.

Содержимое заднего свода влагалища взято на марлевый тампон и 2 предметных стекла и передано вместе с Заключением эксперта следователю для назначения исследования в судебно- биологическом отделении с целью установления наличия сперматозоидов.

Направлена в кожно-венерологический диспансер для исключения или подтверждения венерических заболеваний и ВИЧ-инфицирования.

**Вопросы:**

1. Телесные повреждения?
2. Степень тяжести вреда причиненного здоровью человека?
3. Механизм травмы?
4. Давность нанесения травмы?
5. Жила ли пострадавшая ранее половой жизнью? Есть ли признаки полового акта?

Эталон:

1. У гр. П. при настоящей экспертизе обнаружены кровоподтеки на руках, ногах.

2. Повреждения не влекут за собой кратковременного расстройства здоровья или незначительной стойкой утраты общей трудоспособности и, согласно пункту 9 раздела II приказа МЗ и СР РФ №194н от 24.04.2008г, расцениваются как повреждения, не причинившие вред здоровью человека.

3. Кровоподтек полосовидной формы на правом плече мог возникнуть от воздействия твердого предмета с ограниченной контактирующей поверхностью, остальные кровоподтеки могли возникнуть от воздействия тупого твердого предмета (предметов). 4. Давностью 1-3 суток ко времени проведения экспертизы.

5. На момент проведения экспертизы девственная плева в своей анатомической целостности нарушена давно, о чем свидетельствует старый разрыв на 3 часах условного циферблата часов, давность которого определить не представляется возможным. Свежих повреждений в области половых органов не обнаружено

Содержимое заднего свода влагалища взято на марлевый тампон и 2 предметных стекла и передано вместе с заключением эксперта следователю для назначения исследования в судебно- биологическом отделении с целью установления наличия сперматозоидов.

**Задача № 2**(УК-1 ПК-1 ПК-2 ПК-3 ПК-5 ПК-7 ПК-8 ПК-9 ПК-10)

**ОБСТОЯТЕЛЬСТВА ДЕЛА:** в постановлении указано, что «В ночь с 03 на 04 января 2012г около 06.45 в номере гостиницы … по ул. Мира, 00 мужчина по имени Сергей совершил насильственный половой акт в отношении гр. Ч. …».

Свидетельствуемая рассказала, что 04 января 2012г в 06.45 в номере гостиницы «…..» малознакомый мужчина бил руками по лицу, голове, затем снял колготки, плавки, совершил несколько половых актов через влагалище без презерватива. Были ли закончены половые акты- не уточняет. Сознание не теряла. За медицинской помощью обращалась в травмпункт Железнодорожного района.

06 января 2012г в ККБСМЭ судмедэкспертом проведено медицинское обследование, Акт медицинского обследования живого лица, в котором указано: «04 января 2012 года в 06.45 в квартире малознакомый мужчина наносил удары руками по лицу. Сознание не теряла. За медицинской помощью обращалась в ЛОР-травмпункт ГБ № 00, откуда представлена справка, об обращении 04.01.2012г, выставлен диагноз: закрытый перелом спинки носа. Рентгенснимок не представлен. Далее обратилась в ГБ № 6, откуда представлена справка на ее имя, об обращении 04.01.2012г, выставлен диагноз: параорбитальная гематома слева. ОБЪЕКТИВНО- в левой орбитальной области кровоподтек багрово-фиолетового цвета, 5х6см. Носовое дыхание сохранено с обеих сторон. Других повреждений не предъявлено».

**ЖАЛОБЫ:** на боль в животе.

СПЕЦАНАМНЕЗ: менструации с 13 лет, регулярные, по 7 дней через 21 день, умеренные, безболезненные. Последняя менструация 20-27 декабря 2011г. Половая жизнь с 21 года, не регулярная. Последний половой акт до случившегося был 27 декабря 2011г. После случившегося половые акты отрицает. Гинекологические заболевания, вензаболевания отрицает. Беременности отрицает. После случившегося совершала гигиенические процедуры.

**ОБЪЕКТИВНО:** в левой параорбитальной области кровоподтек бледно-багрово-фиолетового цвета с желтым прокрашиванием по периферии, без четких контуров на участке 7х8см. Отмечается кровоизлияние в склеру левого глаза в области наружного его угла на участке 1х1см. В правой параорбитальной области аналогичный кровоподтек на участке 4,5х5см. Других повреждений не предъявлено.

При осмотре на гинекологическом кресле: наружные половые органы сформированы правильно, по женскому типу, волосы на лобке сбриты, большие половые губы прикрывают малые, задняя спайка больших половых губ цела, ладьевидная ямка средней глубины, целая. Слизистая оболочка малых половых губ и преддверия влагалища бледно-розовая, влажная. Девственная плева кольцевидной формы, низкая, высотой до 02см, эластичная, свободный край ее ровный на всем протяжении. Отверстие девственной плевы свободно пропускает 2 пальца эксперта, сложенных вместе. Кольцо сокращения слабо определяется. Выделения из половых путей умеренные, слизистого характера. Матка маленькая безболезненная, придатки не пальпируются.

Содержимое заднего свода влагалища не взято ввиду нецелесообразности.

Направлена в кожно-венерологический диспансер для исключения или подтверждения венерических заболеваний и ВИЧ-инфицирования.

**Вопросы:**

1. Телесные повреждения?
2. Давность нанесения травмы?
3. Степень тяжести вреда причиненного здоровью человека?
4. Жила ли пострадавшая ранее половой жизнью? Есть ли признаки полового акта?
5. Имеются ли у гр. Ч. заболевания половых органов, если да, то какие?

Эталон:

* 1. У гр. Ч. при обращении за медицинской помощью в результате события 04 января 2012г. отмечены диагнозы: закрытый перелом спинки носа. Параорбитальная гематома слева. При медицинском обследовании 06 января 2011г. обнаружен кровоподтек на лице
  2. Давностью 1-3 суток ко времени проведения обследования 06 января 2012г. При настоящей экспертизе обнаружены кровоподтеки на лице, кровоизлияние в склеру левого глаза, которые могли возникнуть от воздействия тупого твердого предмета (предметов). Давность кровоподтеков не менее 4-5 суток ко времени проведения экспертизы.
  3. Оценить тяжесть вреда здоровью, причиненную вышеуказанными повреждениями, будет возможно при повторном обращении после предоставления первичной рентгенограммы костей носа в условиях ККБСМЭ.

4. На момент проведения экспертизы девственная плева в своей анатомической целостности не нарушена, но строение ее (низкая, большое отверстие, слабо выраженное кольцо сокращения) допускает введение напряженного полового члена за ее пределы без нарушения ее целости. Каких- либо повреждений в области наружных половых органов не обнаружено.

Содержимое заднего свода влагалища не взято ввиду нецелесообразности.

5. Ответить на данный вопрос будет возможно после обследования у врача- венеролога в кожно-венерологическом диспансере, куда она направлена для исключения или подтверждения венерических заболеваний и ВИЧ-инфицирования.

**Задача № 3**(УК-1 ПК-1 ПК-2 ПК-3 ПК-5 ПК-7 ПК-8 ПК-9 ПК-10)

**ОБСТОЯТЕЛЬСТВА ДЕЛА:** в постановлении указано, что «07 января 2012г в СО по …….. району г. К……ГСУ С К РФ по КК поступило заявление гр. З. и Х, … о факте их изнасилования и совершения насильственных действий сексуального характера тремя ранее неизвестными мужчинами. Кроме того, им были причинены телесные повреждения …».

Свидетельствуемая рассказала, что 07 января 2012г около 15.00 в квартире трое незнакомых лиц били руками по голове, шее, хватали за волосы, один из них пнул в живот. Заставили полностью раздеться, затем совершали половые акты без презервативов через влагалище, рот, заднепроходное отверстие. Один половой акт был законченным во влагалище. Сознание теряла. За медицинской помощью не обращалась.

07 января 2012г дежурным экспертом было взято содержимое заднего свода влагалища.

**ЖАЛОБЫ:** на головную боль, боль в шее, головокружение, тошнота, боль в глазах.

СПЕЦАНАМНЕЗ: менструации с 11,5 лет, регулярные, по 4-5 дней через 28 дней, умеренные, болезненные. Последняя менструация с 25 декабря 2011г. Половая жизнь с 16 лет, регулярная. Последний половой акт до случившегося был 30 декабря 2011г. После случившегося половые акты отрицает. Половые акты через задний проход до случившегося отрицает. Гинекологические заболевания, вензаболевания, заболевания полости рта, желудочно-кишечного тракта отрицает. Беременности 2- в 2009г закончившаяся родами, один медаборт. После случившегося совершала гигиенические процедуры.

**ОБЪЕКТИВНО:** в области 1-П поясничных позвонков участок осаднения кожных покровов под светло-коричневой корочкой выше уровня окружающих тканей с признаками отслоения по периферии 1х1см. Других повреждений не предъявлено.

При осмотре на гинекологическом кресле: наружные половые органы сформированы правильно, по женскому типу, волосы на лобке сбриты, большие половые губы прикрывают малые, задняя спайка больших половых губ цела, ладьевидная ямка средней глубины, целая. Слизистая оболочка малых половых губ и преддверия влагалища бледно-розовая, влажная. Девственная плева представлена отдельными фрагментами по боковым сегментам: справа двумя, слева двумя. Осмотр в зеркалах- влагалище рожавшей женщины. Шейка цилиндрическая, зев закрыт, щелевидной формы. Матка обычной величины, безболезненная, подвижная, плотная. Придатки не пальпируются. Своды свободные, глубокие. Выделения из половых путей умеренные, беловатого цвета. Повреждений в области половых органов не обнаружено.

При осмотре в коленно-локтевом положении: межъягодичная щель средней глубины, кожа вокруг заднепроходного отверстия собрана в мягкие на ощупь лучеобразные складки, слабо пигментирована. Область заднего прохода в виде небольшого углубления. Заднепроходное отверстие сомкнуто, тонус наружного и внутреннего сфинктеров сохранен. Волевое усилие достаточное. Видимая часть слизистой прямой кишки розовая, складчатая, без повреждений. Каких-либо повреждений не обнаружено.

Содержимое заднего свода влагалища взято на марлевый тампон и 2 предметных стекла и передано вместе с Заключением эксперта следователю для назначения исследования в судебно- биологическом отделении с целью установления наличия сперматозоидов.

Направлена в кожно-венерологический диспансер для исключения или подтверждения венерических заболеваний и ВИЧ-инфицирования.

**Вопросы:**

* 1. Телесные повреждения?
  2. Степень тяжести вреда причиненного здоровью человека?
  3. Механизм повреждения?
  4. Давность нанесения травмы?
  5. Жила ли пострадавшая ранее половой жизнью? Есть ли признаки полового акта?

Эталон:

1. У гр. Х. при настоящей экспертизе обнаружена ссадина в поясничной област.
2. Повреждение не влечет за собой кратковременного расстройства здоровья или незначительной стойкой утраты общей трудоспособности и, согласно пункту 9 раздела II приказа МЗ и СР РФ №194н от 24.04.2008г, расценивается как повреждение, не причинившее вред здоровью человека.
3. Повреждение могла возникнуть от воздействия тупого твердого предмета (предметов).
4. Давностью 3- 4 суток ко времени проведения экспертизы.

5. На момент проведения экспертизы девственная плева представлена миртовидными сосочками, как следствие бывших родов. Каких-либо повреждений в области половых органов и в области заднепроходного отверстия не обнаружено.

Из заднего свода влагалища на марлевый тампон и 2 предметных стекла взято содержимое, которые вместе с контролем марли переданы следователю с целью дальнейшего исследования в судебно биологическое отделение для определения наличия спермы.

Направлена в кожно-венерологический диспансер для исключения или подтверждения венерических заболеваний и ВИЧ-инфицирования.

**Задача № 4 (**УК-1 ПК-1 ПК-2 ПК-3 ПК-5 ПК-7 ПК-8 ПК-9 ПК-10)

**ОБСТОЯТЕЛЬСТВА ДЕЛА:** в постановлении указано, что «07 января 2012г в СО по Железнодорожному району г. К…… ГСУ С К РФ по КК поступило заявление З., … о факте их изнасилования и совершения насильственных действий сексуального характера тремя ранее неизвестными мужчинами. Кроме того, им были причинены телесные повреждения …».

Свидетельствуемая рассказала, что 07 января 2012г в 16 часу в квартире по ул. Ленина двое незнакомых мужчин, схватив за волосы, били головой о стену, отчего теряла сознание. Затем они же и еще один незнакомый мужчина сняли с нее всю одежду, совершали половые акты через влагалище и через рот без презерватива. Последний половой акт был законченным. Скорой помощью доставлена в ГКБ-6, откуда представлена справка №547 об обращении 09 января 2012г с диагнозом: закрытая черепно-мозговая травма, сотрясение головного мозга. Рентген черепа без переломов. Объективно- общемозговая симптоматика. Рекомендовано лечение у невролога амбулаторно.

07 января 2012г дежурным экспертом взято содержимое заднего свода влагалища.

**ЖАЛОБЫ:** на постоянную головную боль, боль в шее, в области нижней челюсти.

СПЕЦАНАМНЕЗ: менструации с 11 лет, регулярные, по 3-5 дней через 23 дня умеренные, безболезненные. Последняя менструация в конце декабря 2011г. Половая жизнь с 17 лет, регулярная. Последний половой акт до случившегося был 30 декабря 2011г. После случившегося половые акты отрицает. Половые акты через задний проход до случившегося отрицает. Гинекологические заболевания, вензаболевания, заболевания полости рта, желудочно-кишечного тракта отрицает. Беременностей-3, в 2002г закончилась родами, 2 медицинских аборта. После случившегося совершала гигиенические процедуры.

**ОБЪЕКТИВНО:** на внутренней поверхности верхней трети правого бедра 5 кровоподтеков желтого цвета округлой формы, размерами по 1х1см. Аналогичные кровоподтеки (3) на передней поверхности левого бедра, размерами по 0,5х0,5см. На передней поверхности верхней трети правой и левой голени участки осаднения кожных покровов в пределах рогового слоя кожи, размерами 1х3см и 1,5х3см. Других повреждений не обнаружено.

При осмотре на гинекологическом кресле: наружные половые органы сформированы правильно, по женскому типу, волосы на лобке сбриты, большие половые губы прикрывают малые, задняя спайка больших половых губ цела, ладьевидная ямка средней глубины, целая. Слизистая оболочка малых половых губ и преддверия влагалища бледно-розовая, влажная. Девственная плева представлена отдельными фрагментами по боковым сегментам: справа и слева по два.

Осмотр в зеркалах- влагалище рожавшей женщины. Шейка цилиндрическая, зев закрыт, щелевидной формы. Матка обычной величины, безболезненная, подвижная, плотная. Придатки не пальпируются. Своды свободные, глубокие. Выделения из половых путей умеренные, слизистого характера. Каких-либо повреждений в области половых органов не обнаружено.

Содержимое заднего свода влагалища взято на марлевый тампон и 2 предметных стекла и передано вместе с Заключением эксперта следователю для назначения исследования в судебно- биологическом отделении с целью установления наличия сперматозоидов.

Направлена в кожно-венерологический диспансер для исключения или подтверждения венерических заболеваний и ВИЧ-инфицирования.

**Вопросы:**

* 1. Телесные повреждения?
  2. Механизм травмы?
  3. Давность нанесения травмы?
  4. Степень тяжести вреда причиненного здоровью человека?

1. Жила ли пострадавшая ранее половой жизнью? Есть ли признаки полового акта?

Эталон:

* 1. У гр. З. при обращении за медицинской помощью 09 января 2012г в результате события 07 января 2012г отмечен диагноз: закрытая черепно-мозговая травма, сотрясение головного мозга. При настоящей экспертизе обнаружены кровоподтеки и ссадины на ногах.
  2. Повреждения могли возникнуть от воздействия тупого твердого предмета (предметов).
  3. Давностью 3-4 суток ко времени проведения экспертизы.
  4. Оценить тяжесть вреда здоровью, причиненную вышеуказанными повреждениями, будет возможно при повторном обращении после лечения с предоставлением медицинских документов в условиях ККБСМЭ.
  5. На момент проведения экспертизы девственная плева представлена миртовидными сосочками, как следствие бывших родов. Каких-либо повреждений в области наружных половых органов и в области заднепроходного отверстия не обнаружено.

Из заднего свода влагалища на марлевый тампон и 2 предметных стекла взято содержимое, которые вместе с контролем марли переданы следователю с целью дальнейшего исследования в судебно биологическое отделение для определения наличия спермы.

Направлена в кожно-венерологический диспансер для исключения или подтверждения венерических заболеваний и ВИЧ-инфицирования.

**Задача № 5** (УК-1 ПК-1 ПК-2 ПК-3 ПК-5 ПК-7 ПК-8 ПК-9 ПК-10)

**ОБСТОЯТЕЛЬСТВА ДЕЛА:** в постановлении указано, что «16.01.2011г около 20 часов от НДС ДЧ ОП №0 МУ МВД России «К……» поступило сообщение о совершении гр. С. 1989 г.р. преступления, предусмотренного ст. 135 УК РФ. В ходе проверки сообщения преступления установлено, что около 16 часов 16.01.2011г гр. С. послал на мобильный телефон ранее ему знакомого несовершеннолетнего гр. Б. 1998 г.р. СМС – сообщение интимного содержания. Опрошенный гр. С. совершение им преступления отрицает. Опрошенный гр. Б. факт совершения в его отношении развратных действий так же отрицает…».

Свидетельствуемый получение каких-либо телесных повреждений отрицает.

**ЖАЛОБЫ:** не предъявляет.

**ОБЪЕКТИВНО:** каких-либо телесных повреждений или следов от них не обнаружено. Свидетельствуемый правильного телосложения, нормального питания. Повреждений или следов от них на поверхности лица, слизистой оболочке преддверия рта, полости рта не обнаружено. Уздечка верхней губы цела. Наружные половые органы развиты правильно, по мужскому типу, соответственно возрасту. Оволосения нет. Мошонка дрябловатая, слегка пигментированная, гладкая, оба яичка в мошонке, эластичные, безболезненные на ощупь, не увеличены. Длина полового члена около 6см, ширина у основания головки около 1,3см. Головка полового члена полностью прикрыта крайней плотью, которая свободно сдвигается за нее. Губки уретры без воспалительных явлений. В области половых органов каких-либо повреждений или следов от них не обнаружено. На ягодицах повреждений или следов от них не обнаружено. При осмотре в коленно-локтевом положении: межъягодичная щель средней глубины, кожа вокруг заднепроходного отверстия собрана в мягкие на ощупь, коричневого цвета, лучеобразные складки. Область заднего прохода в виде небольшого углубления. Заднепроходное отверстие не зияет. Видимая часть слизистой оболочки прямой кишки розоватая, складчатая; складки мягкие, тонус сфинктеров удовлетворительный. Каких-либо повреждений или следов от них в области заднепроходного отверстия и слизистой оболочки видимой части прямой кишки не обнаружено.

Направлен в хирургическое отделение ГКБ № 20 на консультацию проктолога для исключения или подтверждения травматических повреждений в области заднего прохода и прямой кишки.

**Вопросы:**

1. Телесные повреждения?
2. Давность нанесения травмы?
3. Степень тяжести вреда причиненного здоровью человека?
4. Механизм травмы?
5. Имеются ли у гр. Б. заболевания половых органов, если да, то какие?

Эталон:

* 1. У гр. Б. каких-либо телесных повреждений или следов от них, в том числе в области заднепроходного отверстия и слизистой оболочки видимой части прямой кишки не обнаружено.
  2. Ответить на поставленный перед экспертом вопрос не представляется возможным.
  3. Тяжесть вреда причиненного здоровью не может быть определена.
  4. Ответить на поставленный перед экспертом вопрос не представляется возможным.
  5. Ответить на данный вопрос будет возможно после обследования у врача- венеролога в кожно-венерологическом диспансере, куда она направлена для исключения или подтверждения венерических заболеваний и ВИЧ-инфицирования.

**6. Перечень практических умений по изучаемой теме**

(УК-1, УК-2, УК-3, ПК-5, ПК-6, ПК-10);

-применять на практике основы законодательства РФ о здравоохранении и директивные документы, определяющие деятельность органов и учреждений здравоохранения;

-оформлять типовые формы медицинской документации для бюро судебно-медицинской экспертизы;

**7. Рекомендации по выполнению НИР**

Примерная тематика по НИР по теме - не предусмотрена.

**8. Рекомендованная литература по теме занятия (обязательная, дополнительная, электронные ресурсы, включая законодательные и нормативно-правовые документы)**

**Занятие № 65**

**1.Индекс: ОД.О.01.1.10.90 Тема: «Особенности проведения экспертиз по вопросам пола».** 2 часть

**2. Форма организации занятия:** подготовка к практическому занятию.

**3. Перечень вопросов для самоподготовки по теме практического занятия:**

1. ВОПРОС По каким поводам проводится судебно-медицинская акушерско-гинекологическая экспертиза? (УК-1 ПК-1 ПК-2 ПК-3 ПК-5 ПК-7 ПК-8 ПК-9 ПК-10)

ОТВЕТ: Сюда относится ряд случаев, составляющих преступления против половой неприкосновенности и половой свободы личности, и поводы, которые в судебной медицине принято объединять под понятием половых состояний.

В группу половых преступлений входят преступные деяния, приведенные в главе 18 УК РФ:

— изнасилование;

— насильственные действия сексуального характера;

— половое сношение или иные действия сексуального характера с лицом, не достигшим 16-летнего возраста;

— развратные действия.

2.ВОПРОС Что называют изнасилованием и в чем заключается методика проведения судебно-медицинской экспертизы? (УК-1 ПК-1 ПК-2 ПК-3 ПК-5 ПК-7 ПК-8 ПК-9 ПК-10)

ОТВЕТ: Изнасилование, согласно статье 131 УК РФ, это половое сношение с применением насилия или угрозой его применения, а также использование беспомощного состояния потерпевшего. УК предусматривает отягчающие обстоятельства изнасилования, среди которых совершение группой лиц; совершенное с особой жестокостью к потерпевшей или повлекшее смерть, тяжкий вред здоровью или заражение венери-ческим заболеванием, а также совершенное с 14-летней или несовершеннолетней.

Здоровая женщина может быть изнасилована лишь при нанесении повреждений, угрозах нанесения, либо в беспомощном состоянии. Экспертиза по поводу половых преступлений в связи с тяжкой психической травмой, а также в силу интимного характера имеет свои особенности.

После ознакомления с постановлением о назначении экспертизы и с документом, удостоверяющим личность женщины, следует ее опрос. Если потерпевшая обратилась сразу после происшествия без направительных документов, ее следует принять, осмотреть, получить мазки, и, предупредив, что оформление документов будет только после представления постановления, направить в прокуратуру. При опросе надо помочь женщине подробно изложить необходимые факты, обстоятельства происшествия: когда, где, в какое время, кто, что и как с ней совершил? Наносились ли повреждения, чем, и что бьыо после этого? Какие жалобы предъявляет потерпевшая в настоящее время, оказывала ли она сопротивление, нанесла ли повреждение насильнику? Подробно собирается гинекологический анамнез: первое ли это половое сношение, было ли оно полным, бьыи ли боль, семяизвержение и т. д. Осмотр проводится на гинекологическом кресле по методике, изложенной в Правилах. Обращают внимание и описывают любые повреждения: царапины, ссадины, кровоподтек, следы укуса и др.

3.ВОПРОС Какие медицинские доказательства могут свидетельствовать о насильственном характере полового сношения и как проводится оценка результатов при составлении выводов? (УК-1 ПК-1 ПК-2 ПК-3 ПК-5 ПК-7 ПК-8 ПК-9 ПК-10)

ОТВЕТ: Особое значение придают полулунным ссадинам, овальным кровоподтекам, расположенным на внутренних поверхностях бедер. Учитывая, что они образуются от сдавления пальцами при раздвигании бедер в стороны, их можно считать характерными для изнасилования повреждениями. Сексуальный характер имеют ссадины и кровоподтеки, следы укусов на молочных железах и половых органах. Подробно исследуются наружные половые органы, состояние девственной плевы и повреждения на ней, следы крови или спермы нателе,обрывки волос, текстильные волокна. Большое значение придается исследованию одежды, которая была на потерпевшей в момент насилия. На ней могут быть следы спермы, крови, а также повреждения, характерные для борьбы.

Наряду с этими выделениями берется мазок из влагалища и шейки матки на марлевый тампон, который переносится на б предметных стекол, и после высушивания следователем специальным постановлением направляется на судебно-биологическую экспертизу. Одновременно представляется контрольный материл. Надо отметить важность быстрейшего изъятия мазка, что делает дежурный эксперт на месте происшествия. Кстати, осмотр места происшествия, также проводимый с медицинским экспертом, позволяет зафиксировать общую обстановку и следы борьбы, изъять оборванные пуговицы, пряжки, части женского белья, кровь, волосы, сперму.

Следует иметь в виду, что на половое сношение, помимо спермы, указывают заражение венерической болезнью половым путем, наличие беременности, совпадающей по сроку с изнасилованием. Поэтому такая экспертиза проводится с участием венеролога, акушера-гинеколога.

Экспертная оценка полученных результатов должна быть осторожной, во-первых, потому

что не исключена симуляция изнасилования. Во-вторых, добровольное половое сношение нередко не отличается от изнасилования по объективным признакам осмотра потерпевшей. В этом случае могут быть какие-то повреждения, и напротив, при насильственном половом сношении их может не быть. Поэтому важно подчеркнуть возможность или исключение причинения повреждений при определенных обстоятельствах. Как уже отмечалось, вывод об изнасиловании на основании экспертного заключения и других доказательств делает следователь.

4.ВОПРОС С какой целью проводится судебно-медицинская экспертиза подозреваемого в совершении изнасилования? (УК-1 ПК-1 ПК-2 ПК-3 ПК-5 ПК-7 ПК-8 ПК-9 ПК-10)

ОТВЕТ: Примерно в 40% при изнасиловании и в 65% при покушениях на изнасилование (по данным Н. Г. Шалаева) у подозреваемого обнаруживаются следы борьбы и самообороны. Интерес представляют повреждения в виде царапин или укусов, нанесенных женщиной при сопротивлении, которые обычно пытается скрыть свидетельствуемый. Поэтому осмотр должен проводиться после полного раздевания, независимо от его жалоб и указаний. На теле подозреваемого, на половом члене, пальцах, руках, лице, а также на одежде могут оставаться пятна крови, влагалищного содержимого, которые в виде отпечатков берутся на предметные стекла. При групповом изнасиловании важны все пятна спермы на одежде подозреваемого. Изымаются обрывки волос с тела и одежды, а также подногтевое содержимое, состригаемое вместе с ногтями. Все эти вещественные доказательства протоколируются и направляются на судеб-но-биологическую экспертизу.

5. ВОПРОС Что следует понимать под насильственными действиями сексуального характера? (УК-1 ПК-1 ПК-2 ПК-3 ПК-5 ПК-7 ПК-8 ПК-9 ПК-10)

ОТВЕТ: Насильственные действия сексуального характера (статья 132 УК РФ), как и понуждение к таким действиям, в основном это может быть гомосексуализм, то есть половое влечения к лицам своего пола. В случаях, если он сопряжен с насилием или с угрозой его применения, а также совершения в отношении лиц, не достигших 14-летнего возраста или несовершеннолетних, в соответствии с УК РФ является преступлением и влечет уголовное наказание. Сюда относится мужеложство, т. е. половое сношение мужчины с мужчиной, совершаемое через заднепроходное отверстие с введением полового члена в прямую кишку или в рот. Сюда же стали относить и женский гомосексуализм — лесбиянство, в судебно-медицинской практике встречаемое значительно реже.

6 .ВОПРОС Какие медицинские данные при обследовании потерпевшего могут помочь при доказательстве насильственных действий сексуального характера? (УК-1 ПК-1 ПК-2 ПК-3 ПК-5 ПК-7 ПК-8 ПК-9 ПК-10)

ОТВЕТ: При экспертизе мужеложства осмотр и исследование пассивного партнера позволяет выявить разрывы и кровоизлияния в области лучеобразных складок краев заднепроходного отверстия, что свидетельствует о половом сношении небольшой давности, реже о внедрении инородного тела. Однократное действие может не приводить к подобным изменениям, что зависит от сочетания размеров и других анатомических особенностей заднепроходного отверстия и полового члена. У пассивного партнера после неоднократных сношений постепенно образуется воронкообразное зияющее легко растяжимое отверстие, в складках которого при осмотре, лучше с увеличением, видны радиально расположенные рубцы. Осмотр слизистой прямой кишки выявляет разрыв слизистой, трещины с кровоизлияниями, которые больше характерны для введения твердого инородного предмета, а не от полового члена. Надо иметь в виду, что у детей трещины слизистой прямой кишки бывают при запорах, при глистах.

В области заднепроходного отверстия следует искать и изымать следы спермы, крови, а также смазочного вещества (вазелин), которым иногда пользуется активный партнер. Доказательством полового сношения в некоторых случаях является венерическое заболевание, которое устанавливается, наряду с вопросом о путях заражения, с помощью участия специалистов.

У активного партнера на половом члене могут быть обнаружены частицы каловых масс, кровь, волосы, при неоднократном сношении находят и изменения полового члена. Всегда изымается для исследования в биологическом отделении одежда подозреваемых. На ней также могут быть обнаружены сперма, кровь, волосы, принадлежащие подозреваемому лицу, в связи с чем определяют региональное происхождение волос, групповую принадлежность спермы и крови.

Решение вопроса о физическом насилии определяется по наличию и особенностям механических или иных повреждений, с учетом соответствия их тем обстоятельствам, которые предполагаются.

Сложнее доказать насильственные сексуальные действия в случае лейсбиянства, что связано как с объективными причинами, так и с тем, что до 1997 года оно не входило в состав преступления и не было объектом судебно-медицинского исследования. В доказательстве насильственного характера этого сексуального действия имеют значение повреждения в области половых органов, молочных желез, а также повреждения, характерные для борьбы и самообороны на теле и одежде. Однако оценку характера возникновения повреждений должен дать следователь.

**4.Самоконтроль по тестовым заданиям данной темы**

1. УГОЛОВНАЯ ОТВЕТСТВЕННОСТЬ ЗА ИЗНАСИЛОВАНИЕ ПРЕДУСМОТРЕНА СТ.УК РФ (ПК-5):

1) 121

2) 117

3) 118

4) 131

5) 130

Правильный ответ: 4

1. УГОЛОВНАЯ ОТВЕТСТВЕННОСТЬ ЗА РАЗВРАТНЫЕ ДЕЙСТВИЯ ПРЕДУСМОТРЕНА СТ.УК РФ(ПК-5):

1) 102

2) 104

3) 106

4) 135

5) 112

Правильный ответ: 4

1. В ДЕВСТВЕННОЙ ПЛЕВЕ РАЗЛИЧАЮТ ОТДЕЛЫ(ПК-5):

1) уретральный

2) передний

3) задний

4) нижний

5) верхний

Правильный ответ: 1

1. ПРИ ИССЛЕДОВАНИИ ДЕВСТВЕННОЙ ПЛЕВЫ НЕ ОБЯЗАТЕЛЬНО ФИКСИРОВАТЬ(ПК-5):

1) форму

2) размеры

3) характер

4) высоту

5) повреждения

Правильный ответ: 3

1. ПРИ ИССЛЕДОВАНИИ ДЕВСТВЕННОЙ ПЛЕВЫ РАЗЛИЧАЮТ ОТДЕЛЫ(ПК-5):

1) передний

2) задний

3) ректальный

4) верхний

5) нижний

Правильный ответ: 3

1. СОДЕРЖИМОЕ ИЗ ПОЛОВЫХ ПУТЕЙ ЖЕНЩИНЫ ПРИ ПОЛОВЫХ ПРЕСТУПЛЕНИЯХ РЕКОМЕНДУЕТСЯ БРАТЬ ТАМПОНОМ НЕ ПОЗЖЕ(ПК-5):

1) 1 суток

2) 2-3 дней

3) 5-6 дней

4) 10 дней

5) 14 дней

Правильный ответ: 3

1. РЕШАЕТСЯ ЛИ ПРИ НАРУШЕНИИ АНАТОМИЧЕСКОЙ ЦЕЛОСТИ ДЕВСТВЕННОЙ ПЛЕВЫ ВОПРОС О ТЯЖЕСТИ ВРЕДА ЗДОРОВЬЮ(ПК-5):

1) да

2) нет

3) в некоторых случаях

4) по требованию следователя

5) по требованию суда

Правильный ответ: 2

1. ДОСТОВЕРНЫМ ПРИЗНАКОМ ПОЛОВОГО СНОШЕНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ(ПК-5):

1) нарушение анатомической целости девственной плевы

2) повреждение влагалища (ссадины, раны)

3) обнаружение в содержимом влагалища текстильных волокон, сходных с одеждой подозреваемого

4) обнаружение сперматозоидов в содержимом влагалища

Правильный ответ: 4

1. ПОД ПОЛОВЫМ СНОШЕНИЕМ ПОНИМАЕТСЯ(ПК-5):

1) введение полового члена в рот

2) введение полового члена во влагалище и преддверие влагалища

3) манипуляции половым членом между бедер женщины

4) введение полового члена в прямую кишку

5) манипуляции половым членом между молочных желез

Правильный ответ: 2

1. ПРИЗНАКОМ ЕСТЕСТВЕННОЙ (ПРИРОДНОЙ) ВЫЕМКИ (ВЫЕМОК) ДЕВСТВЕННОЙ ПЛЕВЫ ЯВЛЯЕТСЯ(ПК-5):

1) не симметричность

2) ровные края, сходные с остальным краем плевы

3) рубцовые изменения, утолщенные края

4) дно, доходящее до основания

Правильный ответ: 2

**5. Самоконтроль по ситуационным задачам**

**Задача № 1.** (УК-1 ПК-1 ПК-2 ПК-3 ПК-5 ПК-7 ПК-8 ПК-9 ПК-10)

О**БСТОЯТЕЛЬСТВА ДЕЛА:** в постановлении указано, что «09 января 2012г в ОП-10 с заявлением обратилась гр. В…. о том, что ее изнасиловали неизвестные лица 08 января 2012г в квартире… жилого дома по адресу: г. К….., ул. Мира, 00. …».

Свидетельствуемая рассказала, что 08 января 2012г около 06.00 в ванной комнате квартиры по ул. Мира 00 малознакомых парня толкали, хватали за руки, во время борьбы повредила левую руку, ударялась ногами о различные предметы, затем сняли колготки, трусы, совершили по одному половому акту по очереди через влагалище. Были ли законченными половые акты, был ли использован презерватив- не уточняет. Сознание не теряла. За медицинской помощью обращалась в травмпункт Советского района, меддокументы не представлены.

08 января 2012г дежурным экспертом взято содержимое заднего свода влагалища.

**ЖАЛОБЫ:** на боль в левой руке.

СПЕЦАНАМНЕЗ: менструации с 14 лет, регулярные, по 5 дней через 20 дней, умеренные, болезненные. Последняя менструация с 14 по 19 декабря 2011г. Половая жизнь с 17 лет, регулярная. Последний половой акт до случившегося был 04 января 2012г. После случившегося половые акты отрицает. Половые акты через задний проход отрицает. Гинекологические заболевания, вензаболевания, заболевания желудочно-кишечного тракта отрицает. Беременности отрицает. После случившегося совершала гигиенические процедуры.

**ОБЪЕКТИВНО:** на тыльной поверхности левой кисти в проекции 1 пальца кровоподтек бледно-багрово-фиолетового цвета без четких контуров на участке 5х6см. Движения 1-ым пальцем левой кисти несколько ограничены из-за боли. На внутренней поверхности средней и нижней трети правого плеча 3 кровоподтека багрово-фиолетового цвета округлой и полосовидной формы, расположенный горизонтально, размерами от 1х1см до 4х1см. На наружной поверхности средней трети правого бедра (1), передней поверхности верхней трети правой голени (2), тыльной поверхности правой стопы (1), передней поверхности средней трети левого бедра (8), передней поверхности верхней трети левой голени (2) кровоподтеки багрово-фиолетового цвета с зеленоватым прокрашиванием по периферии, без четких контуров на участках от 1х1см до 10х14см. Других повреждений не предъявлено.

При осмотре на гинекологическом кресле: наружные половые органы сформированы правильно, по женскому типу, волосы на лобке сбриты, большие половые губы прикрывают малые, задняя спайка больших половых губ цела, ладьевидная ямка средней глубины, целая. Слизистая оболочка малых половых губ и преддверия влагалища бледно-розовая, влажная. Девственная плева в прошлом кольцевидной формы мясистая, высотой до 0,4см в боковых сегментах, до 0,6см в нижнем сегменте. На 3 часах условного циферблата часов определяется выемка, доходящая до основания девственной плевы с ровными утолщенными краями в виде площадок розового цвета, которые при сопоставлении не заходят друг за друга у основания. На дне выемки рубец белесоватого цвета линейной формы, горизонтально направленный, размером до 0,2х0,1см. на всем остальном протяжении край девственной плевы крупноволнистый. Отверстие девственной плевы свободно пропускает 2 пальца эксперта, сложенных вместе. Кольцо сокращения не определяется. Матка маленькая, придатки не пальпируются. Выделения из половых путей скудные, кровянистого характера. Свежих повреждений в области половых органов не обнаружено.

От осмотра заднепроходного отверстия отказалась, так как половой акт через заднепроходное отверстие не был совершен.

Содержимое заднего свода влагалища взято на марлевый тампон и 2 предметных стекла и передано вместе с Заключением эксперта следователю для назначения исследования в судебно- биологическом отделении с целью установления наличия сперматозоидов.

Направлена в кожно-венерологический диспансер для исключения или подтверждения венерических заболеваний и ВИЧ-инфицирования.

**Вопросы:**

1. Телесные повреждения?
2. Степень тяжести вреда причиненного здоровью человека?
3. Механизм травмы?
4. Давность нанесения травмы?
5. Жила ли пострадавшая ранее половой жизнью? Есть ли признаки полового акта?

Эталон:

1. У гр. П. при настоящей экспертизе обнаружены кровоподтеки на руках, ногах.

2. Повреждения не влекут за собой кратковременного расстройства здоровья или незначительной стойкой утраты общей трудоспособности и, согласно пункту 9 раздела II приказа МЗ и СР РФ №194н от 24.04.2008г, расцениваются как повреждения, не причинившие вред здоровью человека.

3. Кровоподтек полосовидной формы на правом плече мог возникнуть от воздействия твердого предмета с ограниченной контактирующей поверхностью, остальные кровоподтеки могли возникнуть от воздействия тупого твердого предмета (предметов). 4. Давностью 1-3 суток ко времени проведения экспертизы.

5. На момент проведения экспертизы девственная плева в своей анатомической целостности нарушена давно, о чем свидетельствует старый разрыв на 3 часах условного циферблата часов, давность которого определить не представляется возможным. Свежих повреждений в области половых органов не обнаружено

Содержимое заднего свода влагалища взято на марлевый тампон и 2 предметных стекла и передано вместе с заключением эксперта следователю для назначения исследования в судебно- биологическом отделении с целью установления наличия сперматозоидов.

**Задача № 2**(УК-1 ПК-1 ПК-2 ПК-3 ПК-5 ПК-7 ПК-8 ПК-9 ПК-10)

**ОБСТОЯТЕЛЬСТВА ДЕЛА:** в постановлении указано, что «В ночь с 03 на 04 января 2012г около 06.45 в номере гостиницы … по ул. Мира, 00 мужчина по имени Сергей совершил насильственный половой акт в отношении гр. Ч. …».

Свидетельствуемая рассказала, что 04 января 2012г в 06.45 в номере гостиницы «…..» малознакомый мужчина бил руками по лицу, голове, затем снял колготки, плавки, совершил несколько половых актов через влагалище без презерватива. Были ли закончены половые акты- не уточняет. Сознание не теряла. За медицинской помощью обращалась в травмпункт Железнодорожного района.

06 января 2012г в ККБСМЭ судмедэкспертом проведено медицинское обследование, Акт медицинского обследования живого лица, в котором указано: «04 января 2012 года в 06.45 в квартире малознакомый мужчина наносил удары руками по лицу. Сознание не теряла. За медицинской помощью обращалась в ЛОР-травмпункт ГБ № 00, откуда представлена справка, об обращении 04.01.2012г, выставлен диагноз: закрытый перелом спинки носа. Рентгенснимок не представлен. Далее обратилась в ГБ № 6, откуда представлена справка на ее имя, об обращении 04.01.2012г, выставлен диагноз: параорбитальная гематома слева. ОБЪЕКТИВНО- в левой орбитальной области кровоподтек багрово-фиолетового цвета, 5х6см. Носовое дыхание сохранено с обеих сторон. Других повреждений не предъявлено».

**ЖАЛОБЫ:** на боль в животе.

СПЕЦАНАМНЕЗ: менструации с 13 лет, регулярные, по 7 дней через 21 день, умеренные, безболезненные. Последняя менструация 20-27 декабря 2011г. Половая жизнь с 21 года, не регулярная. Последний половой акт до случившегося был 27 декабря 2011г. После случившегося половые акты отрицает. Гинекологические заболевания, вензаболевания отрицает. Беременности отрицает. После случившегося совершала гигиенические процедуры.

**ОБЪЕКТИВНО:** в левой параорбитальной области кровоподтек бледно-багрово-фиолетового цвета с желтым прокрашиванием по периферии, без четких контуров на участке 7х8см. Отмечается кровоизлияние в склеру левого глаза в области наружного его угла на участке 1х1см. В правой параорбитальной области аналогичный кровоподтек на участке 4,5х5см. Других повреждений не предъявлено.

При осмотре на гинекологическом кресле: наружные половые органы сформированы правильно, по женскому типу, волосы на лобке сбриты, большие половые губы прикрывают малые, задняя спайка больших половых губ цела, ладьевидная ямка средней глубины, целая. Слизистая оболочка малых половых губ и преддверия влагалища бледно-розовая, влажная. Девственная плева кольцевидной формы, низкая, высотой до 02см, эластичная, свободный край ее ровный на всем протяжении. Отверстие девственной плевы свободно пропускает 2 пальца эксперта, сложенных вместе. Кольцо сокращения слабо определяется. Выделения из половых путей умеренные, слизистого характера. Матка маленькая безболезненная, придатки не пальпируются.

Содержимое заднего свода влагалища не взято ввиду нецелесообразности.

Направлена в кожно-венерологический диспансер для исключения или подтверждения венерических заболеваний и ВИЧ-инфицирования.

**Вопросы:**

1. Телесные повреждения?
2. Давность нанесения травмы?
3. Степень тяжести вреда причиненного здоровью человека?
4. Жила ли пострадавшая ранее половой жизнью? Есть ли признаки полового акта?
5. Имеются ли у гр. Ч. заболевания половых органов, если да, то какие?

Эталон:

* 1. У гр. Ч. при обращении за медицинской помощью в результате события 04 января 2012г. отмечены диагнозы: закрытый перелом спинки носа. Параорбитальная гематома слева. При медицинском обследовании 06 января 2011г. обнаружен кровоподтек на лице
  2. Давностью 1-3 суток ко времени проведения обследования 06 января 2012г. При настоящей экспертизе обнаружены кровоподтеки на лице, кровоизлияние в склеру левого глаза, которые могли возникнуть от воздействия тупого твердого предмета (предметов). Давность кровоподтеков не менее 4-5 суток ко времени проведения экспертизы.
  3. Оценить тяжесть вреда здоровью, причиненную вышеуказанными повреждениями, будет возможно при повторном обращении после предоставления первичной рентгенограммы костей носа в условиях ККБСМЭ.

4. На момент проведения экспертизы девственная плева в своей анатомической целостности не нарушена, но строение ее (низкая, большое отверстие, слабо выраженное кольцо сокращения) допускает введение напряженного полового члена за ее пределы без нарушения ее целости. Каких- либо повреждений в области наружных половых органов не обнаружено.

Содержимое заднего свода влагалища не взято ввиду нецелесообразности.

5. Ответить на данный вопрос будет возможно после обследования у врача- венеролога в кожно-венерологическом диспансере, куда она направлена для исключения или подтверждения венерических заболеваний и ВИЧ-инфицирования.

**Задача № 3**(УК-1 ПК-1 ПК-2 ПК-3 ПК-5 ПК-7 ПК-8 ПК-9 ПК-10)

**ОБСТОЯТЕЛЬСТВА ДЕЛА:** в постановлении указано, что «07 января 2012г в СО по …….. району г. К……ГСУ С К РФ по КК поступило заявление гр. З. и Х, … о факте их изнасилования и совершения насильственных действий сексуального характера тремя ранее неизвестными мужчинами. Кроме того, им были причинены телесные повреждения …».

Свидетельствуемая рассказала, что 07 января 2012г около 15.00 в квартире трое незнакомых лиц били руками по голове, шее, хватали за волосы, один из них пнул в живот. Заставили полностью раздеться, затем совершали половые акты без презервативов через влагалище, рот, заднепроходное отверстие. Один половой акт был законченным во влагалище. Сознание теряла. За медицинской помощью не обращалась.

07 января 2012г дежурным экспертом было взято содержимое заднего свода влагалища.

**ЖАЛОБЫ:** на головную боль, боль в шее, головокружение, тошнота, боль в глазах.

СПЕЦАНАМНЕЗ: менструации с 11,5 лет, регулярные, по 4-5 дней через 28 дней, умеренные, болезненные. Последняя менструация с 25 декабря 2011г. Половая жизнь с 16 лет, регулярная. Последний половой акт до случившегося был 30 декабря 2011г. После случившегося половые акты отрицает. Половые акты через задний проход до случившегося отрицает. Гинекологические заболевания, вензаболевания, заболевания полости рта, желудочно-кишечного тракта отрицает. Беременности 2- в 2009г закончившаяся родами, один медаборт. После случившегося совершала гигиенические процедуры.

**ОБЪЕКТИВНО:** в области 1-П поясничных позвонков участок осаднения кожных покровов под светло-коричневой корочкой выше уровня окружающих тканей с признаками отслоения по периферии 1х1см. Других повреждений не предъявлено.

При осмотре на гинекологическом кресле: наружные половые органы сформированы правильно, по женскому типу, волосы на лобке сбриты, большие половые губы прикрывают малые, задняя спайка больших половых губ цела, ладьевидная ямка средней глубины, целая. Слизистая оболочка малых половых губ и преддверия влагалища бледно-розовая, влажная. Девственная плева представлена отдельными фрагментами по боковым сегментам: справа двумя, слева двумя. Осмотр в зеркалах- влагалище рожавшей женщины. Шейка цилиндрическая, зев закрыт, щелевидной формы. Матка обычной величины, безболезненная, подвижная, плотная. Придатки не пальпируются. Своды свободные, глубокие. Выделения из половых путей умеренные, беловатого цвета. Повреждений в области половых органов не обнаружено.

При осмотре в коленно-локтевом положении: межъягодичная щель средней глубины, кожа вокруг заднепроходного отверстия собрана в мягкие на ощупь лучеобразные складки, слабо пигментирована. Область заднего прохода в виде небольшого углубления. Заднепроходное отверстие сомкнуто, тонус наружного и внутреннего сфинктеров сохранен. Волевое усилие достаточное. Видимая часть слизистой прямой кишки розовая, складчатая, без повреждений. Каких-либо повреждений не обнаружено.

Содержимое заднего свода влагалища взято на марлевый тампон и 2 предметных стекла и передано вместе с Заключением эксперта следователю для назначения исследования в судебно- биологическом отделении с целью установления наличия сперматозоидов.

Направлена в кожно-венерологический диспансер для исключения или подтверждения венерических заболеваний и ВИЧ-инфицирования.

**Вопросы:**

1. Телесные повреждения?
2. Степень тяжести вреда причиненного здоровью человека?
3. Механизм повреждения?
4. Давность нанесения травмы?
5. Жила ли пострадавшая ранее половой жизнью? Есть ли признаки полового акта?

Эталон:

1. У гр. Х. при настоящей экспертизе обнаружена ссадина в поясничной област.
2. Повреждение не влечет за собой кратковременного расстройства здоровья или незначительной стойкой утраты общей трудоспособности и, согласно пункту 9 раздела II приказа МЗ и СР РФ №194н от 24.04.2008г, расценивается как повреждение, не причинившее вред здоровью человека.
3. Повреждение могла возникнуть от воздействия тупого твердого предмета (предметов).
4. Давностью 3- 4 суток ко времени проведения экспертизы.

5. На момент проведения экспертизы девственная плева представлена миртовидными сосочками, как следствие бывших родов. Каких-либо повреждений в области половых органов и в области заднепроходного отверстия не обнаружено.

Из заднего свода влагалища на марлевый тампон и 2 предметных стекла взято содержимое, которые вместе с контролем марли переданы следователю с целью дальнейшего исследования в судебно биологическое отделение для определения наличия спермы.

Направлена в кожно-венерологический диспансер для исключения или подтверждения венерических заболеваний и ВИЧ-инфицирования.

**Задача № 4** (УК-1 ПК-1 ПК-2 ПК-3 ПК-5 ПК-7 ПК-8 ПК-9 ПК-10)

**ОБСТОЯТЕЛЬСТВА ДЕЛА:** в постановлении указано, что «07 января 2012г в СО по Железнодорожному району г. К…… ГСУ С К РФ по КК поступило заявление З., … о факте их изнасилования и совершения насильственных действий сексуального характера тремя ранее неизвестными мужчинами. Кроме того, им были причинены телесные повреждения …».

Свидетельствуемая рассказала, что 07 января 2012г в 16 часу в квартире по ул. Ленина двое незнакомых мужчин, схватив за волосы, били головой о стену, отчего теряла сознание. Затем они же и еще один незнакомый мужчина сняли с нее всю одежду, совершали половые акты через влагалище и через рот без презерватива. Последний половой акт был законченным. Скорой помощью доставлена в ГКБ-6, откуда представлена справка №547 об обращении 09 января 2012г с диагнозом: закрытая черепно-мозговая травма, сотрясение головного мозга. Рентген черепа без переломов. Объективно- общемозговая симптоматика. Рекомендовано лечение у невролога амбулаторно.

07 января 2012г дежурным экспертом взято содержимое заднего свода влагалища.

**ЖАЛОБЫ:** на постоянную головную боль, боль в шее, в области нижней челюсти.

СПЕЦАНАМНЕЗ: менструации с 11 лет, регулярные, по 3-5 дней через 23 дня умеренные, безболезненные. Последняя менструация в конце декабря 2011г. Половая жизнь с 17 лет, регулярная. Последний половой акт до случившегося был 30 декабря 2011г. После случившегося половые акты отрицает. Половые акты через задний проход до случившегося отрицает. Гинекологические заболевания, вензаболевания, заболевания полости рта, желудочно-кишечного тракта отрицает. Беременностей-3, в 2002г закончилась родами, 2 медицинских аборта. После случившегося совершала гигиенические процедуры.

**ОБЪЕКТИВНО:** на внутренней поверхности верхней трети правого бедра 5 кровоподтеков желтого цвета округлой формы, размерами по 1х1см. Аналогичные кровоподтеки (3) на передней поверхности левого бедра, размерами по 0,5х0,5см. На передней поверхности верхней трети правой и левой голени участки осаднения кожных покровов в пределах рогового слоя кожи, размерами 1х3см и 1,5х3см. Других повреждений не обнаружено.

При осмотре на гинекологическом кресле: наружные половые органы сформированы правильно, по женскому типу, волосы на лобке сбриты, большие половые губы прикрывают малые, задняя спайка больших половых губ цела, ладьевидная ямка средней глубины, целая. Слизистая оболочка малых половых губ и преддверия влагалища бледно-розовая, влажная. Девственная плева представлена отдельными фрагментами по боковым сегментам: справа и слева по два.

Осмотр в зеркалах- влагалище рожавшей женщины. Шейка цилиндрическая, зев закрыт, щелевидной формы. Матка обычной величины, безболезненная, подвижная, плотная. Придатки не пальпируются. Своды свободные, глубокие. Выделения из половых путей умеренные, слизистого характера. Каких-либо повреждений в области половых органов не обнаружено.

Содержимое заднего свода влагалища взято на марлевый тампон и 2 предметных стекла и передано вместе с Заключением эксперта следователю для назначения исследования в судебно- биологическом отделении с целью установления наличия сперматозоидов.

Направлена в кожно-венерологический диспансер для исключения или подтверждения венерических заболеваний и ВИЧ-инфицирования.

**Вопросы:**

* 1. Телесные повреждения?
  2. Механизм травмы?
  3. Давность нанесения травмы?
  4. Степень тяжести вреда причиненного здоровью человека?

1. Жила ли пострадавшая ранее половой жизнью? Есть ли признаки полового акта?

Эталон:

* 1. У гр. З. при обращении за медицинской помощью 09 января 2012г в результате события 07 января 2012г отмечен диагноз: закрытая черепно-мозговая травма, сотрясение головного мозга. При настоящей экспертизе обнаружены кровоподтеки и ссадины на ногах.
  2. Повреждения могли возникнуть от воздействия тупого твердого предмета (предметов).
  3. Давностью 3-4 суток ко времени проведения экспертизы.
  4. Оценить тяжесть вреда здоровью, причиненную вышеуказанными повреждениями, будет возможно при повторном обращении после лечения с предоставлением медицинских документов в условиях ККБСМЭ.
  5. На момент проведения экспертизы девственная плева представлена миртовидными сосочками, как следствие бывших родов. Каких-либо повреждений в области наружных половых органов и в области заднепроходного отверстия не обнаружено.

Из заднего свода влагалища на марлевый тампон и 2 предметных стекла взято содержимое, которые вместе с контролем марли переданы следователю с целью дальнейшего исследования в судебно биологическое отделение для определения наличия спермы.

Направлена в кожно-венерологический диспансер для исключения или подтверждения венерических заболеваний и ВИЧ-инфицирования.

**Задача № 5**(УК-1 ПК-1 ПК-2 ПК-3 ПК-5 ПК-7 ПК-8 ПК-9 ПК-10)

**ОБСТОЯТЕЛЬСТВА ДЕЛА:** в постановлении указано, что «16.01.2011г около 20 часов от НДС ДЧ ОП №0 МУ МВД России «К……» поступило сообщение о совершении гр. С. 1989 г.р. преступления, предусмотренного ст. 135 УК РФ. В ходе проверки сообщения преступления установлено, что около 16 часов 16.01.2011г гр. С. послал на мобильный телефон ранее ему знакомого несовершеннолетнего гр. Б. 1998 г.р. СМС – сообщение интимного содержания. Опрошенный гр. С. совершение им преступления отрицает. Опрошенный гр. Б. факт совершения в его отношении развратных действий так же отрицает…».

Свидетельствуемый получение каких-либо телесных повреждений отрицает.

**ЖАЛОБЫ:** не предъявляет.

**ОБЪЕКТИВНО:** каких-либо телесных повреждений или следов от них не обнаружено. Свидетельствуемый правильного телосложения, нормального питания. Повреждений или следов от них на поверхности лица, слизистой оболочке преддверия рта, полости рта не обнаружено. Уздечка верхней губы цела. Наружные половые органы развиты правильно, по мужскому типу, соответственно возрасту. Оволосения нет. Мошонка дрябловатая, слегка пигментированная, гладкая, оба яичка в мошонке, эластичные, безболезненные на ощупь, не увеличены. Длина полового члена около 6см, ширина у основания головки около 1,3см. Головка полового члена полностью прикрыта крайней плотью, которая свободно сдвигается за нее. Губки уретры без воспалительных явлений. В области половых органов каких-либо повреждений или следов от них не обнаружено. На ягодицах повреждений или следов от них не обнаружено. При осмотре в коленно-локтевом положении: межъягодичная щель средней глубины, кожа вокруг заднепроходного отверстия собрана в мягкие на ощупь, коричневого цвета, лучеобразные складки. Область заднего прохода в виде небольшого углубления. Заднепроходное отверстие не зияет. Видимая часть слизистой оболочки прямой кишки розоватая, складчатая; складки мягкие, тонус сфинктеров удовлетворительный. Каких-либо повреждений или следов от них в области заднепроходного отверстия и слизистой оболочки видимой части прямой кишки не обнаружено.

Направлен в хирургическое отделение ГКБ на консультацию проктолога для исключения или подтверждения травматических повреждений в области заднего прохода и прямой кишки.

**Вопросы:**

1. Телесные повреждения?
2. Давность нанесения травмы?
3. Степень тяжести вреда причиненного здоровью человека?
4. Механизм травмы?
5. Имеются ли у гр. Б. заболевания половых органов, если да, то какие?

Эталон:

* 1. У гр. Б. каких-либо телесных повреждений или следов от них, в том числе в области заднепроходного отверстия и слизистой оболочки видимой части прямой кишки не обнаружено.
  2. Ответить на поставленный перед экспертом вопрос не представляется возможным.
  3. Тяжесть вреда причиненного здоровью не может быть определена.
  4. Ответить на поставленный перед экспертом вопрос не представляется возможным.
  5. Ответить на данный вопрос будет возможно после обследования у врача- венеролога в кожно-венерологическом диспансере, куда она направлена для исключения или подтверждения венерических заболеваний и ВИЧ-инфицирования.

**6. Перечень практических умений по изучаемой теме**

(УК-1, УК-2, УК-3, ПК-5, ПК-6, ПК-10);

-применять на практике основы законодательства РФ о здравоохранении и директивные документы, определяющие деятельность органов и учреждений здравоохранения;

-оформлять типовые формы медицинской документации для бюро судебно-медицинской экспертизы;

**7. Рекомендации по выполнению НИР**

Примерная тематика по НИР по теме - не предусмотрена.

**8. Рекомендованная литература по теме занятия (обязательная, дополнительная, электронные ресурсы, включая законодательные и нормативно-правовые документы)**

**Занятие № 66**

**1. Индекс: ОД.О.01.1.10.91 Тема: «Судебно-медицинская экспертиза установления поло­вой неприкосновенности. Изнасилование».** 1 часть

**2. Форма организации занятия:** подготовка к практическому занятию.

**3. Перечень вопросов для самоподготовки по теме практического занятия:**

1. ВОПРОС Что следует понимать под развратными действиями? (УК-1 ПК-1 ПК-2 ПК-3 ПК-5 ПК-7 ПК-8 ПК-9 ПК-10)

ОТВЕТ: Развратные действия (статья 135 У К РФ) — преступление, под которым понимают удовлетворение полового влечения, не связанного с естественным или извращенным половым сношением, в отношении детей до 14-летнего возраста. Это может быть прикосновение руками к половым органам ребенка, трение о половые органы или тело половым членом, онанизм в присутствии ребенка или обучение половым извращениям и т. д.

Освидетельствование детей начинается с опроса, который требует большого такта и умения, потому что дети, с одной стороны, бывают замкнуты, заторможены при обсуждении такой темы, с другой — легко внушаемы и подвержены фантазиям. При осмотре каких-либо повреждений часто не находят или не выявляют изменений в области половых органов, в то время как следственным путем доказаны развратные действия. В этом случае отрицательный результат должен быть объяснен обстоятельствами дела.

В некоторых случаях на слизистой половых органов могут быть различные повреждения в зависимости от характера механических действий:

разрывы тканей, повреждения слизистой в виде ссадин или кровоизлияний. Иногда покраснение и воспалительные изменения слизистой половых органов образуются не от механических воздействий, а от других причин: болезней или просто нечистоплотности. Поэтому само выявление таких изменений не является подтвержден см каких-либо действий развратного характера. Тем более, что изменения, вызванные механическим фактором, могут быть обусловлены самим свидетельствуемым. Если они имели место, то на бедрах, руках, ягодицах наблюдаются кровоподтеки и ссадины. Серьезным доказательством развратных действий может служить обнаружение спермы на теле, одежде потерпевших, на постели и тем более, в неожиданных местах, указанных потерпевшим.

2.ВОПРОС Что понимается под «половыми состояниями» и какие из них являются предметом судебяо-медицинской экспертизы? (УК-1 ПК-1 ПК-2 ПК-3 ПК-5 ПК-7 ПК-8 ПК-9 ПК-10)

ОТВЕТ: Половые состояния — это специальные состояния, связанные с половой деятельностью и возникающие при расследовании уголовных и гражданских дел. Они могут быть предметом экспертизы в связи с конкретным преступлением или самостоятельно. К ним относятся:

— определение половой неприкосновенности;

— установление бывшего полового сношения;

— определение производительной способности (способности к половому сношению, оплодотворению и зачатию);

— определение спорного отцовства и материнства;

— экспертиза беременности, бывших родов и аборта;

— экспертиза истинного пола.

3.ВОПРОС Как в процессе судебно-медицинской экспертизы устанавливается половая неприкосновенность? (УК-1 ПК-1 ПК-2 ПК-3 ПК-5 ПК-7 ПК-8 ПК-9 ПК-10)

ОТВЕТ: Установление половой неприкосновенности

является определением бывшего полового сношения и прежде всего целости девственной плевы, то есть установление девственности и наличия спермы во влагалище. Вопрос имеет значение при экспертизе, связанной с расследованием половых преступлений: изнасилования, развратных половых действий, полового сношения с несовершеннолетними; иногда в гражданских делах по фактам клеветы или оскорбления. Установление физической девственности сводится к исследованию девственной плевы — складки слизистой, отделяющей преддверие влагалища от самого влагалища. Она состоит из соединительнотканных и мышечных волокон, сосудов и нервов разной формы:

кольцевидной, полулунной, перегородчатой, лопастной и др. К ее характеристике следует отнести толщину, высоту (расстояние от свободного края до основания), растяжимость, эластичность, характер краев, наличие естественных выемок, диаметр отверстия. Собственно это исследование решает вопрос, цела девственная плева или имеет нарушения — разрывы. Атак как перечисленные особенности влияют на возникновение и особенности разрыва при половом сношении, то следует их выявлять и учитывать. Например, если плева низкая, эластичная и легко растяжимая, то при однократном половом сношении, а иногда и многократном, разрыва может не быть. Поэтому ненарушенная девственная плева не всегда свидетельствует о физической девственности.

При подозрении на повреждение девственной плевы его надо выявить, описать и доказать, ибо это важное доказательство полового сношения.

Между тем разрыв девственной плевы легко обнаружить лишь в «свежих» случаях по наличию кровоизлияний на краях разрыва и вокруг него. При описании по цифрам часового циферблата отмечают локализацию разрыва , а также все его особенности. Для низкой тонкой плевы кровоизлияние может быть различимо в течение 6—9 дней, для высокой, толстой — 10—14, причем первые два—три дня при прикосновении к нему наблюдается кровотечение. После этого происходит заживление с образованием после 20-го дня тонкого нежного, малозаметного рубца по краям разрыва. По рубцу установить давность возникновения разрыва уже нельзя. Представленные сроки ориентировочны и зависят от индивидуальных особенностей организма и характера разрыва плевы.

Следует подчеркнуть важный факт наличия на плеве естественных выемок, очень похожих на разрывы. Они наблюдаются не всегда и вводят в заблуждение, особенно неопытных врачей. Характерны выемки тем, что не имеют в отличие от рубцов утолщения и белесоватости по краям, один из которых заходит за другой. Чтобы не сделать ошибки в выводе о наличии повреждения плевы, а значит полового сношения, исследование проводят как минимум два опытных врача при хорошем освещении на гинекологическом кресле, с применением кольпоскопа либо лупы. Вывод требует большой осторожности и должен быть доказан объективными признаками. Подобные ошибки совершают обычно врачи-эксперты, даже акушеры-гинекологи, ибо опыта такого обследования и решения подобного вопроса они не имеют.

4.ВОПРОС Как в процессе судебно-медицинской экспертизы устанавливается бывшее половое сношение? (УК-1 ПК-1 ПК-2 ПК-3 ПК-5 ПК-7 ПК-8 ПК-9 ПК-10)

ОТВЕТ: Убедительным доказательством полового сношения помимо разрыва девственной плевы является выявление во влагалищном содержимом женщины спермы. Для этого стерильным марлевым тампоном из заднего и боковых стенок влагалища берут мазок, который переносят на предметные стекла, высушивают (как и марлевый тампон) и направляют в судебно-биоло-гическую лабораторию.

Помимо установления наличия спермы, которое доказывается по выявлению сперматозоидов (они могут сохраняться до 4,5 дней), решается вопрос о ее антигенных свойствах по системе АВО. Одновременно с исследованием спермы производится исследование слюны (для установления факта выделительства), которая вместе с кровью подозреваемого направляется на судеб-но-биологическую экспертизу.

Для доказательства бывшего полового сношения предложено исследование вагинальных клеток крови, лобковых волос и текстильных волокон белья на половых органах и в подногтевом содержимом.

О бывшем половом сношении свидетельствуют беременность и заражение венерической болезнью, при исключении внеполового заражения.

5.ВОПРОС Как проводится судебно-медицинская экспертиза производительной способности? (УК-1 ПК-1 ПК-2 ПК-3 ПК-5 ПК-7 ПК-8 ПК-9 ПК-10)

ОТВЕТ: Экспертиза производительной способности сводится к установлению способности к половому сношению, к оплодотворению у мужчин и зачатию у женщин.

Способность к половому сношению является поводом для назначения экспертизы при изнасиловании женщины, не жившей до этого половой жизнью, при алиментных делах, когда ссылаются на импотенцию. Такое состояние бывает при некоторых нервно-психических, эндокринных, инфекционных, венерических, некоторых соматических заболеваниях, при болезнях половых органов. Иногда причиной импотенции является алкоголизм или наркомания, механические препятствия. Обычно только это и отмечается при осмотре экспертом. У женщин препятствием к половому сношению может быть вагинизм — судорожное сокращение мышц влагалища при сильной боли или повышенной чувствительности от прикосновения, а также порок развития или руб-цовые изменения в области входа во влагалище.

Эта диагностика требует квалифицированного профессионального обследования с участием специалистов, иногда при стационарном наблюдении с использованием лабораторных методов исследования.

Для установления способности мужчины к оплодотворению необходимо исследование его семенной жидкости, которая должна быть получена в экспертном учреждении, передана сразу в судебно-биологическую лабораторию с гарантией отсутствия внешнего воздействия на сперму.

Причиной утраты способности к оплодотворению может быть также недоразвитие половых органов различные заболевания, например, воспаление придатков яичка (чаще всего гонорейное);

другие эндокринные болезни, нарушающие выделение спермы или изменяющие ее качество; рубцовые изменения, особенно матки после аборта. В одних случаях это приводит к асперматизму (отсутствию спермы), в других — к азоспермии (отсутствии в сперме сперматозоидов) или к некро-спермии (наличии в сперме мертвых неподвижных сперматозоидов), в третьих — к олигоспермии (незначительному количеству сперматозоидов в сперме) или астеноспермии(наличию патологических форм сперматозоидов). Однако, помимо анализа спермы, необходимо клиническое обследование свидетельствуемого и консультация специалистов. Если экспертиза устанавливает неспособность к половому сношению, оплодотворению или зачатию, то следует определить причину этого и связь с нанесенным вредом здоровью.

Причиной неспособности к зачатию женщин являются воспалительные заболевания, охватывающие область внутренних половых органов, и аборты, особенно криминальные.

**4.Самоконтроль по тестовым заданиям данной темы**

1. «СТАРЫЙ» РАЗРЫВ ДЕВСТВЕННОЙ ПЛЕВЫ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ СЛЕДУЮЩИМИ ПРИЗНАКАМИ (ПК-5):

1) рубцово измененными, утолщенными краями

2) дном, не доходящим до основания плевы

3) симметричность

Правильный ответ: 1

1. РАЗМЕР (ДИАМЕТР) ОТВЕРСТИЯ ДЕВСТВЕННОЙ ПЛЕВЫ ИЗМЕРЯЮТ(ПК-5):

1) пальцем эксперта

2) гименометром

3) стеклянной палочкой

4) линейкой

5) толстотным циркулем

Правильный ответ: 2

1. ДАВНОСТЬ РАЗРЫВА ДЕВСТВЕННОЙ ПЛЕВЫ НЕ УСТАНАВЛИВАЕТСЯ В СРОК ДО(ПК-5):

1) 5 дней

2) 7 дней

3) 10 дней

4) 15 дней

5) до 40 дней

Правильный ответ: 5

1. НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВСТРЕЧАЮЩИМИСЯ ФОРМАМИ ДЕВСТВЕННОЙ ПЛЕВЫ ЯВЛЯЮТСЯ(ПК-5):

1) губовидная

2) зубчатая

3) кольцевидная или полулунная

4) решетчатая

5) перегородчатая

Правильный ответ: 3

1. ЗАЖИВЛЕНИЕ РАЗРЫВА ДЕВСТВЕННОЙ ПЛЕВЫ ПРОИСХОДИТ(ПК-5):

1) первичным натяжением

2) третичным натяжением

3) в зависимости от возраста потерпевшей

4) не всегда с образованием рубца

5) вторичным натяжением, всегда с образованием рубца

Правильный ответ: 5

1. ДЕВСТВЕННАЯ ПЛЕВА НЕ МОЖЕТ БЫТЬ(ПК-5):

1) рубцовой

2) эпителиальной

3) соединительно-тканной (плотная, неэластичная, малорастяжимая)

4) мышечной

5) сухожильной

Правильный ответ: 5

1. В ОСНОВУ КЛАССИФИКАЦИИ ДЕВСТВЕННОЙ ПЛЕВЫ ПОЛОЖЕНЫ (ПК-5):

1) форма

2) высота

3) размер отверстия

4) сроки формирования

5) возраст потерпевшей

Правильный ответ: 1

1. ДОСТОВЕРНЫМ ПРИЗНАКОМ АКТА МУЖЕЛОЖСТВА У ПОСТРАДАВШЕГО ЯВЛЯЕТСЯ(ПК-5):

1) повреждение слизистой полости рта

2) сглаженность складок анального отверстия

3) обнаружение сперматозоидов в содержимом прямой кишки

4) повреждения на внутренней поверхности бедер

5) повреждения на предплечьях

Правильный ответ: 3

1. СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКАЯ ЭКСПЕРТИЗА БЕРЕМЕННОСТИ ОСНОВЫВАЕТСЯ НА(ПК-5):

1) показаниях свидетельствуемой

2) данных анализов

3) результатах опроса родственников

4) данных объективного осмотра свидетельствуемой

5) данных об имевшем место половом акте

Правильный ответ: 4

1. ОДНИМ ИХ ПРИЗНАКОВ БЕРЕМЕННОСТИ У ЖЕНЩИНЫ РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА ЯВЛЯЕТСЯ(ПК-5):

1) увеличение яичников

2) увеличение размеров живота

3) прекращение менструаций

4) появление выделений из влагалища

5) лабильность психического состояния

Правильный ответ: 3

**5.Самоконтроль по ситуационным задачам**

**Задача № 1.** (УК-1 ПК-1 ПК-2 ПК-3 ПК-5 ПК-7 ПК-8 ПК-9 ПК-10)

**ОБСТОЯТЕЛЬСТВА ДЕЛА:** в постановлении указано, что «20.01.2012 в СО по …….. району г. К….. ГСУ СК России по К….. краю поступил материал по факту полового сношения совершенного гр. Н., гр. Л. и гр. В., достигшими восемнадцатилетнего возраста, с несовершеннолетней гр. К. 1997 г.р. не достигшей шестнадцатилетнего возраста имевшего место 20.01.2012 в период с 01.00 до 02.00 часов в квартире по ул. Мира, 0 г. К……».

Свидетельствуемая рассказала, что 20 января 2012 года в 02-м часу в квартире совершила три половых актов с тремя незнакомыми парнями, с использованием презервативов, при этом посторонней жидкости не ощущала. Получение телесных повреждений отрицает. Сознание не теряла. За медицинской помощью не обращалась.

**ЖАЛОБЫ:** не предъявляет.

СПЕЦАНАМНЕЗ: менструация с 13 лет, по 6-7 дней через месяц, нерегулярные, последняя менструация в начале января 2012 года. Половая жизнь с 13 лет. Беременности отрицает. Последний половой акт до случившегося с 19 на 20 января 2012 года. После случившегося не было. Гинекологические и венерические заболевания отрицает.

**ОБЪЕКТИВНО:** каких-либо телесных повреждений не обнаружено.

Оволосение на лобке сбрито. Наружные половые органы развиты правильно по женскому типу. Большие половые губы прикрывают малые. Задняя спайка цела, ладьевидная ямка средней глубины. Слизистая малых половых губ и преддверия влагалища бледно-розовая. Девственная плева в прошлом кольцевидной формы, высотой в верхнем и боковых сегментах 0,3см, средней мясистости, свободный край крупно-волнистый. На 5-ти и 7-ми часах соответственно часовому циферблату 2 сосочковых выроста шириной 0,5см, высотой 1см. На 8-ми часах соответственно часовому циферблату выемка, доходящая до основания с утолщенными закругленными краями, глубиной до 0,3см. При складывании края выемки у основания не заходят друг за друга. Дно выемки в виде ровной площадки 0,5х0,5см. Отверстие девственной плевы 3см в диаметре свободно пропускает 2 пальца эксперта. Кольцо сокращения не определяется. Слизистая оболочка видимой части стенок влагалища бледно-розовая, складчатая. Из половых путей выделений нет.

На марлевый тампон и 2 предметных стекла для установления или исключения наличия сперматозоидов при судебно-биологическом исследовании изъято содержимое заднего свода влагалища и вместе с контролем марли прилагается к Заключению эксперта.

Направлена в ККВД для установления или исключения вензаболеваний и ВИЧ-инфицирования.

**Вопросы:**

1. Телесные повреждения?
2. Давность нанесения травмы?
3. Степень тяжести вреда причиненного здоровью человека?
4. Жила ли пострадавшая ранее половой жизнью? Есть ли признаки полового акта?
5. Имеются ли у гр. Б. заболевания половых органов, если да, то какие?

Эталон:

* 1. У гр. К. телесных повреждений и следов от них не обнаружено.
  2. Ответить на поставленный перед экспертом вопрос не представляется возможным.
  3. Тяжесть вреда причиненного здоровью не может быть определена.
  4. На момент проведения экспертизы целость девственной плевы у гр. Красиковой нарушена, на что указывает наличие искусственной выемки (старого разрыва) на 8-ми часах соответственно часовому циферблату, определить давность возникновения указанного разрыва в настоящее время не представляется возможным.
  5. Ответить на данный вопрос будет возможно после обследования у врача- венеролога в кожно-венерологическом диспансере, куда она направлена для исключения или подтверждения венерических заболеваний и ВИЧ-инфицирования.

**Задача № 2**(УК-1 ПК-1 ПК-2 ПК-3 ПК-5 ПК-7 ПК-8 ПК-9 ПК-10)

**ОБСТОЯТЕЛЬСТВА ДЕЛА:** в постановлении указано, что «20.01.2012г в СО по ……. району г. К…….. ГСУ СК России по КК поступил материал по факту полового сношения совершенного гр. Н., гр. Л. и гр. В., достигшими восемнадцатилетнего возраста, с несовершеннолетней гр. К. 1997 г.р., не достигшей шестнадцатилетнего возраста, имевшего место 20.01.2012г в период времени с 01.00 до 02.00 часов в квартире 00 по ул. Мира 0 г. К …».

Свидетельствуемый получение каких-либо телесных повреждений отрицает.

**ЖАЛОБЫ:** не предъявляет.

СПЕЦАНАМНЕЗ: половая жизнь с 14 лет. Не женат, детей не имеет. Последний половой акт до случившегося около недели назад. Заболевания, травмы половых органов, вензаболевания отрицает. В детском возрасте – сотрясение головного мозга. Травмы спинного мозга отрицает. Производственных вредностей не имеет. В армии служил в ракетных войсках. Курит - одна пачка в день. Алкоголь употребляет умеренно. В половой жизни затруднений не испытывает. Употребление наркотических препаратов отрицает.

**ОБЪЕКТИВНО:** каких-либо телесных повреждений или следов от них не обнаружено. Оволосение на лобке и наружные половые органы развиты правильно, по мужскому типу. Половой член в ненапряженном состоянии длиной 10 см, шириной у основания 3,3 см, в области широкой части головки 3см. Уздечка полового члена цела, розоватого цвета, следов от повреждений в ее области не обнаружено. Головка полового члена прикрыта крайней плотью, которая свободно сдвигается за головку полового члена, обнажая ее. В припуциальном мешке содержимого нет. Наружное отверстие уретры обычной формы, без воспалительных явлений. Кожа мошонки пигментирована, морщинистая, яички в мошонке, при пальпации эластичные, безболезненные, размерами по 3х3,5х4см. Каких-либо видимых повреждений или следов от них в области наружных половых органов не обнаружено.

На марлевый тампон взят смыв с полового члена и вместе с контролем марли прилагается к Заключению эксперта для назначения судебно-биологической экспертизы с целью установления наличия влагалищного эпителия.

Дано направление в кожвендиспансер для исключения или подтверждения вензаболеваний и ВИЧ-инфицирования.

**Вопросы:**

* 1. Телесные повреждения?
  2. Давность нанесения травмы?
  3. Степень тяжести вреда причиненного здоровью человека?
  4. Какой материал надо забрать для экспертизы?
  5. Имеются ли у гр. Б. заболевания половых органов, если да, то какие?

Эталон:

1. У гр. Н. каких-либо телесных повреждений или следов от них, в том числе, в области наружных половых органов, не обнаружено.
2. Ответить на поставленный перед экспертом вопрос не представляется возможным.
3. Тяжесть вреда причиненного здоровью не может быть определена.
4. На марлевый тампон взят смыв с полового члена и вместе с контролем марли прилагается к Заключению эксперта для назначения судебно-биологической экспертизы с целью установления наличия влагалищного эпителия.
5. Ответить на данный вопрос будет возможно после обследования у врача- венеролога в кожно-венерологическом диспансере, куда она направлена для исключения или подтверждения венерических заболеваний и ВИЧ-инфицирования.

**Задача № 3**(УК-1 ПК-1 ПК-2 ПК-3 ПК-5 ПК-7 ПК-8 ПК-9 ПК-10)

**ОБСТОЯТЕЛЬСТВА ДЕЛА:** в постановлении указано, что «20.01.2012г в СО по …… району г. К….. ГСУ СК России по КК поступил материал по факту полового сношения совершенного гр. Н., гр. Л. и гр. В., достигшими восемнадцатилетнего возраста, с несовершеннолетней гр. К. 1997 г.р., не достигшей шестнадцатилетнего возраста, имевшего место 20.01.2012г в период времени с 01.00 до 02.00 часов в квартире №00 по ул. Мира, 0 г. ……».

Свидетельствуемый получение каких-либо телесных повреждений отрицает.

**ЖАЛОБЫ:** не предъявляет.

СПЕЦАНАМНЕЗ: половая жизнь с 15 лет. Не женат, детей не имеет. Последний половой акт до случившегося 3-4 месяца назад. Заболевания, травмы половых органов, вензаболевания отрицает. Травмы головного, спинного мозга отрицает. В армии не служил. Курит - меньше пачки в день. Алкоголь употребляет умеренно. В половой жизни затруднений не испытывает. Употребление наркотических препаратов отрицает.

**ОБЪЕКТИВНО:** каких-либо телесных повреждений или следов от них не обнаружено. Оволосение на лобке и наружные половые органы развиты правильно, по мужскому типу. Половой член в ненапряженном состоянии длиной 6 см, шириной у основания 2,2 см, в области широкой части головки 2,5см. Уздечка полового члена цела, розоватого цвета, следов от повреждений в ее области не обнаружено. Головка полового члена прикрыта крайней плотью, которая свободно сдвигается за головку полового члена, обнажая ее. В припуциальном мешке содержимого нет. Наружное отверстие уретры обычной формы, без воспалительных явлений. Кожа мошонки пигментирована, морщинистая, яички в мошонке, при пальпации эластичные, безболезненные, размерами по 3х3,5х4см. Каких-либо видимых повреждений или следов от них в области наружных половых органов не обнаружено.

На марлевый тампон взят смыв с полового члена и вместе с контролем марли прилагается к Заключению эксперта для назначения судебно-биологической экспертизы с целью установления наличия влагалищного эпителия.

Дано направление в кожвендиспансер для исключения или подтверждения вензаболеваний и ВИЧ-инфицирования.

**Вопросы:**

1. Телесные повреждения?
2. Давность нанесения травмы?
3. Степень тяжести вреда причиненного здоровью человека?
4. Какой материал надо забрать для экспертизы?
5. Имеются ли у гр. Б. заболевания половых органов, если да, то какие?

Эталон:

* 1. У гр. К. С.Л. каких-либо телесных повреждений или следов от них, в том числе, в области наружных половых органов, не обнаружено.
  2. Ответить на поставленный перед экспертом вопрос не представляется возможным.
  3. Тяжесть вреда причиненного здоровью не может быть определена.
  4. На марлевый тампон взят смыв с полового члена и вместе с контролем марли прилагается к Заключению эксперта для назначения судебно-биологической экспертизы с целью установления наличия влагалищного эпителия.
  5. Ответить на данный вопрос будет возможно после обследования у врача- венеролога в кожно-венерологическом диспансере, куда она направлена для исключения или подтверждения венерических заболеваний и ВИЧ-инфицирования.

**Задача № 4** (УК-1 ПК-1 ПК-2 ПК-3 ПК-5 ПК-7 ПК-8 ПК-9 ПК-10)

**ОБСТОЯТЕЛЬСТВА ДЕЛА:** в постановлении указано, что «20.01.2012г в СО по ……району г. ……. ГСУ СК России по КК поступил материал по факту полового сношения совершенного .гр. Н., гр. Л.и гр. В., достигшими восемнадцатилетнего возраста, с несовершеннолетней гр. К. 1997 г.р., не достигшей шестнадцатилетнего возраста, имевшего место 20.01.2012г в период времени с 01.00 до 02.00 часов в квартире №321 по ул. Королева 9 г. Красноярска…».

Свидетельствуемый получение каких-либо телесных повреждений отрицает.

**ЖАЛОБЫ:** не предъявляет.

СПЕЦАНАМНЕЗ: половая жизнь с 15 лет. Не женат. Последний половой акт до случившегося около 6 месяцев назад. Гонорея около 2 лет назад, лечился в больнице. Травмы половых органов отрицает. В 6 лет – сотрясение головного мозга. Травмы спинного мозга отрицает. В армии не служил. Курит – одна пачка в день. Алкоголь употребляет умеренно. В половой жизни затруднений не испытывает. Употребление наркотических препаратов отрицает.

**ОБЪЕКТИВНО:** на задней поверхности грудной клетки на уровне 11-го грудного позвонка слева полосовидная горизонтальная ссадина вертикальная под плотной темно-коричневой отслаивающейся корочкой 1,5х0,5см. Аналогичная ссадина имеется на задней поверхности правого локтевого сустава полосовидная горизонтальная 1,0х0,3см.

Оволосение на лобке и наружные половые органы развиты правильно, по мужскому типу. Половой член в ненапряженном состоянии длиной 9 см, шириной у основания 2,8 см., в области широкой части головки 3см. Уздечка полового члена цела, розоватого цвета, следов от повреждений в ее области не обнаружено. Головка полового члена прикрыта крайней плотью, которая свободно сдвигается за головку полового члена, обнажая ее. В припуциальном мешке содержимого нет. Наружное отверстие уретры обычной формы, без воспалительных явлений. Кожа мошонки пигментирована, морщинистая, яички в мошонке, при пальпации эластичные, безболезненные, размерами по 3х3,5х4см. Каких-либо видимых повреждений или следов от них в области наружных половых органов не обнаружено.

На марлевый тампон взят смыв с полового члена и вместе с контролем марли прилагается к Заключению эксперта для назначения судебно-биологической экспертизы с целью установления наличия влагалищного эпителия.

Дано направление в кожвендиспансер для исключения или подтверждения вензаболеваний и ВИЧ-инфицирования.

**Вопросы:**

1. Телесные повреждения?
2. Давность нанесения травмы?
3. Степень тяжести вреда причиненного здоровью человека?
4. Какой материал надо забрать для экспертизы?
5. Имеются ли у гр. Б. заболевания половых органов, если да, то какие?

Эталон:

1. У гр. Г. Обнаружены ссадины на задней поверхности грудной клетки и правой руке
2. Давностью 10-15 суток ко времени проведения экспертизы.
3. Повреждение не влекут за собой кратковременного расстройства здоровья или незначительной стойкой утраты общей трудоспособности и, согласно пункту 9 раздела II приказа МЗ и СР РФ №194н от 24.04.2008г, расцениваются как повреждения, не причинившие вред здоровью человека.
4. На марлевый тампон взят смыв с полового члена и вместе с контролем марли прилагается к Заключению эксперта для назначения судебно-биологической экспертизы с целью установления наличия влагалищного эпителия.
5. Ответить на данный вопрос будет возможно после обследования у врача- венеролога в кожно-венерологическом диспансере, куда она направлена для исключения или подтверждения венерических заболеваний и ВИЧ-инфицирования.

**Задача № 5**(УК-1 ПК-1 ПК-2 ПК-3 ПК-5 ПК-7 ПК-8 ПК-9 ПК-10)

**ОБСТОЯТЕЛЬСТВА ДЕЛА:** в направлении указано, что «03.02.2012 года из дежурной части ОП №0 МУ МВД Росси «К…..» поступило сообщение о том, что гр. А. совершил насильственный половой акт с гр. В.».

Свидетельствуемая рассказала, что 03 февраля 2012 года в 01 часу до 03 часов, затем с 10 до 10:30 часов в квартире бывший муж хватал за ноги, совершил два половых акта без использования презерватива через влагалище, один половой акт (около 10 часов) был законченный. Половые акты через полость рта, заднепроходное отверстие отрицает. За медицинской помощью не обращалась.

**ЖАЛОБЫ:** на боль внизу живота.

СПЕЦАНАМНЕЗ: менструация с 14 лет, регулярная, по 3-4 дня, через 28 дней, умеренная. Последняя менструация была 09 января 2012 года Половая жизнь с 15 лет, регулярная. Последний половой акт до случившегося был 27-28 января 2012 года. После случившегося половые акты отрицает. Гинекологические заболевания отрицает. После случившегося мыла половые органы.

Отмечает одну беременность, которая закончилась медицинским абортом в 2001 году.

**ОБЪЕКТИВНО:** на внутренней поверхности правого бедра на границе средней и нижней трети багрово-синюшный с зеленоватым прокрашиванием по периферии полосовидный кровоподтек, 6,0х0,3см. На передней поверхности левого бедра в верхней трети бледно-багровый с зеленоватым прокрашиванием по периферии овальный кровоподтек, 1,5х1,0см. На внутренней поверхности правого бедра в нижней трети зеленоватый кровоподтек, 1,0х0,5см. На передней поверхности правого коленного сустава такой же кровоподтек, 2,0х1,0см. Других повреждений не предъявлено.

При осмотре на гинекологическом кресле: волосы на лобке сбриты, наружные половые органы развиты правильно по женскому типу. Большие половые губы прикрывают малые. Задняя спайка больших половых губ цела, ладьевидная ямка средней глубины. Слизистая оболочка малых половых губ и преддверия влагалища бледно-розовая. Девственная плева кольцевидной формы, высотой менее 0,4-0,5см, средней мясистости, эластичная, легкорастяжимая, свободный край крупно волнистый, величина отверстия большое – более 2,5см. Кольцо сокращения определяется очень слабо. Каких либо видимых повреждений или следов от них в области половых органов не выявлено.

Содержимое заднего свода влагалища взято на марлевом тампоне и 2 предметных стекла и вместе с контролем марли прилагаются к Заключению эксперта для проведения судебно-биологического исследования с целью установления наличия сперматозоидов.

Содержимое (волос – длиной 5,0см, с двумя завитками) обнаруженный с заднего свода влагалища взят и прилагается к Заключению эксперта для проведения судебно-биологического исследования.

04 февраля 2012 года тампон с содержимым заднего свода влагалища взят дежурным экспертом и вместе с контролем марли переданы следователю.

Направлена в кожвендиспансер для исключения или подтверждения вензаболеваний и ВИЧ-инфицирования

**Вопросы:**

1. Телесные повреждения?
2. Степень тяжести вреда причиненного здоровью человека?
3. Механизм травмы?
4. Давность нанесения травмы?
5. Жила ли пострадавшая ранее половой жизнью? Есть ли признаки полового акта?

Эталон:

1. У гр. В. Обнаружены кровоподтеки на ногах
2. Повреждения не влекут за собой кратковременного расстройства здоровья или незначительной стойкой утраты общей трудоспособности и, согласно пункту 9 раздела II приказа МЗ и СР РФ №194н от 24.04.2008г, расцениваются как повреждения, не причинившие вред здоровью человека.
3. Могли возникнуть от воздействия тупого твердого предмета (предметов),
4. Давностью 2-4 суток ко времени проведения обследования.
5. На момент проведения экспертизы девственная плева в своей анатомической целостности не нарушена. Строение девственной плевы (легкорастяжимая, слабовыраженное кольцо сокращения, отверстие более 2,5см.) допускает введение напряженного полового члена за пределы девственной плевы без ее повреждения.

Содержимое заднего свода влагалища взято на марлевом тампоне и 2 предметных стекла и вместе с контролем марли прилагаются к Заключению эксперта для проведения судебно-биологического исследования с целью установления наличия сперматозоидов.

Обнаруженный с заднего свода влагалища волос взят и прилагается к Акту медицинского обследования живого лица, для проведения судебно-

**6. Перечень практических умений по изучаемой теме**

(УК-1, УК-2, УК-3, ПК-5, ПК-6, ПК-10);

-применять на практике основы законодательства РФ о здравоохранении и директивные документы, определяющие деятельность органов и учреждений здравоохранения;

-оформлять типовые формы медицинской документации для бюро судебно-медицинской экспертизы;

**7. Рекомендации по выполнению НИР**

Примерная тематика по НИР по теме - не предусмотрена.

**8. Рекомендованная литература по теме занятия (обязательная, дополнительная, электронные ресурсы, включая законодательные и нормативно-правовые документы)**

**Занятие № 67**

**1. Индекс: ОД.О.01.1.10.92 Тема: «Судебно-медицинская экспертиза установлеия поло­вой неприкосновенности. Изнасилование».** 2 часть

**2. Форма организации занятия:** подготовка к практическому занятию.

**3. Перечень вопросов для самоподготовки по теме практического занятия:**

1. ВОПРОС Что следует понимать под развратными действиями? (УК-1 ПК-1 ПК-2 ПК-3 ПК-5 ПК-7 ПК-8 ПК-9 ПК-10)

ОТВЕТ: Развратные действия (статья 135 У К РФ) — преступление, под которым понимают удовлетворение полового влечения, не связанного с естественным или извращенным половым сношением, в отношении детей до 14-летнего возраста. Это может быть прикосновение руками к половым органам ребенка, трение о половые органы или тело половым членом, онанизм в присутствии ребенка или обучение половым извращениям и т. д.

Освидетельствование детей начинается с опроса, который требует большого такта и умения, потому что дети, с одной стороны, бывают замкнуты, заторможены при обсуждении такой темы, с другой — легко внушаемы и подвержены фантазиям. При осмотре каких-либо повреждений часто не находят или не выявляют изменений в области половых органов, в то время как следственным путем доказаны развратные действия. В этом случае отрицательный результат должен быть объяснен обстоятельствами дела.

В некоторых случаях на слизистой половых органов могут быть различные повреждения в зависимости от характера механических действий:

разрывы тканей, повреждения слизистой в виде ссадин или кровоизлияний. Иногда покраснение и воспалительные изменения слизистой половых органов образуются не от механических воздействий, а от других причин: болезней или просто нечистоплотности. Поэтому само выявление таких изменений не является подтвержден см каких-либо действий развратного характера. Тем более, что изменения, вызванные механическим фактором, могут быть обусловлены самим свидетельствуемым. Если они имели место, то на бедрах, руках, ягодицах наблюдаются кровоподтеки и ссадины. Серьезным доказательством развратных действий может служить обнаружение спермы на теле, одежде потерпевших, на постели и тем более, в неожиданных местах, указанных потерпевшим.

2.ВОПРОС Что понимается под «половыми состояниями» и какие из них являются предметом судебяо-медицинской экспертизы? (УК-1 ПК-1 ПК-2 ПК-3 ПК-5 ПК-7 ПК-8 ПК-9 ПК-10)

ОТВЕТ: Половые состояния — это специальные состояния, связанные с половой деятельностью и возникающие при расследовании уголовных и гражданских дел. Они могут быть предметом экспертизы в связи с конкретным преступлением или самостоятельно. К ним относятся:

— определение половой неприкосновенности;

— установление бывшего полового сношения;

— определение производительной способности (способности к половому сношению, оплодотворению и зачатию);

— определение спорного отцовства и материнства;

— экспертиза беременности, бывших родов и аборта;

— экспертиза истинного пола.

3.ВОПРОС Как в процессе судебно-медицинской экспертизы устанавливается половая неприкосновенность? (УК-1 ПК-1 ПК-2 ПК-3 ПК-5 ПК-7 ПК-8 ПК-9 ПК-10)

ОТВЕТ: Установление половой неприкосновенности

является определением бывшего полового сношения и прежде всего целости девственной плевы, то естьустановление девственности и наличия спермы во влагалище. Вопрос имеет значение при экспертизе, связанной с расследованием половых преступлений: изнасилования, развратных половых действий, полового сношения с несовершеннолетними; иногда в гражданских делах по фактам клеветы или оскорбления. Установление физической девственности сводится к исследованию девственной плевы — складки слизистой, отделяющей преддверие влагалища от самого влагалища. Она состоит из соединительнотканных и мышечных волокон, сосудов и нервов разной формы:

кольцевидной, полулунной, перегородчатой, лопастной и др. К ее характеристике следует отнести толщину, высоту (расстояние от свободного края до основания), растяжимость, эластичность, характер краев, наличие естественных выемок, диаметр отверстия. Собственно это исследование решает вопрос, цела девственная плева или имеет нарушения — разрывы. Атак как перечисленные особенности влияют на возникновение и особенности разрыва при половом сношении, то следует их выявлять и учитывать. Например, если плева низкая, эластичная и легко растяжимая, то при однократном половом сношении, а иногда и многократном, разрыва может не быть. Поэтому ненарушенная девственная плева не всегда свидетельствует о физической девственности.

При подозрении на повреждение девственной плевы его надо выявить, описать и доказать, ибо это важное доказательство полового сношения.

Между тем разрыв девственной плевы легко обнаружить лишь в «свежих» случаях по наличию кровоизлияний на краях разрыва и вокруг него. При описании по цифрам часового циферблата отмечают локализацию разрыва , а также все его особенности. Для низкой тонкой плевы кровоизлияние может быть различимо в течение 6—9 дней, для высокой, толстой — 10—14, причем первые два—три дня при прикосновении к нему наблюдается кровотечение. После этого происходит заживление с образованием после 20-го дня тонкого нежного, малозаметного рубца по краям разрыва. По рубцу установить давность возникновения разрыва уже нельзя. Представленные сроки ориентировочны и зависят от индивидуальных особенностей организма и характера разрыва плевы.

Следует подчеркнуть важный факт наличия на плеве естественных выемок, очень похожих на разрывы. Они наблюдаются не всегда и вводят в заблуждение, особенно неопытных врачей. Характерны выемки тем, что не имеют в отличие от рубцов утолщения и белесоватости по краям, один из которых заходит за другой. Чтобы не сделать ошибки в выводе о наличии повреждения плевы, а значит полового сношения, исследование проводят как минимум два опытных врача при хорошем освещении на гинекологическом кресле, с применением кольпоскопа либо лупы. Вывод требует большой осторожности и должен быть доказан объективными признаками. Подобные ошибки совершают обычно врачи-эксперты, даже акушеры-гинекологи, ибо опыта такого обследования и решения подобного вопроса они не имеют.

4.ВОПРОС Как в процессе судебно-медицинской экспертизы устанавливается бывшее половое сношение? (УК-1 ПК-1 ПК-2 ПК-3 ПК-5 ПК-7 ПК-8 ПК-9 ПК-10)

ОТВЕТ: Убедительным доказательством полового сношения помимо разрыва девственной плевы является выявление во влагалищном содержимом женщины спермы. Для этого стерильным марлевым тампоном из заднего и боковых стенок влагалища берут мазок, который переносят на предметные стекла, высушивают (как и марлевый тампон) и направляют в судебно-биоло-гическую лабораторию.

Помимо установления наличия спермы, которое доказывается по выявлению сперматозоидов (они могут сохраняться до 4,5 дней), решается вопрос о ее антигенных свойствах по системе АВО. Одновременно с исследованием спермы производится исследование слюны (для установления факта выделительства), которая вместе с кровью подозреваемого направляется на судеб-но-биологическую экспертизу.

Для доказательства бывшего полового сношения предложено исследование вагинальных клеток крови, лобковых волос и текстильных волокон белья на половых органах и в подногтевом содержимом.

О бывшем половом сношении свидетельствуют беременность и заражение венерической болезнью, при исключении внеполового заражения.

5.ВОПРОС Как проводится судебно-медицинская экспертиза производительной способности? (УК-1 ПК-1 ПК-2 ПК-3 ПК-5 ПК-7 ПК-8 ПК-9 ПК-10)

ОТВЕТ: Экспертиза производительной способности сводится к установлению способности к половому сношению, к оплодотворению у мужчин и зачатию у женщин.

Способность к половому сношению является поводом для назначения экспертизы при изнасиловании женщины, не жившей до этого половой жизнью, при алиментных делах, когда ссылаются на импотенцию. Такое состояние бывает при некоторых нервно-психических, эндокринных, инфекционных, венерических, некоторых соматических заболеваниях, при болезнях половых органов. Иногда причиной импотенции является алкоголизм или наркомания, механические препятствия. Обычно только это и отмечается при осмотре экспертом. У женщин препятствием к половому сношению может быть вагинизм — судорожное сокращение мышц влагалища при сильной боли или повышенной чувствительности от прикосновения, а также порок развития или руб-цовые изменения в области входа во влагалище.

Эта диагностика требует квалифицированного профессионального обследования с участием специалистов, иногда при стационарном наблюдении с использованием лабораторных методов исследования.

Для установления способности мужчины к оплодотворению необходимо исследование его семенной жидкости, которая должна быть получена в экспертном учреждении, передана сразу в судебно-биологическую лабораторию с гарантией отсутствия внешнего воздействия на сперму.

Причиной утраты способности к оплодотворению может быть также недоразвитие половых органов различные заболевания, например, воспаление придатков яичка (чаще всего гонорейное);

другие эндокринные болезни, нарушающие выделение спермы или изменяющие ее качество; рубцовые изменения, особенно матки после аборта. В одних случаях это приводит к асперматизму (отсутствию спермы), в других — к азоспермии (отсутствии в сперме сперматозоидов) или к некроспермии (наличии в сперме мертвых неподвижных сперматозоидов), в третьих — к олигоспермии (незначительному количеству сперматозоидов в сперме) или астеноспермии(наличию патологических форм сперматозоидов). Однако, помимо анализа спермы, необходимо клиническое обследование свидетельствуемого и консультация специалистов. Если экспертиза устанавливает неспособность к половому сношению, оплодотворению или зачатию, то следует определить причину этого и связь с нанесенным вредом здоровью.

Причиной неспособности к зачатию женщин являются воспалительные заболевания, охватывающие область внутренних половых органов, и аборты, особенно криминальные.

**4. Самоконтроль по тестовым заданиям данной темы**

1. «СТАРЫЙ» РАЗРЫВ ДЕВСТВЕННОЙ ПЛЕВЫ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ СЛЕДУЮЩИМИ ПРИЗНАКАМИ: (ПК-5)

1) рубцово измененными, утолщенными краями

2) дном, не доходящим до основания плевы

3) симметричность

Правильный ответ: 1

1. РАЗМЕР (ДИАМЕТР) ОТВЕРСТИЯ ДЕВСТВЕННОЙ ПЛЕВЫ ИЗМЕРЯЮТ: (ПК-5)

1) пальцем эксперта

2) гименометром

3) стеклянной палочкой

4) линейкой

5) толстотным циркулем

Правильный ответ: 2

1. ДАВНОСТЬ РАЗРЫВА ДЕВСТВЕННОЙ ПЛЕВЫ НЕ УСТАНАВЛИВАЕТСЯ В СРОК ДО: (ПК-5)

1) 5 дней

2) 7 дней

3) 10 дней

4) 15 дней

5) до 40 дней

Правильный ответ: 5

1. НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВСТРЕЧАЮЩИМИСЯ ФОРМАМИ ДЕВСТВЕННОЙ ПЛЕВЫ ЯВЛЯЮТСЯ: (ПК-5)

1) губовидная

2) зубчатая

3) кольцевидная или полулунная

4) решетчатая

5) перегородчатая

Правильный ответ: 3

1. ЗАЖИВЛЕНИЕ РАЗРЫВА ДЕВСТВЕННОЙ ПЛЕВЫ ПРОИСХОДИТ: (ПК-5)

1) первичным натяжением

2) третичным натяжением

3) в зависимости от возраста потерпевшей

4) не всегда с образованием рубца

5) вторичным натяжением, всегда с образованием рубца

Правильный ответ: 5

1. ДЕВСТВЕННАЯ ПЛЕВА НЕ МОЖЕТ БЫТЬ: (ПК-5)

1) рубцовой

2) эпителиальной

3) соединительно-тканной (плотная, неэластичная, малорастяжимая)

4) мышечной

5) сухожильной

Правильный ответ: 5

1. В ОСНОВУ КЛАССИФИКАЦИИ ДЕВСТВЕННОЙ ПЛЕВЫ ПОЛОЖЕНЫ: (ПК-5)

1) форма

2) высота

3) размер отверстия

4) сроки формирования

5) возраст потерпевшей

Правильный ответ: 1

1. ДОСТОВЕРНЫМ ПРИЗНАКОМ АКТА МУЖЕЛОЖСТВА У ПОСТРАДАВШЕГО ЯВЛЯЕТСЯ: (ПК-5)

1) повреждение слизистой полости рта

2) сглаженность складок анального отверстия

3) обнаружение сперматозоидов в содержимом прямой кишки

4) повреждения на внутренней поверхности бедер

5) повреждения на предплечьях

Правильный ответ: 3

1. СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКАЯ ЭКСПЕРТИЗА БЕРЕМЕННОСТИ ОСНОВЫВАЕТСЯ НА: (ПК-5)

1) показаниях свидетельствуемой

2) данных анализов

3) результатах опроса родственников

4) данных объективного осмотра свидетельствуемой

5) данных об имевшем место половом акте

Правильный ответ: 4

1. ОДНИМ ИХ ПРИЗНАКОВ БЕРЕМЕННОСТИ У ЖЕНЩИНЫ РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА ЯВЛЯЕТСЯ: (ПК-5)

1) увеличение яичников

2) увеличение размеров живота

3) прекращение менструаций

4) появление выделений из влагалища

5) лабильность психического состояния

Правильный ответ: 3

**5. Самоконтроль по ситуационным задачам**

**Задача № 1.** (УК-1 ПК-1 ПК-2 ПК-3 ПК-5 ПК-7 ПК-8 ПК-9 ПК-10)

**ОБСТОЯТЕЛЬСТВА ДЕЛА:** в постановлении указано, что «20.01.2012 в СО по …….. району г. К….. ГСУ СК России по К….. краю поступил материал по факту полового сношения совершенного гр. Н., гр. Л. и гр. В., достигшими восемнадцатилетнего возраста, с несовершеннолетней гр. К. 1997 г.р. не достигшей шестнадцатилетнего возраста имевшего место 20.01.2012 в период с 01.00 до 02.00 часов в квартире по ул. Мира, 0 г. К……».

Свидетельствуемая рассказала, что 20 января 2012 года в 02-м часу в квартире совершила три половых актов с тремя незнакомыми парнями, с использованием презервативов, при этом посторонней жидкости не ощущала. Получение телесных повреждений отрицает. Сознание не теряла. За медицинской помощью не обращалась.

**ЖАЛОБЫ:** не предъявляет.

СПЕЦАНАМНЕЗ: менструация с 13 лет, по 6-7 дней через месяц, нерегулярные, последняя менструация в начале января 2012 года. Половая жизнь с 13 лет. Беременности отрицает. Последний половой акт до случившегося с 19 на 20 января 2012 года. После случившегося не было. Гинекологические и венерические заболевания отрицает.

**ОБЪЕКТИВНО:** каких-либо телесных повреждений не обнаружено.

Оволосение на лобке сбрито. Наружные половые органы развиты правильно по женскому типу. Большие половые губы прикрывают малые. Задняя спайка цела, ладьевидная ямка средней глубины. Слизистая малых половых губ и преддверия влагалища бледно-розовая. Девственная плева в прошлом кольцевидной формы, высотой в верхнем и боковых сегментах 0,3см, средней мясистости, свободный край крупно-волнистый. На 5-ти и 7-ми часах соответственно часовому циферблату 2 сосочковых выроста шириной 0,5см, высотой 1см. На 8-ми часах соответственно часовому циферблату выемка, доходящая до основания с утолщенными закругленными краями, глубиной до 0,3см. При складывании края выемки у основания не заходят друг за друга. Дно выемки в виде ровной площадки 0,5х0,5см. Отверстие девственной плевы 3см в диаметре свободно пропускает 2 пальца эксперта. Кольцо сокращения не определяется. Слизистая оболочка видимой части стенок влагалища бледно-розовая, складчатая. Из половых путей выделений нет.

На марлевый тампон и 2 предметных стекла для установления или исключения наличия сперматозоидов при судебно-биологическом исследовании изъято содержимое заднего свода влагалища и вместе с контролем марли прилагается к Заключению эксперта.

Направлена в ККВД для установления или исключения вензаболеваний и ВИЧ-инфицирования.

**Вопросы:**

1. Телесные повреждения?
2. Давность нанесения травмы?
3. Степень тяжести вреда причиненного здоровью человека?
4. Жила ли пострадавшая ранее половой жизнью? Есть ли признаки полового акта?
5. Имеются ли у гр. Б. заболевания половых органов, если да, то какие?

Эталон:

* 1. У гр. К. телесных повреждений и следов от них не обнаружено.
  2. Ответить на поставленный перед экспертом вопрос не представляется возможным.
  3. Тяжесть вреда причиненного здоровью не может быть определена.
  4. На момент проведения экспертизы целость девственной плевы у гр. Красиковой нарушена, на что указывает наличие искусственной выемки (старого разрыва) на 8-ми часах соответственно часовому циферблату, определить давность возникновения указанного разрыва в настоящее время не представляется возможным.
  5. Ответить на данный вопрос будет возможно после обследования у врача- венеролога в кожно-венерологическом диспансере, куда она направлена для исключения или подтверждения венерических заболеваний и ВИЧ-инфицирования.

**Задача № 2**(УК-1 ПК-1 ПК-2 ПК-3 ПК-5 ПК-7 ПК-8 ПК-9 ПК-10)

**ОБСТОЯТЕЛЬСТВА ДЕЛА:** в постановлении указано, что «20.01.2012г в СО по ……. району г. К…….. ГСУ СК России по КК поступил материал по факту полового сношения совершенного гр. Н., гр. Л. и гр. В., достигшими восемнадцатилетнего возраста, с несовершеннолетней гр. К. 1997 г.р., не достигшей шестнадцатилетнего возраста, имевшего место 20.01.2012г в период времени с 01.00 до 02.00 часов в квартире 00 по ул. Мира 0 г. К …».

Свидетельствуемый получение каких-либо телесных повреждений отрицает.

**ЖАЛОБЫ:** не предъявляет.

СПЕЦАНАМНЕЗ: половая жизнь с 14 лет. Не женат, детей не имеет. Последний половой акт до случившегося около недели назад. Заболевания, травмы половых органов, вензаболевания отрицает. В детском возрасте – сотрясение головного мозга. Травмы спинного мозга отрицает. Производственных вредностей не имеет. В армии служил в ракетных войсках. Курит - одна пачка в день. Алкоголь употребляет умеренно. В половой жизни затруднений не испытывает. Употребление наркотических препаратов отрицает.

**ОБЪЕКТИВНО:** каких-либо телесных повреждений или следов от них не обнаружено. Оволосение на лобке и наружные половые органы развиты правильно, по мужскому типу. Половой член в ненапряженном состоянии длиной 10 см, шириной у основания 3,3 см, в области широкой части головки 3см. Уздечка полового члена цела, розоватого цвета, следов от повреждений в ее области не обнаружено. Головка полового члена прикрыта крайней плотью, которая свободно сдвигается за головку полового члена, обнажая ее. В припуциальном мешке содержимого нет. Наружное отверстие уретры обычной формы, без воспалительных явлений. Кожа мошонки пигментирована, морщинистая, яички в мошонке, при пальпации эластичные, безболезненные, размерами по 3х3,5х4см. Каких-либо видимых повреждений или следов от них в области наружных половых органов не обнаружено.

На марлевый тампон взят смыв с полового члена и вместе с контролем марли прилагается к Заключению эксперта для назначения судебно-биологической экспертизы с целью установления наличия влагалищного эпителия.

Дано направление в кожвендиспансер для исключения или подтверждения вензаболеваний и ВИЧ-инфицирования.

**Вопросы:**

1. Телесные повреждения?
2. Давность нанесения травмы?
3. Степень тяжести вреда причиненного здоровью человека?
4. Какой материал надо забрать для экспертизы?
5. Имеются ли у гр. Б. заболевания половых органов, если да, то какие?

Эталон:

1. У гр. Н. каких-либо телесных повреждений или следов от них, в том числе, в области наружных половых органов, не обнаружено.
2. Ответить на поставленный перед экспертом вопрос не представляется возможным.
3. Тяжесть вреда причиненного здоровью не может быть определена.
4. На марлевый тампон взят смыв с полового члена и вместе с контролем марли прилагается к Заключению эксперта для назначения судебно-биологической экспертизы с целью установления наличия влагалищного эпителия.
5. Ответить на данный вопрос будет возможно после обследования у врача- венеролога в кожно-венерологическом диспансере, куда она направлена для исключения или подтверждения венерических заболеваний и ВИЧ-инфицирования.

**Задача № 3** (УК-1 ПК-1 ПК-2 ПК-3 ПК-5 ПК-7 ПК-8 ПК-9 ПК-10)

**ОБСТОЯТЕЛЬСТВА ДЕЛА:** в постановлении указано, что «20.01.2012г в СО по …… району г. К….. ГСУ СК России по КК поступил материал по факту полового сношения совершенного гр. Н., гр. Л. и гр. В., достигшими восемнадцатилетнего возраста, с несовершеннолетней гр. К. 1997 г.р., не достигшей шестнадцатилетнего возраста, имевшего место 20.01.2012г в период времени с 01.00 до 02.00 часов в квартире №00 по ул. Мира, 0 г. ……».

Свидетельствуемый получение каких-либо телесных повреждений отрицает.

**ЖАЛОБЫ:** не предъявляет.

СПЕЦАНАМНЕЗ: половая жизнь с 15 лет. Не женат, детей не имеет. Последний половой акт до случившегося 3-4 месяца назад. Заболевания, травмы половых органов, вензаболевания отрицает. Травмы головного, спинного мозга отрицает. В армии не служил. Курит - меньше пачки в день. Алкоголь употребляет умеренно. В половой жизни затруднений не испытывает. Употребление наркотических препаратов отрицает.

**ОБЪЕКТИВНО:** каких-либо телесных повреждений или следов от них не обнаружено. Оволосение на лобке и наружные половые органы развиты правильно, по мужскому типу. Половой член в ненапряженном состоянии длиной 6 см, шириной у основания 2,2 см, в области широкой части головки 2,5см. Уздечка полового члена цела, розоватого цвета, следов от повреждений в ее области не обнаружено. Головка полового члена прикрыта крайней плотью, которая свободно сдвигается за головку полового члена, обнажая ее. В припуциальном мешке содержимого нет. Наружное отверстие уретры обычной формы, без воспалительных явлений. Кожа мошонки пигментирована, морщинистая, яички в мошонке, при пальпации эластичные, безболезненные, размерами по 3х3,5х4см. Каких-либо видимых повреждений или следов от них в области наружных половых органов не обнаружено.

На марлевый тампон взят смыв с полового члена и вместе с контролем марли прилагается к Заключению эксперта для назначения судебно-биологической экспертизы с целью установления наличия влагалищного эпителия.

Дано направление в кожвендиспансер для исключения или подтверждения вензаболеваний и ВИЧ-инфицирования.

**Вопросы:**

1. Телесные повреждения?
2. Давность нанесения травмы?
3. Степень тяжести вреда причиненного здоровью человека?
4. Какой материал надо забрать для экспертизы?
5. Имеются ли у гр. Б. заболевания половых органов, если да, то какие?

Эталон:

* 1. У гр. Кузнецова С.Л. каких-либо телесных повреждений или следов от них, в том числе, в области наружных половых органов, не обнаружено.
  2. Ответить на поставленный перед экспертом вопрос не представляется возможным.
  3. Тяжесть вреда причиненного здоровью не может быть определена.
  4. На марлевый тампон взят смыв с полового члена и вместе с контролем марли прилагается к Заключению эксперта для назначения судебно-биологической экспертизы с целью установления наличия влагалищного эпителия.
  5. Ответить на данный вопрос будет возможно после обследования у врача- венеролога в кожно-венерологическом диспансере, куда она направлена для исключения или подтверждения венерических заболеваний и ВИЧ-инфицирования.

**Задача № 4** (УК-1 ПК-1 ПК-2 ПК-3 ПК-5 ПК-7 ПК-8 ПК-9 ПК-10)

**ОБСТОЯТЕЛЬСТВА ДЕЛА:** в постановлении указано, что «20.01.2012г в СО по ……району г. ……. ГСУ СК России по КК поступил материал по факту полового сношения совершенного .гр. Н., гр. Л.и гр. В., достигшими восемнадцатилетнего возраста, с несовершеннолетней гр. К. 1997 г.р., не достигшей шестнадцатилетнего возраста, имевшего место 20.01.2012г в период времени с 01.00 до 02.00 часов в квартире №321 по ул. Королева 9 г. Красноярска…».

Свидетельствуемый получение каких-либо телесных повреждений отрицает.

**ЖАЛОБЫ:** не предъявляет.

СПЕЦАНАМНЕЗ: половая жизнь с 15 лет. Не женат. Последний половой акт до случившегося около 6 месяцев назад. Гонорея около 2 лет назад, лечился в больнице. Травмы половых органов отрицает. В 6 лет – сотрясение головного мозга. Травмы спинного мозга отрицает. В армии не служил. Курит - одна пачка в день. Алкоголь употребляет умеренно. В половой жизни затруднений не испытывает. Употребление наркотических препаратов отрицает.

**ОБЪЕКТИВНО:** на задней поверхности грудной клетки на уровне 11-го грудного позвонка слева полосовидная горизонтальная ссадина вертикальная под плотной темно-коричневой отслаивающейся корочкой 1,5х0,5см. Аналогичная ссадина имеется на задней поверхности правого локтевого сустава полосовидная горизонтальная 1,0х0,3см.

Оволосение на лобке и наружные половые органы развиты правильно, по мужскому типу. Половой член в ненапряженном состоянии длиной 9 см, шириной у основания 2,8 см., в области широкой части головки 3см. Уздечка полового члена цела, розоватого цвета, следов от повреждений в ее области не обнаружено. Головка полового члена прикрыта крайней плотью, которая свободно сдвигается за головку полового члена, обнажая ее. В припуциальном мешке содержимого нет. Наружное отверстие уретры обычной формы, без воспалительных явлений. Кожа мошонки пигментирована, морщинистая, яички в мошонке, при пальпации эластичные, безболезненные, размерами по 3х3,5х4см. Каких-либо видимых повреждений или следов от них в области наружных половых органов не обнаружено.

На марлевый тампон взят смыв с полового члена и вместе с контролем марли прилагается к Заключению эксперта для назначения судебно-биологической экспертизы с целью установления наличия влагалищного эпителия.

Дано направление в кожвендиспансер для исключения или подтверждения вензаболеваний и ВИЧ-инфицирования.

**Вопросы:**

1. Телесные повреждения?
2. Давность нанесения травмы?
3. Степень тяжести вреда причиненного здоровью человека?
4. Какой материал надо забрать для экспертизы?
5. Имеются ли у гр. Б. заболевания половых органов, если да, то какие?

Эталон:

1. У гр. Гудик Д.В. обнаружены ссадины на задней поверхности грудной клетки и правой руке

2.Давностью 10-15 суток ко времени проведения экспертизы.

3.Повреждение не влекут за собой кратковременного расстройства здоровья или незначительной стойкой утраты общей трудоспособности и, согласно пункту 9 раздела II приказа МЗ и СР РФ №194н от 24.04.2008г, расцениваются как повреждения, не причинившие вред здоровью человека.

4.На марлевый тампон взят смыв с полового члена и вместе с контролем марли прилагается к Заключению эксперта для назначения судебно-биологической экспертизы с целью установления наличия влагалищного эпителия.

5.Ответить на данный вопрос будет возможно после обследования у врача- венеролога в кожно-венерологическом диспансере, куда она направлена для исключения или подтверждения венерических заболеваний и ВИЧ-инфицирования.

**Задача № 5** (УК-1 ПК-1 ПК-2 ПК-3 ПК-5 ПК-7 ПК-8 ПК-9 ПК-10)

**ОБСТОЯТЕЛЬСТВА ДЕЛА:** в направлении указано, что «03.02.2012 года из дежурной части ОП №0 МУ МВД Росси «К…..» поступило сообщение о том, что гр. А. совершил насильственный половой акт с гр. В.».

Свидетельствуемая рассказала, что 03 февраля 2012 года в 01 часу до 03 часов, затем с 10 до 10:30 часов в квартире бывший муж хватал за ноги, совершил два половых акта без использования презерватива через влагалище, один половой акт (около 10 часов) был законченный. Половые акты через полость рта, заднепроходное отверстие отрицает. За медицинской помощью не обращалась.

**ЖАЛОБЫ:** на боль внизу живота.

СПЕЦАНАМНЕЗ: менструация с 14 лет, регулярная, по 3-4 дня, через 28 дней, умеренная. Последняя менструация была 09 января 2012 года Половая жизнь с 15 лет, регулярная. Последний половой акт до случившегося был 27-28 января 2012 года. После случившегося половые акты отрицает. Гинекологические заболевания отрицает. После случившегося мыла половые органы.

Отмечает одну беременность, которая закончилась медицинским абортом в 2001 году.

**ОБЪЕКТИВНО:** на внутренней поверхности правого бедра на границе средней и нижней трети багрово-синюшный с зеленоватым прокрашиванием по периферии полосовидный кровоподтек, 6,0х0,3см. На передней поверхности левого бедра в верхней трети бледно-багровый с зеленоватым прокрашиванием по периферии овальный кровоподтек, 1,5х1,0см. На внутренней поверхности правого бедра в нижней трети зеленоватый кровоподтек, 1,0х0,5см. На передней поверхности правого коленного сустава такой же кровоподтек, 2,0х1,0см. Других повреждений не предъявлено.

При осмотре на гинекологическом кресле: волосы на лобке сбриты, наружные половые органы развиты правильно по женскому типу. Большие половые губы прикрывают малые. Задняя спайка больших половых губ цела, ладьевидная ямка средней глубины. Слизистая оболочка малых половых губ и преддверия влагалища бледно-розовая. Девственная плева кольцевидной формы, высотой менее 0,4-0,5см, средней мясистости, эластичная, легкорастяжимая, свободный край крупно волнистый, величина отверстия большое – более 2,5см. Кольцо сокращения определяется очень слабо. Каких либо видимых повреждений или следов от них в области половых органов не выявлено.

Содержимое заднего свода влагалища взято на марлевом тампоне и 2 предметных стекла и вместе с контролем марли прилагаются к Заключению эксперта для проведения судебно-биологического исследования с целью установления наличия сперматозоидов.

Содержимое (волос – длиной 5,0см, с двумя завитками) обнаруженный с заднего свода влагалища взят и прилагается к Заключению эксперта для проведения судебно-биологического исследования.

04 февраля 2012 года тампон с содержимым заднего свода влагалища взят дежурным экспертом и вместе с контролем марли переданы следователю.

Направлена в кожвендиспансер для исключения или подтверждения вензаболеваний и ВИЧ-инфицирования

**Вопросы:**

1. Телесные повреждения?
2. Степень тяжести вреда причиненного здоровью человека?
3. Механизм травмы?
4. Давность нанесения травмы?
5. Жила ли пострадавшая ранее половой жизнью? Есть ли признаки полового акта?

Эталон:

1. У гр. В. Обнаружены кровоподтеки на ногах
2. Повреждения не влекут за собой кратковременного расстройства здоровья или незначительной стойкой утраты общей трудоспособности и, согласно пункту 9 раздела II приказа МЗ и СР РФ №194н от 24.04.2008г, расцениваются как повреждения, не причинившие вред здоровью человека.
3. Могли возникнуть от воздействия тупого твердого предмета (предметов),
4. Давностью 2-4 суток ко времени проведения обследования.
5. На момент проведения экспертизы девственная плева в своей анатомической целостности не нарушена. Строение девственной плевы (легкорастяжимая, слабовыраженное кольцо сокращения, отверстие более 2,5см.) допускает введение напряженного полового члена за пределы девственной плевы без ее повреждения.

Содержимое заднего свода влагалища взято на марлевом тампоне и 2 предметных стекла и вместе с контролем марли прилагаются к Заключению эксперта для проведения судебно-биологического исследования с целью установления наличия сперматозоидов.

Обнаруженный с заднего свода влагалища волос взят и прилагается к Акту медицинского обследования живого лица, для проведения судебно-биологического исследования.

**6. Перечень практических умений по изучаемой теме**

(УК-1, УК-2, УК-3, ПК-5, ПК-6, ПК-10);

-применять на практике основы законодательства РФ о здравоохранении и директивные документы, определяющие деятельность органов и учреждений здравоохранения;

-оформлять типовые формы медицинской документации для бюро судебно-медицинской экспертизы;

**7. Рекомендации по выполнению НИР**

Примерная тематика по НИР по теме - не предусмотрена.

**8. Рекомендованная литература по теме занятия (обязательная, дополнительная, электронные ресурсы, включая законодательные и нормативно-правовые документы)**

**Занятие № 68**

**1.Индекс: ОД.О.01.1.10.95 Тема: «Спорные половые состояния. Гермафродитизм истинный и ложный».**

**2. Форма организации занятия:** подготовка к практическому занятию.

**3. Перечень вопросов для самоподготовки по теме практического занятия:**

1. ВОПРОС Как решается вопрос о происхождении ребенка при спорном отцовстве и материнстве? (УК-1 ПК-1 ПК-2 ПК-3 ПК-5 ПК-7 ПК-8 ПК-9 ПК-10).

ОТВЕТ: Решение вопроса о происхождении ребенка от предполагаемых отца и матери основано на судебно-медицинской экспертизе групповых факторов крови. Группа крови формируется на

основании свойств, из которых одни происходят от отца, другие — от матери. При этом не должно быть никаких свойств, отсутствующих у родителей. Изучены и применяются также законы наследования других изосерологических сывороточных и ферментных систем. Однако отечественные реагенты позволяют использовать лишь 5—7 систем.

Чем больше исследовано генетических факторов, тем выше вероятность исключения подозреваемого. Заключение об отсутствии отцовства носит категорический характер, если же законы наследования групповых факторов не противоречат происхождению ребенка от предполагаемых отца или матери, то категорическое заключение о такой возможности дать нельзя, ибо такой ребенок может происходить и от другого лица с аналогичной характеристикой крови. Таким образом, для сравнения с кровью ребенка нужно получить кровь предполагаемых родителей, а иногда и близких родственников с целью установления генотипа матери. К результатам такой экспертизы следует подходить с осторожностью — если она проведена до 6-месячного возраста, вскоре после переливания крови. Иногда целесообразно повторное получение образцов и проведение исследования. В последние годы используется метод геномной дактилоскопии, основанный на свойствах ДНК клетки хранить в хромосомах генетический код. Лаборатория геномной дактилоскопии, занимающаяся определением отцовства и материнства, функционирует при Бюро Главной СМЭ РФ.

2.ВОПРОС Каковы особенности судебно-медицинской экспертизы беременности, родов и аборта? (УК-1 ПК-1 ПК-2 ПК-3 ПК-5 ПК-7 ПК-8 ПК-9 ПК-10).

ОТВЕТ: Установление беременности, бывших родов требуется при расследовании дел об изнасиловании, развратньк действиях, детоубийстве, похищении и подкидывании детей, симуляции беременности или бывших родов. Для решения этих вопросов используются изменения в молочных железах, наружных покровах тела, половых органах, в матке, которые свойственны недавним родам или беременности. Применяется ультразвуковая и лабораторная диагностика. Такая экспертиза основана на обычном акушерско-гинеколо-гическом обследовании с участием специалистов.

Установление бывших родов (не позднее месяца после них) при гинекологическом обследовании относительно нетрудно. Помимо обследования женщины (измерение размеров матки, лабораторное исследование) изучают клинику по истории болезни и исследуют ребенка и плод.

Сложнее экспертиза бывшего аборта, то есть прерывания беременности. Он может быть самопроизвольным или искусственным. Первый возникает в связи с многочисленными болезня-. Ми и травмами, недоразвитием матки, гормональными сдвигами, стрессовыми состояниями. Способ искусственного аборта бывает механическим, путем выскабливания матки; медикаментозным с использованием медицинских препаратов; химическим, термическим или комбинированным.

Искусственный медицинский аборт проводится по медицинским показаниям в разные сроки, если это связано с опасностью для жизни и здоровья женщины. По желанию женщины в нашей стране аборт разрешен в сроки до 12 недель беременности, по социальным показаниям до — 22 недель.

Криминальный, то есть преступный, аборт проводится независимо от срока вне лечебного учреждения либо в лечебном, но с нарушением установленных правил, тайно в нерабочее время, без составления медицинской документации. Нередко криминальный аборт заканчивается осложнением, приводящим к бесплодию или даже смерти женщины. Чаще всего к таким осложнениям относится перфорация матки, воздушная эмболия, острее кровотечения, инфекции. Такой аборт является незаконным и, согласно статье 123 УК РФ, является преступлением, причем производство аборта лицом, не имеющим высшего медицинского образования или влекущее тяжкие последствия, является отягчающим обстоятельством. Признаки криминального аборта, время и способ его производства тем легче установить, чем раньше начато исследование.

Экспертиза начинается с изучения медицинских документов, данных осмотра места происшествия,которое следует обязательно проводить с участием судмедэксперта. Обследование женщины требует участия акушера-гинеколога, учитываются признаки беременности. Для установления способа аборта проводится исследование наружных половых органов и внутреннее исследование половых путей и матки. При подозрении на химический способ аборта применяют судебно-химическое исследование выделений или соско-ба слизистой матки, а также вещественных доказательств, доставленных с места происшествия или изъятых при обыске. Применяются также цитологическое, бактериологическое исследования.

3.ВОПРОС Как устанавливается истинный пол человека? (УК-1 ПК-1 ПК-2 ПК-3 ПК-5 ПК-7 ПК-8 ПК-9 ПК-10).

ОТВЕТ: Установление истинного пола проводится относительно редко и назначается в случаях ошибочного определения пола при рождении, бракоразводных делах и половых преступлениях, особенно развратных действиях, иногда в гражданских делах. Неопределенное половое состояние, когда имеются внешние признаки мужского и женского пола называются гермафродитизмом (по имени сына греческих богов Гермеса и Афродиты, имевшего признаки обоего пола). Различают истинный гермафродитизм, когда имеются одновременно половые железы обоих полов, и ложный, который характеризуется наличием только мужских или только женских желез при наличии вторичных половых признаков обоих полов.

Такая экспертиза требует исключительно осторожного подхода с соблюдением требований медицинской этики и деонтологии с участием психолога, психиатра, уролога, гинеколога и эндокринолога. При этом необходимо установить общее развитие свидетельствуемого, указав его антропометрические данные, телосложение, размеры таза, развитие и особенности половых органов, половых желез и вторичные половые признаки; выяснить характер полового влечения, наличие или отсутствие выделений, их регулярность и особенности. Иногда требуется стационарное обследование и использование лабораторных методов исследования, в частности мочи и крови, клеток слизистой полости рта, с целью выявления мужского «у» — хроматина или «х» — хроматина, свойственного женскому полу.

**4.Самоконтроль по тестовым заданиям данной темы**

1. СРОК БЕРЕМЕННОСТИ ОПРЕДЕЛЯЮТ ПО: (ПК-5)

1) дате полового акта

2) дате последней менструации

3) размеру живота

4) размерам яичников

5) размерам молочных желез

Правильный ответ: 2

1. ПРИЗНАКОМ АБОРТА ЯВЛЯЕТСЯ: (ПК-5)

1) наличие частиц плацентарной ткани в полости матки

2) химический ожог шейки матки

3) наличие повреждений стенки матки

4) наличие выделений из влагалища

5) наличие венерического заболевания

Правильный ответ: 1

1. ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ МЕТОДОВ ДЛЯ УСТАНОВЛЕНИЯ НАЛИЧИЯ СПЕРМЫ НА ОБЪЕКТЕ ИСПОЛЬЗУЮТ: (ПК-5)

1) контактно-диффузионный метод

2) цветных химических реакций

3) ультразвуковое исследование

4) иммунофлюоресценции

5) рентгенологический метод

Правильный ответ: 4

1. ВОЛОСЫ ДЛЯ СУДЕБНО-БИОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ СЛЕДУЕТ БРАТЬ С ОБЪЕКТА: (ПК-5)

1) скальпелем

2) анатомическим пинцетом

3) пинцетом с резиновыми наконечниками

4) хирургическим пинцетом

5) ножом

Правильный ответ: 3

1. ДЛЯ УСТАНОВЛЕНИЯ ПРИНАДЛЕЖНОСТИ ВОЛОСА ЧЕЛОВЕКУ ИЛИ ЖИВОТНОМУ ИСПОЛЬЗУЮТ МЕТОД: (ПК-5)

1) цветных отпечатков

2) химический

3) серологический

4) спектрофотометрический

5) контактно-диффузионный

Правильный ответ: 3

1. ВОЛОС ЧЕЛОВЕКА ИМЕЕТ: (ПК-5)

1) роговой слой

2) зернистый слой

3) грушевидный слой

4) пигментный слой

5) кутикулу

Правильный ответ: 5

1. ПИГМЕНТ ВОЛОСА ЧЕЛОВЕКА СОДЕРЖИТСЯ В: (ПК-5)

1) кутикуле

2) пигментном слое

3) мозговом слое

4) корковом веществе

5) зернистом слое

Правильный ответ: 4

1. ЭМИССИОННЫЙ СПЕКТРАЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ВОЛОС ПОЗВОЛЯЕТ УСТАНОВИТЬ: (ПК-5)

1) возраст человека

2) принадлежность волос конкретному человеку

3) сопутствующие заболевания конкретного человека

4) половую принадлежность волос

5) видовую принадлежность волос

Правильный ответ: 5

1. ДОСТОВЕРНЫМИ ПРИЗНАКАМИ ПОЛОВОГО СНОШЕНИЯ ЯВЛЯЮТСЯ : (ПК-5)

1) нарушение анатомической целости девственной плевы;

2) повреждение влагалища (ссадины);

3) повреждение влагалища (раны);

4) обнаружение в содержимом влагалища текстильных волокон, сходных с одеждой подозреваемого;

5) обнаружение сперматозоидов в содержимом влагалища.

Правильный ответ: 5.

1. ПОД ПОЛОВЫМ СНОШЕНИЕМ ПОНЯМАЕТСЯ: (ПК-5)

1) введение полового члена в рот;

2) введение полового члена во влагалище;

3) введение полового члена в преддверие влагалища;

4) манипуляции половым членом между бедер женщины;

5) введение полового члена в ушную раковину;

Правильный ответ: 2

**5. Самоконтроль по ситуационным задачам**

**Задача № 1.** (УК-1 ПК-1 ПК-2 ПК-3 ПК-5 ПК-7 ПК-8 ПК-9 ПК-10).

**ОБСТОЯТЕЛЬСТВА ДЕЛА:** в постановлении указано, что «… 05.02.2012 года в период времени с 05 часов до 10 часа гр. И. находясь в кв. 00 д. 00 по ул. Мира в ….. районе г. К…. совершил насильственные половые акты в отношении гр. К. вводя ей половой член в анальное отверстие, ротовую полость и влагалище».

Свидетельствуемая рассказала, что 05 февраля 2012 года в 06-м часу в квартире неизвестный таскал за волосы, ударил рукой по голове, держал за руки, спустил до колен колготки, совершил половой акт через влагалище без презерватива, при этом ощущала постороннюю жидкость, вводил половой член в рот, при этом посторонней жидкости не ощущала, пытался вводить половой член в задний проход, но из-за отсутствия эрекции не смог. 05 февраля 2012 года дежурным экспертом изъято содержимое заднего свода влагалища и заднего прохода. Сознание не теряла. За медицинской помощью не обращалась. После случившегося принимала твердую и жидкую пищу, чистила зубы, был акт дефекации.

**ЖАЛОБЫ:** на головокружение.

СПЕЦАНАМНЕЗ: менструация с 15 лет, по 3-4 дня через месяц, последняя менструация в конце января 2012 года. Половая жизнь с 18 лет. Имела 3 беременности, закончившиеся одними родами, двумя медицинскими абортами. Последний половой акт до случившегося неделю назад. После случившегося не было. Гинекологические и венерические заболевания отрицает. Заболевания желудочно-кишечного тракта отрицает, акт дефекации 1 раз в сутки. Запоры, поносы отрицает.

**ОБЪЕКТИВНО:** каких-либо телесных повреждений и следов от них не обнаружено.

Оволосение на лобке сбрито, наружные половые органы развиты правильно по женскому типу. Большие половые губы прикрывают малые. Задняя спайка цела, ладьевидная ямка сглажена. Слизистая малых половых губ и преддверия влагалища бледно-розовая. Девственная плева представлена миртовидными сосочками. Слизистая оболочка видимой части стенок влагалища розовая, складчатая, влажная. Из половых путей выделений нет.

Межъягодичная щель средней глубины. Кожа заднего прохода несколько пигментирована, складчатая. Каких-либо повреждений и следов от них в области заднего прохода не выявлено. Тонус наружного и внутреннего сфинктеров выражен хорошо.

На марлевый тампон и 2 предметных стекла для установления или исключения наличия сперматозоидов при судебно-биологическом исследовании изъято содержимое заднего свода влагалища и вместе с контролем марли прилагается к Заключению эксперта.

Направлена в ККВД для установления или исключения вензаболеваний и ВИЧ-инфицирования.

**Вопросы:**

1. Телесные повреждения?
2. Давность нанесения травмы?
3. Степень тяжести вреда причиненного здоровью человека?
4. Жила ли пострадавшая ранее половой жизнью? Есть ли признаки полового акта?
5. Имеются ли у гр. Б. заболевания половых органов, если да, то какие?

Эталон:

* 1. У гр. К. каких-либо телесных повреждений и следов от них, в том числе в области заднего прохода, не обнаружено
  2. Ответить на поставленный перед экспертом вопрос не представляется возможным.
  3. Тяжесть вреда причиненного здоровью не может быть определена.
  4. На момент проведения экспертизы девственная плева у гр. Казаковой как у женщины рожавшей и живущей половой жизнью представлена миртовидными сосочками. Каких-либо свежих повреждений в области наружных половых органов у гр. Казаковой не обнаружено.
  5. Ответить на данный вопрос будет возможно после обследования у врача- венеролога в кожно-венерологическом диспансере, куда она направлена для исключения или подтверждения венерических заболеваний и ВИЧ-инфицирования.

**Задача № 2** (УК-1 ПК-1 ПК-2 ПК-3 ПК-5 ПК-7 ПК-8 ПК-9 ПК-10).

**ОБСТОЯТЕЛЬСТВА ДЕЛА:** в постановлении указано, что «05.02.2012 в СО по району ГСУ РФ по КК поступило заявление гр. Л. об изнасиловании. 05.02.2012 н/у лицо в период времени с 05 по 06 часов находясь в районе клуба «…….», в районе ул. Мира пос. …… совершило изнасилование гр. Л. …»

Свидетельствуемая рассказала, что 05 февраля 2012 года около 05 часов в салоне автомобиля незнакомый мужчина демонстрировал нож, снял штаны, колготки, плавки, кофту, совершил один половой акт без использования презерватива, был ли законченный половой акт или нет пояснить не может. Сознание не теряла. За медицинской помощью не обращалась.

**ЖАЛОБЫ:** не предъявляет.

СПЕЦАНАМНЕЗ: менструация с 17 лет, регулярная, по 3-4 дня, через 30-31 день, умеренная. Последняя менструация была 26 января 2012 года. Половая жизнь с 17 лет, не регулярная. Последний половой акт до случившегося был около 3-4 недель назад. После случившегося половые акты отрицает. Гинекологические заболевания отрицает. После случившегося половые органы не мыла.

Отмечает одну беременность, окончилась медицинским абортом в 2004году.

**ОБЪЕКТИВНО:** каких-либо телесных повреждений или следов от них не обнаружено.

При осмотре на гинекологическом кресле: наружные половые органы сформированы правильно, по женскому типу, оволосение на лобке выражено умеренно, большие половые губы прикрывают малые, задняя спайка больших половых губ цела, ладьевидная ямка средней глубины. Девственная плева в прошлом кольцевидной формы, средней мясистости, высотой до 0,5см, толщиной 0,2-0,3см. На 06 часах условного циферблата часов имеется выемка, доходящая до основания девственной плевы, края ее несколько утолщены, бледнее окружающих тканей, при складывании не заходят друг за друга у основания, на дне выемки – тонкий беловатый рубчик, длиной до 0,4см. Отверстие девственной плевы при растяжении пальцами эксперта до 2,5см., свободно пропускает 2 пальца эксперта, сложенных вместе. Кольцо сокращения не определяется. Выделения из половых путей умеренные, слизистого характера. Каких-либо свежих повреждений в области наружных половых органов не выявлено.

**Вопросы:**

* 1. Телесные повреждения?
  2. Давность нанесения травмы?
  3. Степень тяжести вреда причиненного здоровью человека?
  4. Жила ли пострадавшая ранее половой жизнью? Есть ли признаки полового акта?
  5. Имеются ли у гр. Б. заболевания половых органов, если да, то какие?

Эталон:

1. У гр. Л. каких-либо телесных повреждений или следов от них, а так же в области половых органов не выявлено
2. Ответить на поставленный перед экспертом вопрос не представляется возможным.
3. Тяжесть вреда причиненного здоровью не может быть определена.
4. На момент проведения экспертизы обнаружен старый разрыв на девственной плеве, установить давность причинения которого в настоящее время не представляется возможным. Каких-либо свежих повреждений в области наружных половых органов не выявлено.

Содержимое заднего свода влагалища взято на марлевом тампоне и 2 предметных стекла и вместе с контролем марли прилагаются к Заключению эксперта для проведения судебно-биологического исследования с целью установления наличия сперматозоидов.

1. Ответить на данный вопрос будет возможно после обследования у врача- венеролога в кожно-венерологическом диспансере, куда она направлена для исключения или подтверждения венерических заболеваний и ВИЧ-инфицирования.

**Задача № 3** (УК-1 ПК-1 ПК-2 ПК-3 ПК-5 ПК-7 ПК-8 ПК-9 ПК-10).

**ОБСТОЯТЕЛЬСТВА ДЕЛА:** в постановлении указано, что «09.02.2012 года в деж. часть ОП №0МУ МВД России «К…….» обратилась гр. Д., 1952 г.р. которая сообщила, что в период с октября 2011 года по декабрь 2011 года гр. В. совершал действия сексуального характера в отношении дочери гр. Ю. 2009 г.р. …»

В присутствии инспектора л-нта милиции., бабушка (документы не представлены) пояснила, что отец ребенка гр. В. в конце октября 2011 года, когда гулял на улице с ребенком, после туалета девочки вытер половые органы ребенка пальцем. Затем в декабре 2011 года находясь дома, встал утром с постели без трусов и просил ребенка одеть их на него, при этом предлагал трогать половой член руками.

**ЖАЛОБЫ:** не предъявляет.

СПЕЦАНАМНЕЗ: со слов бабушки ребенка, подобные действия до октября 2011 года не отмечала.

**ОБЪЕКТИВНО:** каких-либо телесных повреждений или следов от них не обнаружено.

Наружные половые органы развиты правильно по женскому типу. Большие половые губы не прикрывают малые. Задняя спайка больших половых губ цела, ладьевидная ямка средней глубины. Слизистая оболочка малых половых губ и преддверия влагалища розовая. Девственная плева кольцевидной формы, отверстие девственной плевы малое 0,5-1,0см пропускает кончик пальца эксперта, высотой 0,5-0,6см, тонкая, свободный край ровный. Кольцо сокращения определяется хорошо.

При осмотре межъягодичная щель средней глубины, кожа вокруг заднепроходного отверстия собрана в мягкие лучеобразные складки, слабо пигментированные. Заднепроходное отверстие сомкнуто, в виде небольшого углубления, тонус наружного и внутреннего сфинктеров сохранен, видимая часть отдела прямой кишки без каких либо повреждений. Каких-либо видимых повреждений или следов от них в области половых органов и заднепроходного отверстия не обнаружено.

Содержимое преддверья влагалища на марлевый тампон и предметные стекла для проведения судебно-биологического исследования с целью установления наличия сперматозоидов не бралось в связи с поздним обращением.

Направлена в кожвендиспансер для исключения или подтверждения вензаболеваний и ВИЧ-инфицирования.

**Вопросы:**

1. Телесные повреждения?
2. Давность нанесения травмы?
3. Степень тяжести вреда причиненного здоровью человека?
4. Жила ли пострадавшая ранее половой жизнью? Есть ли признаки полового акта?
5. Имеются ли у гр. Д. заболевания половых органов, если да, то какие?

Эталон:

* 1. У гр. Д. каких-либо телесных повреждений или следов от них не обнаружено
  2. Ответить на поставленный перед экспертом вопрос не представляется возможным.
  3. Тяжесть вреда причиненного здоровью не может быть определена.
  4. На момент проведения экспертизы девственная плева у гр. Ю. в своей анатомической целостности не нарушена. Строение девственной плевы (высокая, хорошо выраженное кольцо сокращения, малое отверстие до 1,0см.) не допускает введение напряженного полового члена за пределы девственной плевы без ее повреждения. Каких-либо видимых повреждений или следов от них в области половых органов и заднепроходного отверстия не обнаружено.
  5. Содержимое преддверья влагалища на марлевый тампон и предметные стекла для проведения судебно-биологического исследования с целью установления наличия сперматозоидов не бралось в связи с поздним обращением.

**Задача № 4** (УК-1 ПК-1 ПК-2 ПК-3 ПК-5 ПК-7 ПК-8 ПК-9 ПК-10).

**ОБСТОЯТЕЛЬСТВА ДЕЛА:** в постановлении указано, что «08.02.2012 года примерно в 23 часа неустановленный мужчина, находясь по адресу: г. К….., проспект Мира, 00-00 совершил насильственный половой акт во влагалище с гр. Л., 1981 г.р.».

Свидетельствуемая рассказала, что 08 февраля 2012 года в 23 часа дома сосед укусил за верхнюю губу, хватал за шею, за руки, за ноги, снял с нее одежду, совершил один половой акт без презерватива, при этом посторонней жидкости не ощущала. Сознание не теряла. За медицинской помощью не обращалась. После случившегося неоднократно мылась, подмывалась.

**ЖАЛОБЫ:** на боли в области наружных половых органов.

СПЕЦАНАМНЕЗ: менструация с 14 лет, по 5-7 дней через месяц, последняя менструация началась 11 февраля 2012 года. Половая жизнь с 19 лет. Имела 2 беременности, закончившиеся одними родами, одним медицинским абортом. Последний половой акт до случившегося 1-2 месяца назад. После случившегося не было. Гинекологические и венерические заболевания отрицает.

**ОБЪЕКТИВНО:** на слизистой верхней губы левее средней линии за красной каймой бледно-багровый горизонтальный полосовидный кровоподтек 0,8х1,5см. Других повреждений не предъявлено.

Оволосение на лобке и наружные половые органы развиты правильно по женскому типу. Большие половые губы прикрывают малые. Задняя спайка цела, ладьевидная ямка сглажена. Слизистая малых половых губ и преддверия влагалища бледно-розовая. Девственная плева представлена миртовидными сосочками. Слизистая оболочка видимых стенок влагалища бледно-розовая, складчатая. Из половых путей менструальные выделения в умеренном количестве.

Направлена в ККВД для установления или исключения вензаболеваний и ВИЧ-инфицирования.

Содержимое заднего свода влагалища на марлевый тампон не изымалось, в связи с поздним обращением на экспертизу.

**Вопросы:**

1. Телесные повреждения?
2. Степень тяжести вреда причиненного здоровью человека?
3. Механизм повреждения?
4. Давность нанесения травмы?
5. Жила ли пострадавшая ранее половой жизнью? Есть ли признаки полового акта?

Эталон:

* 1. У гр. Л. обнаружен кровоподтек на слизистой верхней губы.
  2. Повреждение не влечет за собой кратковременного расстройства здоровья или незначительной стойкой утраты общей трудоспособности и согласно пункту 9 раздела II приказа МЗиСР РФ 194н от 24.04.2008г. расценивается как повреждение, не причинившее вред здоровью человека.
  3. Мог возникнуть от воздействия тупого твердого предмета (предметов). Признаков, свидетельствующих о нанесении собственной рукой не имеет.
  4. Давностью 4-6 суток ко времени проведения экспертизы.
  5. На момент проведения экспертизы девственная плева у гр. Любавиной как у женщины рожавшей и живущей половой жизнью представлена миртовидными сосочками. Каких-либо свежих повреждений и следов от них в области наружных половых органов не обнаружено.

**Задача № 5** (УК-1 ПК-1 ПК-2 ПК-3 ПК-5 ПК-7 ПК-8 ПК-9 ПК-10).

**ОБСТОЯТЕЛЬСТВА ДЕЛА:** в постановлении указано, что «10.02.2012 в СО по ……. району г. К….. ГСУ СК РФ по КК поступило заявление гр. Х. об изнасиловании. …»

Свидетельствуемая рассказала, что 08 февраля 2012 года около 02 часов в помещении гостиничного комплекса незнакомый мужчина цепочкой сдавливал шею, сдавливал шею рукой, бил головой о зеркало, бил кулаками по волосистой части головы, стеклянным бокалом ударил по волосистой части головы, пнул по грудной клетке, совершил 4-5 половых актов через полость рта без использования презерватива, пытался совершить половой акт через задний проход, половые акты через задний проход категорически отрицает, совершил 4-5 половых актов через влагалище без использования презерватива, половые акты были незаконченными. Сознание не теряла. Чистила зубы, принимала жидкую и твердую пищу. За медицинской помощью обращалась в ГКБ №0

**ЖАЛОБЫ:** на боль в области шеи.

СПЕЦАНАМНЕЗ: менструация с 14 лет, регулярная, по 3-4 дня через 28 дней, умеренная. В настоящий момент 2-ой день менструального цикла. Половая жизнь с 16 лет, не регулярная. Последний половой акт до случившегося был в конце ноября 2011 года. После случившегося половые акты отрицает. Гинекологические заболевания, вензаболевания, заболевания полости рта, желудочно-кишечного тракта отрицает. После случившегося мыла половые органы.

Беременности отрицает.

**ОБЪЕКТИВНО:** на передней поверхности грудной клетки слева в верхней трети овальный зеленоватый кровоподтек, 4,5х2,5см. Других повреждений не предъявлено. На шее мягкий воротник «Шанса».

Оволосение на лобке и наружные половые органы развиты правильно по женскому типу. Большие половые губы прикрывают малые. Задняя спайка больших половых губ цела, ладьевидная ямка средней глубины. Слизистая оболочка малых половых губ и преддверия влагалища бледно-розовая. Девственная плева кольцевидной формы, высотой менее 0,4 см, тонкая, эластичная, легкорастяжимая свободный край ровный, величина отверстия более 2,5см. Каких либо видимых повреждений или следов от них в области половых органов не выявлено.

Содержимое заднего свода влагалища взято на марлевом тампоне и 2 предметных стекла и вместе с контролем марли прилагаются к Заключению эксперта для проведения судебно-биологического исследования с целью установления наличия сперматозоидов.

Направлена в кожвендиспансер для исключения или подтверждения вензаболеваний и ВИЧ-инфицирования.

**Вопросы:**

1.Телесные повреждения?

1. Степень тяжести вреда причиненного здоровью человека?
2. Механизм повреждения?
3. Давность нанесения травмы?
4. Жила ли пострадавшая ранее половой жизнью? Есть ли признаки полового акта?

Эталон:

* 1. У гр. Х. обнаружен (1) кровоподтек на грудной клетки.
  2. Повреждение не влечет за собой кратковременного расстройства здоровья или незначительной стойкой утраты общей трудоспособности и, согласно пункту 9 раздела II приказа МЗ и СР РФ №194н от 24.04.2008г, расценивается как повреждение, не причинившие вред здоровью человека
  3. Мог возникнуть от одного и более воздействия тупого твердого предмета (предметов), при любых обстоятельствах
  4. Давностью не менее 2-4 суток ко времени проведения экспертизы.

5. На момент проведения экспертизы девственная плева в своей анатомической целостности не нарушена. Строение девственной плевы (легкорастяжимая, невысокая, слабовыраженное кольцо сокращения, отверстие более 2,5см.) допускает введение напряженного полового члена за пределы девственной плевы без ее повреждения. Каких либо видимых повреждений или следов от них в области половых органов не выявлено.

Содержимое заднего свода влагалища взято на марлевом тампоне и 2 предметных стекла и вместе с контролем марли прилагаются к Заключению эксперта для проведения судебно-биологического исследования с целью установления наличия сперматозоидов.

**7. Перечень практических умений по изучаемой теме**

- установить причину смерти; (УК-1 ПК-1 ПК-2 ПК-3 ПК-5 ПК-7 ПК-8 ПК-9 ПК-10).

- провести судебно-медицинское исследование трупа при различных видах насильственной смерти; (УК-1 ПК-1 ПК-2 ПК-3 ПК-5 ПК-7 ПК-8 ПК-9 ПК-10).

- определить степень тяжести телесных повреждений; (УК-1 ПК-1 ПК-2 ПК-3 ПК-5 ПК-7 ПК-8 ПК-9 ПК-10).

- установить причинно-следственную связь между повреждением и неблагоприятным исходом; (УК-1 ПК-1 ПК-2 ПК-3 ПК-5 ПК-7 ПК-8 ПК-9 ПК-10).

- организовать судебно-медицинскую экспертизу вещественных доказательств (изъять, упаковать и направить объекты судебно-медицинской экспертизы на лабораторные исследования); (УК-1 ПК-1 ПК-2 ПК-3 ПК-5 ПК-7 ПК-8 ПК-9 ПК-10).

**6. Перечень практических умений по изучаемой теме**

(УК-1, УК-2, УК-3, ПК-5, ПК-6, ПК-10);

-применять на практике основы законодательства РФ о здравоохранении и директивные документы, определяющие деятельность органов и учреждений здравоохранения;

-оформлять типовые формы медицинской документации для бюро судебно-медицинской экспертизы;

**7. Рекомендации по выполнению НИР**

Примерная тематика по НИР по теме - не предусмотрена.

**8. Рекомендованная литература по теме занятия (обязательная, дополнительная, электронные ресурсы, включая законодательные и нормативно-правовые документы)**

**Занятие № 69**

**1. Индекс: ОД.О.01.1.10.96 Тема: «Спорные половые состояния. Гермафродитизм истинный и ложный».**

**2. Форма организации занятия:** подготовка к практическому занятию.

**3. Перечень вопросов для самоподготовки по теме практического занятия:**

1.ВОПРОС По каким поводам проводится судебно-медицинская экспертиза возраста и каковы ее возможности? (УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-5, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10)

ОТВЕТ: Экспертиза возраста в соответствии с УПК обязательна в случаях, когда возраст имеет значение для дела, а достоверные документы отсутствуют. Часто это связано с преступлениями против половой свободы и неприкосновенности и некоторыми другими, когда необходимо установить такие годы, как 14, 16, 18 лет, указанные в ряде статей УК, иногда в связи с необходимостью определить пенсионный или любой другой возраст при идентификации личности.

У живых лиц возраст устанавливают по изменениям кожных покровов, например, по характеру и локализации морщин, росту волос на подбородке, в подмышечных впадинах,на лобке, по развитию вторичных половых признаков, особенностям антропометрических данных. Особое значение имеют индивидуальные возрастные изменения зубного аппарата и степень окостенения в определенных костях скелета, выявляемого при рентгенографии.

Понятно, что точное установление возраста с указанием даты рождения невозможно. Причем в отдельные периоды жизни человека возможности разные. Естественно, они выше в грудном и даже юношеском возрасте, меньшая точность достигается в зрелом возрасте, когда допускается ошибка в 5 лет, в старческом и пожилом она может быть в пределах 10 лет. Это объясняется многочисленными индивидуальными особенностями организма человека, проявляющимися по-разному в зависимости от возраста в разные периоды, причем в каждом из этих отрезков целесообразно использовать различные возрастные признаки. Например, в детском возрасте имеет значение рост. У доношенного новорожденного он в среднем составляет 50 см, к 5 годам рост удваивается, к 15 — утраивается. У мужчин рост прекращается к 25 годам, у женщин — к 20 годам. В эти же годы большое значение имеет стоматологический статус. Первые зубы прорезываются в 6—8 месяцев. К началу второго года у ребенка их 8, а к концу — 12 молочных зубов. Примерно в 25 лет появляются зубы мудрости и становиться заметной стертость эмали жевательной поверхности зубов. Степень стертости, а также появление таких признаков, как потемнение дентина, клиновидные дефекты шейки зубов, учитываются при определении более старших возрастов. Выявление их нередко возможно лишь с помощью консультации стоматолога. Используют и другие признаки формирования и созревания организма, которое у мужчин отстает на 1,5—2 года.

В позднем периоде на первый план выступают признаки увядания и старения организма. В это время имеет значение изменения костей скелета, так называемый рентгенологический возраст. В зависимости от пола и расовых особенностей, каждая возрастная группа характеризуется разной степенью окостенения той или иной кости или даже ее определенного анатомического образования. Например, в 13 лет начинается окостенение плечевого отростка лопатки, в 15 оно заканчивается. В 14—15 лет начинается, а в 17— 18 завершается окостенение костей таза. Для рентгенологической характеристики наиболее часто используются изменения суставных поверхностей, а также таких костей, как пальцы кисти и стопы, предплечья и голени. Данные в отношении всех костей сведены в таблицу, которой пользуются при идентификации возраста. Следует иметь в виду, что ни один признак сам по себе не достаточен для решения вопроса о возрасте. Имеет значение их комплекс, который приводит к средним показателям.

2.ВОПРОС В чем особенности этики судебно-медицинского эксперта при освидетельствовании живых лиц?

ОТВЕТ: Несмотря на общие принципы медицинской этики и деонтологии, при освидетельствовании потерпевшего в амбулатории или стационаре возникают свои особенности взаимоотношений эксперта с освидетельствуе-мьш. Нельзя, например, как это делают некоторые эксперты, выражать свое отношение к пациенту, к услышанному обстоятельству, удивляться, возмущаться или давать советы, касающиеся ведения дела. Следует не только проявлять предельное внимание, но и демонстрировать его. Личность и положение пациента не должны влиять на заключение и давать повода для подозрения в необъективности выводоз. При беседе с ним надо проявлять терпимость, не возмущаться скупостью ответов или многословием, не придираться к неудачным или неграмотным выражениям, не иронизировать и не высказывать недоверия. Вместе с тем следует помнить о возможной умышленной или неумышленной аггравации или симуляции, однако о подозрении ни в коем случае нельзя говорить потерпевшему. Недопустимо, как это делается в некоторых бюро, поручать сбор анамнеза машинистке. Задавать можно только вопросы, касающиеся выяснения необходимых сведений, не подсказывая ответ своей формулировкой. Особого такта и умения требует освидетельствование женщин в связи с проведением акушерско-гинекологи-ческой экспертизы детей и несовершеннолетних. Круг вопросов необходимо продумать, беседу надо вести спокойно, вопросы должны быть достаточно понятны и заданы тактично. При осмотре следует проявить особое внимание, чуткость, терпение, осторожность. Такие экспертизы следует поручать наиболее опытным экспертам. При всем этом надо всегда помнить, что освидетельствование проводится врачом, который обязан дать совет в отношении необходимой медицинской помощи. Нельзя забывать о требовании соблюдения врачебной и следственной тайны, что имеет особое значение в небольших населенных пунктах. Нам кажется неправильным, что свидетельствуемый сразу же не знакомится с основными выводами заключения. Это ущемление его права на информацию, изложенное в ст. 140 УК РФ и Основах законодательств об охране здоровья граждан. Исключение могут составить случаи, связанные с предстоящим расследованием в целях сохранения следственной тайны.

3.ВОПРОС Какие вопросы следует ставить на разрешение судебно –медицинской экспертизы живых лиц? (УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-5, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10)

ОТВЕТ: При назначении СМЭ вреда здоровью это следующие вопросы:

1. Установить тяжесть причиненного вреда здоровью?

2. Не вызвали ли повреждения стойкую утрату общей трудоспособности? Если да, то на сколько процентов?

3. Имеются ли признаки стойкой утраты профессиональной и специальной трудоспособности и на сколько процентов?

4. Не нуждается ли потерпевший в усиленном или диетическом питании, в санаторно-курортном лечении, в протезировании?

5. Утратил ли потерпевший в связи с нанесенными повреждениями способность к самообслуживанию?

6. Страдает ли гражданин Т. Каким-либо заболеванием, какой диагноз болезни и в какой она стадии?

7. Не вызвано ли заболевание гр-на Т. Искусственно?

8. Не имеется ли у гр-ки Н. венерического заболевания? Какое это заболевание и когда впервые оно обнаружено? Знала ли она о наличии этой болезни?

При назначении акушерско-гинекологической экспертизы основными могут быть следующие вопросы:

1. Нарушена ли девственная плева и какова давность?

2. Имеются ли объективные признаки бывшего полового сношения?

3. Имеются ли на теле потерпевшей телесные повреждения? Соответствуют ли они травмировавшему предмету и механизму нанесения, обстоятельствам преступления?

4. Имеются ли какие-либо последствия полового сношения?

5. Не находилась ли потерпевшая в алкогольном или наркотическом опьянении, в беспомощном состоянии и его причины?

6. Допускает ли анатомическое строение девственной плевы половое сношение без ее нарушения?

7. Нанесло ли половое сношение вред здоровью потерпевшей?

8. Могла ли девственная плева быть повреждена при механическом действии пальцами или какого-либо твердого предмета?

9. Имеются ли на одежде или теле пострадавшей следы спермы, крови, влагалищного содержимого?

10. Имеются ли медицинские доказательства пассивного или активного мужеложства?

11. Имеются ли у подозреваемого повреждения, их характер, механизм нанесения?

12. Имеются ли у подозреваемого в изнасиловании влагалищные выделения, волосы, кровь, текстильные волокна?

13. Были ли роды у гр-ки Т. И когда?

14. Имеются ли признаки бывшего аборта у гр-ки Т. И какой способ применялся?

15. Способна ли женщина к половому сношению и деторождению?

16. Способен ли гр-н Н. к половому сношению и оплодотворению?

17. Имеется ли у гр-ки Т. Беременность и ее срок?

18. Каков истинный пол свидетельствуемого?

**4.Самоконтроль по тестовым заданиям данной темы**

1. СРОК БЕРЕМЕННОСТИ ОПРЕДЕЛЯЮТ ПО: (ПК-5)

1) дате полового акта

2) дате последней менструации

3) размеру живота

4) размерам яичников

5) размерам молочных желез

Правильный ответ: 2

1. ПРИЗНАКОМ АБОРТА ЯВЛЯЕТСЯ: (ПК-5)

1) наличие частиц плацентарной ткани в полости матки

2) химический ожог шейки матки

3) наличие повреждений стенки матки

4) наличие выделений из влагалища

5) наличие венерического заболевания

Правильный ответ: 1

1. ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ МЕТОДОВ ДЛЯ УСТАНОВЛЕНИЯ НАЛИЧИЯ СПЕРМЫ НА ОБЪЕКТЕ ИСПОЛЬЗУЮТ: (ПК-5)

1) контактно-диффузионный метод

2) цветных химических реакций

3) ультразвуковое исследование

4) иммунофлюоресценции

5) рентгенологический метод

Правильный ответ: 4

1. ВОЛОСЫ ДЛЯ СУДЕБНО-БИОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ СЛЕДУЕТ БРАТЬ С ОБЪЕКТА: (ПК-5)

1) скальпелем

2) анатомическим пинцетом

3) пинцетом с резиновыми наконечниками

4) хирургическим пинцетом

5) ножом

Правильный ответ: 3

1. ДЛЯ УСТАНОВЛЕНИЯ ПРИНАДЛЕЖНОСТИ ВОЛОСА ЧЕЛОВЕКУ ИЛИ ЖИВОТНОМУ ИСПОЛЬЗУЮТ МЕТОД: (ПК-5)

1) цветных отпечатков

2) химический

3) серологический

4) спектрофотометрический

5) контактно-диффузионный

Правильный ответ: 3

1. ВОЛОС ЧЕЛОВЕКА ИМЕЕТ: (ПК-5)

1) роговой слой

2) зернистый слой

3) грушевидный слой

4) пигментный слой

5) кутикулу

Правильный ответ: 5

1. ПИГМЕНТ ВОЛОСА ЧЕЛОВЕКА СОДЕРЖИТСЯ В: (ПК-5)

1) кутикуле

2) пигментном слое

3) мозговом слое

4) корковом веществе

5) зернистом слое

Правильный ответ: 4

1. ЭМИССИОННЫЙ СПЕКТРАЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ВОЛОС ПОЗВОЛЯЕТ УСТАНОВИТЬ: (ПК-5)

1) возраст человека

2) принадлежность волос конкретному человеку

3) сопутствующие заболевания конкретного человека

4) половую принадлежность волос

5) видовую принадлежность волос

Правильный ответ: 5

1. ДОСТОВЕРНЫМИ ПРИЗНАКАМИ ПОЛОВОГО СНОШЕНИЯ ЯВЛЯЮТСЯ: (ПК-5)

1) нарушение анатомической целости девственной плевы;

2) повреждение влагалища (ссадины);

3) повреждение влагалища (раны);

4) обнаружение в содержимом влагалища текстильных волокон, сходных с одеждой подозреваемого;

5) обнаружение сперматозоидов в содержимом влагалища.

Правильный ответ: 5

1. ПОД ПОЛОВЫМ СНОШЕНИЕМ ПОНИМАЕТСЯ**:** (ПК-5)

1) введение полового члена в рот;

2) введение полового члена во влагалище;

3) введение полового члена в преддверие влагалища;

4) манипуляции половым членом между бедер женщины;

5) введение полового члена в ушную раковину;

Правильный ответ: 2.

**5. Самоконтроль по ситуационным задачам**

**Задача № 1.** (УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-5, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10)

**ОБСТОЯТЕЛЬСТВА ДЕЛА:** в постановлении указано, что «… 05.02.2012 года в период времени с 05 часов до 10 часа гр. И. находясь в кв. 00 д. 00 по ул. Мира в ….. районе г. К…. совершил насильственные половые акты в отношении гр. К. вводя ей половой член в анальное отверстие, ротовую полость и влагалище».

Свидетельствуемая рассказала, что 05 февраля 2012 года в 06-м часу в квартире неизвестный таскал за волосы, ударил рукой по голове, держал за руки, спустил до колен колготки, совершил половой акт через влагалище без презерватива, при этом ощущала постороннюю жидкость, вводил половой член в рот, при этом посторонней жидкости не ощущала, пытался вводить половой член в задний проход, но из-за отсутствия эрекции не смог. 05 февраля 2012 года дежурным экспертом изъято содержимое заднего свода влагалища и заднего прохода. Сознание не теряла. За медицинской помощью не обращалась. После случившегося принимала твердую и жидкую пищу, чистила зубы, был акт дефекации.

**ЖАЛОБЫ:** на головокружение.

СПЕЦАНАМНЕЗ: менструация с 15 лет, по 3-4 дня через месяц, последняя менструация в конце января 2012 года. Половая жизнь с 18 лет. Имела 3 беременности, закончившиеся одними родами, двумя медицинскими абортами. Последний половой акт до случившегося неделю назад. После случившегося не было. Гинекологические и венерические заболевания отрицает. Заболевания желудочно-кишечного тракта отрицает, акт дефекации 1 раз в сутки. Запоры, поносы отрицает.

**ОБЪЕКТИВНО:** каких-либо телесных повреждений и следов от них не обнаружено.

Оволосение на лобке сбрито, наружные половые органы развиты правильно по женскому типу. Большие половые губы прикрывают малые. Задняя спайка цела, ладьевидная ямка сглажена. Слизистая малых половых губ и преддверия влагалища бледно-розовая. Девственная плева представлена миртовидными сосочками. Слизистая оболочка видимой части стенок влагалища розовая, складчатая, влажная. Из половых путей выделений нет.

Межъягодичная щель средней глубины. Кожа заднего прохода несколько пигментирована, складчатая. Каких-либо повреждений и следов от них в области заднего прохода не выявлено. Тонус наружного и внутреннего сфинктеров выражен хорошо.

На марлевый тампон и 2 предметных стекла для установления или исключения наличия сперматозоидов при судебно-биологическом исследовании изъято содержимое заднего свода влагалища и вместе с контролем марли прилагается к Заключению эксперта.

Направлена в ККВД для установления или исключения вензаболеваний и ВИЧ-инфицирования.

**Вопросы:**

1. Телесные повреждения?
2. Давность нанесения травмы?
3. Степень тяжести вреда причиненного здоровью человека?
4. Жила ли пострадавшая ранее половой жизнью? Есть ли признаки полового акта?
5. Имеются ли у гр. Б. заболевания половых органов, если да, то какие?

Эталон:

1.У гр. К. каких-либо телесных повреждений и следов от них, в том числе в области заднего прохода, не обнаружено

2.Ответить на поставленный перед экспертом вопрос не представляется возможным.

3.Тяжесть вреда причиненного здоровью не может быть определена.

4.На момент проведения экспертизы девственная плева у гр. Казаковой как у женщины рожавшей и живущей половой жизнью представлена миртовидными сосочками. Каких-либо свежих повреждений в области наружных половых органов у гр. Казаковой не обнаружено.

5.Ответить на данный вопрос будет возможно после обследования у врача- венеролога в кожно-венерологическом диспансере, куда она направлена для исключения или подтверждения венерических заболеваний и ВИЧ-инфицирования.

**Задача № 2** (УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-5, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10)

**ОБСТОЯТЕЛЬСТВА ДЕЛА:** в постановлении указано, что «05.02.2012 в СО по району ГСУ РФ по КК поступило заявление гр. Л. об изнасиловании. 05.02.2012 н/у лицо в период времени с 05 по 06 часов находясь в районе клуба «…….», в районе ул. Мира пос. …… совершило изнасилование гр. Л. …»

Свидетельствуемая рассказала, что 05 февраля 2012 года около 05 часов в салоне автомобиля незнакомый мужчина демонстрировал нож, снял штаны, колготки, плавки, кофту, совершил один половой акт без использования презерватива, был ли законченный половой акт или нет пояснить не может. Сознание не теряла. За медицинской помощью не обращалась.

**ЖАЛОБЫ:** не предъявляет.

СПЕЦАНАМНЕЗ: менструация с 17 лет, регулярная, по 3-4 дня, через 30-31 день, умеренная. Последняя менструация была 26 января 2012 года. Половая жизнь с 17 лет, не регулярная. Последний половой акт до случившегося был около 3-4 недель назад. После случившегося половые акты отрицает. Гинекологические заболевания отрицает. После случившегося половые органы не мыла.

Отмечает одну беременность, окончилась медицинским абортом в 2004году.

**ОБЪЕКТИВНО:** каких-либо телесных повреждений или следов от них не обнаружено.

При осмотре на гинекологическом кресле: наружные половые органы сформированы правильно, по женскому типу, оволосение на лобке выражено умеренно, большие половые губы прикрывают малые, задняя спайка больших половых губ цела, ладьевидная ямка средней глубины. Девственная плева в прошлом кольцевидной формы, средней мясистости, высотой до 0,5см, толщиной 0,2-0,3см. На 06 часах условного циферблата часов имеется выемка, доходящая до основания девственной плевы, края ее несколько утолщены, бледнее окружающих тканей, при складывании не заходят друг за друга у основания, на дне выемки – тонкий беловатый рубчик, длиной до 0,4см. Отверстие девственной плевы при растяжении пальцами эксперта до 2,5см., свободно пропускает 2 пальца эксперта, сложенных вместе. Кольцо сокращения не определяется. Выделения из половых путей умеренные, слизистого характера. Каких-либо свежих повреждений в области наружных половых органов не выявлено.

**Вопросы:**

* 1. Телесные повреждения?
  2. Давность нанесения травмы?
  3. Степень тяжести вреда причиненного здоровью человека?
  4. Жила ли пострадавшая ранее половой жизнью? Есть ли признаки полового акта?
  5. Имеются ли у гр. Б. заболевания половых органов, если да, то какие?

Эталон:

1. У гр. Л. каких-либо телесных повреждений или следов от них, а так же в области половых органов не выявлено
2. Ответить на поставленный перед экспертом вопрос не представляется возможным.
3. Тяжесть вреда причиненного здоровью не может быть определена.
4. На момент проведения экспертизы обнаружен старый разрыв на девственной плеве, установить давность причинения которого в настоящее время не представляется возможным. Каких-либо свежих повреждений в области наружных половых органов не выявлено.

Содержимое заднего свода влагалища взято на марлевом тампоне и 2 предметных стекла и вместе с контролем марли прилагаются к Заключению эксперта для проведения судебно-биологического исследования с целью установления наличия сперматозоидов.

1. Ответить на данный вопрос будет возможно после обследования у врача- венеролога в кожно-венерологическом диспансере, куда она направлена для исключения или подтверждения венерических заболеваний и ВИЧ-инфицирования.

**Задача № 3** (УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-5, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10)

**ОБСТОЯТЕЛЬСТВА ДЕЛА:** в постановлении указано, что «09.02.2012 года в деж. часть ОП №0МУ МВД России «К…….» обратилась гр. Д., 1952 г.р. которая сообщила, что в период с октября 2011 года по декабрь 2011 года гр. В. совершал действия сексуального характера в отношении дочери гр. Ю. 2009 г.р. …»

В присутствии инспектора л-нта милиции., бабушка (документы не представлены) пояснила, что отец ребенка гр. В. в конце октября 2011 года, когда гулял на улице с ребенком, после туалета девочки вытер половые органы ребенка пальцем. Затем в декабре 2011 года находясь дома, встал утром с постели без трусов и просил ребенка одеть их на него, при этом предлагал трогать половой член руками.

**ЖАЛОБЫ:** не предъявляет.

СПЕЦАНАМНЕЗ: со слов бабушки ребенка, подобные действия до октября 2011 года не отмечала.

**ОБЪЕКТИВНО:** каких-либо телесных повреждений или следов от них не обнаружено.

Наружные половые органы развиты правильно по женскому типу. Большие половые губы не прикрывают малые. Задняя спайка больших половых губ цела, ладьевидная ямка средней глубины. Слизистая оболочка малых половых губ и преддверия влагалища розовая. Девственная плева кольцевидной формы, отверстие девственной плевы малое 0,5-1,0см пропускает кончик пальца эксперта, высотой 0,5-0,6см, тонкая, свободный край ровный. Кольцо сокращения определяется хорошо.

При осмотре межъягодичная щель средней глубины, кожа вокруг заднепроходного отверстия собрана в мягкие лучеобразные складки, слабо пигментированные. Заднепроходное отверстие сомкнуто, в виде небольшого углубления, тонус наружного и внутреннего сфинктеров сохранен, видимая часть отдела прямой кишки без каких либо повреждений. Каких-либо видимых повреждений или следов от них в области половых органов и заднепроходного отверстия не обнаружено.

Содержимое преддверья влагалища на марлевый тампон и предметные стекла для проведения судебно-биологического исследования с целью установления наличия сперматозоидов не бралось в связи с поздним обращением.

Направлена в кожвендиспансер для исключения или подтверждения вензаболеваний и ВИЧ-инфицирования.

**Вопросы:**

1. Телесные повреждения?
2. Давность нанесения травмы?
3. Степень тяжести вреда причиненного здоровью человека?
4. Жила ли пострадавшая ранее половой жизнью? Есть ли признаки полового акта?
5. Имеются ли у гр. Д. заболевания половых органов, если да, то какие?

Эталон:

* 1. У гр. Д. каких-либо телесных повреждений или следов от них не обнаружено
  2. Ответить на поставленный перед экспертом вопрос не представляется возможным.
  3. Тяжесть вреда причиненного здоровью не может быть определена.
  4. На момент проведения экспертизы девственная плева у гр. Ю. в своей анатомической целостности не нарушена. Строение девственной плевы (высокая, хорошо выраженное кольцо сокращения, малое отверстие до 1,0см.) не допускает введение напряженного полового члена за пределы девственной плевы без ее повреждения. Каких-либо видимых повреждений или следов от них в области половых органов и заднепроходного отверстия не обнаружено.
  5. Содержимое преддверья влагалища на марлевый тампон и предметные стекла для проведения судебно-биологического исследования с целью установления наличия сперматозоидов не бралось в связи с поздним обращением.

**Задача № 4** (УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-5, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10)

**ОБСТОЯТЕЛЬСТВА ДЕЛА:** в постановлении указано, что «08.02.2012 года примерно в 23 часа неустановленный мужчина, находясь по адресу: г. К….., проспект Мира, 00-00 совершил насильственный половой акт во влагалище с гр. Л., 1981 г.р.».

Свидетельствуемая рассказала, что 08 февраля 2012 года в 23 часа дома сосед укусил за верхнюю губу, хватал за шею, за руки, за ноги, снял с нее одежду, совершил один половой акт без презерватива, при этом посторонней жидкости не ощущала. Сознание не теряла. За медицинской помощью не обращалась. После случившегося неоднократно мылась, подмывалась.

**ЖАЛОБЫ:** на боли в области наружных половых органов.

СПЕЦАНАМНЕЗ: менструация с 14 лет, по 5-7 дней через месяц, последняя менструация началась 11 февраля 2012 года. Половая жизнь с 19 лет. Имела 2 беременности, закончившиеся одними родами, одним медицинским абортом. Последний половой акт до случившегося 1-2 месяца назад. После случившегося не было. Гинекологические и венерические заболевания отрицает.

**ОБЪЕКТИВНО:** на слизистой верхней губы левее средней линии за красной каймой бледно-багровый горизонтальный полосовидный кровоподтек 0,8х1,5см. Других повреждений не предъявлено.

Оволосение на лобке и наружные половые органы развиты правильно по женскому типу. Большие половые губы прикрывают малые. Задняя спайка цела, ладьевидная ямка сглажена. Слизистая малых половых губ и преддверия влагалища бледно-розовая. Девственная плева представлена миртовидными сосочками. Слизистая оболочка видимых стенок влагалища бледно-розовая, складчатая. Из половых путей менструальные выделения в умеренном количестве.

Направлена в ККВД для установления или исключения вензаболеваний и ВИЧ-инфицирования.

Содержимое заднего свода влагалища на марлевый тампон не изымалось, в связи с поздним обращением на экспертизу.

**Вопросы:**

1. Телесные повреждения?
2. Степень тяжести вреда причиненного здоровью человека?
3. Механизм повреждения?
4. Давность нанесения травмы?
5. Жила ли пострадавшая ранее половой жизнью? Есть ли признаки полового акта?

Эталон:

* 1. У гр. Л. обнаружен кровоподтек на слизистой верхней губы.
  2. Повреждение не влечет за собой кратковременного расстройства здоровья или незначительной стойкой утраты общей трудоспособности и согласно пункту 9 раздела II приказа МЗиСР РФ 194н от 24.04.2008г. расценивается как повреждение, не причинившее вред здоровью человека.
  3. Мог возникнуть от воздействия тупого твердого предмета (предметов). Признаков, свидетельствующих о нанесении собственной рукой не имеет.
  4. Давностью 4-6 суток ко времени проведения экспертизы.
  5. На момент проведения экспертизы девственная плева у гр. Любавиной как у женщины рожавшей и живущей половой жизнью представлена миртовидными сосочками. Каких-либо свежих повреждений и следов от них в области наружных половых органов не обнаружено.

**Задача № 5** (УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-5, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10)

**ОБСТОЯТЕЛЬСТВА ДЕЛА:** в постановлении указано, что «10.02.2012 в СО по ……. району г. К….. ГСУ СК РФ по КК поступило заявление гр. Х. об изнасиловании. …»

Свидетельствуемая рассказала, что 08 февраля 2012 года около 02 часов в помещении гостиничного комплекса незнакомый мужчина цепочкой сдавливал шею, сдавливал шею рукой, бил головой о зеркало, бил кулаками по волосистой части головы, стеклянным бокалом ударил по волосистой части головы, пнул по грудной клетке, совершил 4-5 половых актов через полость рта без использования презерватива, пытался совершить половой акт через задний проход, половые акты через задний проход категорически отрицает, совершил 4-5 половых актов через влагалище без использования презерватива, половые акты были незаконченными. Сознание не теряла. Чистила зубы, принимала жидкую и твердую пищу. За медицинской помощью обращалась в ГКБ №0

**ЖАЛОБЫ:** на боль в области шеи.

СПЕЦАНАМНЕЗ: менструация с 14 лет, регулярная, по 3-4 дня через 28 дней, умеренная. В настоящий момент 2-ой день менструального цикла. Половая жизнь с 16 лет, не регулярная. Последний половой акт до случившегося был в конце ноября 2011 года. После случившегося половые акты отрицает. Гинекологические заболевания, вензаболевания, заболевания полости рта, желудочно-кишечного тракта отрицает. После случившегося мыла половые органы.

Беременности отрицает.

**ОБЪЕКТИВНО:** на передней поверхности грудной клетки слева в верхней трети овальный зеленоватый кровоподтек, 4,5х2,5см. Других повреждений не предъявлено. На шее мягкий воротник «Шанса».

Оволосение на лобке и наружные половые органы развиты правильно по женскому типу. Большие половые губы прикрывают малые. Задняя спайка больших половых губ цела, ладьевидная ямка средней глубины. Слизистая оболочка малых половых губ и преддверия влагалища бледно-розовая. Девственная плева кольцевидной формы, высотой менее 0,4 см, тонкая, эластичная, легкорастяжимая свободный край ровный, величина отверстия более 2,5см. Каких либо видимых повреждений или следов от них в области половых органов не выявлено.

Содержимое заднего свода влагалища взято на марлевом тампоне и 2 предметных стекла и вместе с контролем марли прилагаются к Заключению эксперта для проведения судебно-биологического исследования с целью установления наличия сперматозоидов.

Направлена в кожвендиспансер для исключения или подтверждения вензаболеваний и ВИЧ-инфицирования.

**Вопросы:**

1.Телесные повреждения?

2. Степень тяжести вреда причиненного здоровью человека?

3.Механизм повреждения?

4.Давность нанесения травмы?

5.Жила ли пострадавшая ранее половой жизнью? Есть ли признаки полового акта?

Эталон:

1.У гр. Х. обнаружен (1) кровоподтек на грудной клетки.

2.Повреждение не влечет за собой кратковременного расстройства здоровья или незначительной стойкой утраты общей трудоспособности и, согласно пункту 9 раздела II приказа МЗ и СР РФ №194н от 24.04.2008г, расценивается как повреждение, не причинившие вред здоровью человека

3.Мог возникнуть от одного и более воздействия тупого твердого предмета (предметов), при любых обстоятельствах

4.Давностью не менее 2-4 суток ко времени проведения экспертизы.

5. На момент проведения экспертизы девственная плева в своей анатомической целостности не нарушена. Строение девственной плевы (легкорастяжимая, невысокая, слабовыраженное кольцо сокращения, отверстие более 2,5см.) допускает введение напряженного полового члена за пределы девственной плевы без ее повреждения. Каких либо видимых повреждений или следов от них в области половых органов не выявлено.

Содержимое заднего свода влагалища взято на марлевом тампоне и 2 предметных стекла и вместе с контролем марли прилагаются к Заключению эксперта для проведения судебно-биологического исследования с целью установления наличия сперматозоидов.

**6. Перечень практических умений по изучаемой теме**

- установить причину смерти;

- провести судебно-медицинское исследование трупа при различных видах насильственной смерти;

- определить степень тяжести телесных повреждений;

- установить причинно-следственную связь между повреждением и неблагоприятным исходом;

- организовать судебно-медицинскую экспертизу вещественных доказательств (изъять, упаковать и направить объекты судебно-медицинской экспертизы на лабораторные исследования);

**7. Рекомендации по выполнению НИР**

Примерная тематика по НИР по теме - не предусмотрена.

**8. Рекомендованная литература по теме занятия (обязательная, дополнительная, электронные ресурсы, включая законодательные и нормативно-правовые документы)**

**Занятие № 70**

**1. Индекс: ОД.О.01.1.10.98 Тема: «Судебно-медицинская экспертиза установления способности к половому сношению, оплодотворению и зачатию. Судебно-медицинская экспертиза при половых преступлениях. Мужеловство».**

**2. Форма организации занятия:** подготовка к практическому занятию.

**3. Перечень вопросов для самоподготовки по теме практического занятия:**

1. ВОПРОС Что следует понимать под насильственными действиями сексуального характера? (УК-1 ПК-1 ПК-2 ПК-3 ПК-5 ПК-7 ПК-8 ПК-9 ПК-10)

ОТВЕТ: Насильственные действия сексуального характера (статья 132 УК РФ), как и понуждение к таким действиям, в основном это может быть гомосексуализм, то есть половое влечения к лицам своего пола. В случаях, если он сопряжен с насилием или с угрозой его применения, а также совершения в отношении лиц, не достигших 14-летнего возраста или несовершеннолетних, в соответствии с УК РФ является преступлением и влечет уголовное наказание. Сюда относится мужеложство, т. е. половое сношение мужчины с мужчиной, совершаемое через заднепроходное отверстие с введением полового члена в прямую кишку или в рот. Сюда же стали относить и женский гомосексуализм — лесби-янство, в судебно-медицинской практике встречаемое значительно реже.

2. ВОПРОС Какие медицинские данные при обследовании потерпевшего могут помочь при доказательстве насильственных действий сексуального характера? (УК-1 ПК-1 ПК-2 ПК-3 ПК-5 ПК-7 ПК-8 ПК-9 ПК-10)

ОТВЕТ: При экспертизе мужеложства осмотр и исследование пассивного партнера позволяет выявить разрывы и кровоизлияния в области лучеобразных складок краев заднепроходного отверстия, что свидетельствует о половом сношении небольшой давности, реже о внедрении инородного тела. Однократное действие может не приводить к подобным изменениям, что зависит от сочетания размеров и других анатомических особенностей заднепроходного отверстия и полового члена. У пассивного партнера после неоднократных сношений постепенно образуется воронкообразное зияющее легко растяжимое отверстие, в складках которого при осмотре, лучше с увеличением, видны радиально расположенные рубцы. Осмотр слизистой прямой кишки выявляет разрыв слизистой, трещины с кровоизлияниями, которые больше характерны для введения твердого инородного предмета, а не от полового члена. Надо иметь в виду, что у детей трещины слизистой прямой кишки бывают при запорах, при глистах.

В области заднепроходного отверстия следует искать и изымать следы спермы, крови, а также смазочного вещества (вазелин), которым иногда пользуется активный партнер. Доказательством полового сношения в некоторых случаях является венерическое заболевание, которое устанавливается, наряду с вопросом о путях заражения, с помощью участия специалистов.

У активного партнера на половом члене могут быть обнаружены частицы каловых масс, кровь, волосы, при неоднократном сношении находят и изменения полового члена. Всегда изымается для исследования в биологическом отделении одежда подозреваемых. На ней также могут быть обнаружены сперма, кровь, волосы, принадлежащие подозреваемому лицу, в связи с чем определяют региональное происхождение волос, групповую принадлежность спермы и крови.

Решение вопроса о физическом насилии определяется по наличию и особенностям механических или иных повреждений, с учетом соответствия их тем обстоятельствам, которые предполагаются.

Сложнее доказать насильственные сексуальные действия в случае лейсбиянства, что связано как с объективными причинами, так и с тем, что до 1997 года оно не входило в состав преступления и не было объектом судебно-медицинского исследования. В доказательстве насильственного характера этого сексуального действия имеют значение повреждения в области половых органов, молочных желез, а также повреждения, характерные для борьбы и самообороны на теле и одежде. Однако оценку характера возникновения повреждений должен дать следователь.

3. ВОПРОС Что следует понимать под развратными действиями? (УК-1 ПК-1 ПК-2 ПК-3 ПК-5 ПК-7 ПК-8 ПК-9 ПК-10)

ОТВЕТ: Развратные действия (статья 135 У К РФ) — преступление, под которым понимают удовлетворение полового влечения, не связанного с естественным или извращенным половым сношением, в отношении детей до 14-летнего возраста. Это может быть прикосновение руками к половым органам ребенка, трение о половые органы или тело половым членом, онанизм в присутствии ребенка или обучение половым извращениям и т. д.

Освидетельствование детей начинается с опроса, который требует большого такта и умения, потому что дети, с одной стороны, бывают замкнуты, заторможены при обсуждении такой темы, с другой — легко внушаемы и подвержены фантазиям. При осмотре каких-либо повреждений часто не находят или не выявляют изменений в области половых органов, в то время как следственным путем доказаны развратные действия. В этом случае отрицательный результат должен быть объяснен обстоятельствами дела.

В некоторых случаях на слизистой половых органов могут быть различные повреждения в зависимости от характера механических действий: разрывы тканей, повреждения слизистой в виде ссадин или кровоизлияний. Иногда покраснение и воспалительные изменения слизистой половых органов образуются не от механических воздействий, а от других причин: болезней или просто нечистоплотности. Поэтому само выявление таких изменений не является подтвержден см каких-либо действий развратного характера. Тем более, что изменения, вызванные механическим фактором, могут быть обусловлены самим свидетельствуемым. Если они имели место, то на бедрах, руках, ягодицах наблюдаются кровоподтеки и ссадины. Серьезным доказательством развратных действий может служить обнаружение спермы на теле, одежде потерпевших, на постели и тем более, в неожиданных местах, указанных потерпевшим.

4. ВОПРОС Что понимается под «половыми состояниями» и какие из них являются предметом судебно-медицинской экспертизы? (УК-1 ПК-1 ПК-2 ПК-3 ПК-5 ПК-7 ПК-8 ПК-9 ПК-10)

ОТВЕТ: Половые состояния — это специальные состояния, связанные с половой деятельностью и возникающие при расследовании уголовных и гражданских дел. Они могут быть предметом экспертизы в связи с конкретным преступлением или самостоятельно. К ним относятся:

— определение половой неприкосновенности;

— установление бывшего полового сношения;

— определение производительной способности (способности к половому сношению, оплодотворению и зачатию);

— определение спорного отцовства и материнства;

— экспертиза беременности, бывших родов и аборта;

— экспертиза истинного пола.

5. ВОПРОС Каковы особенности судебно-медицинской экспертизы беременности, родов и аборта? (УК-1 ПК-1 ПК-2 ПК-3 ПК-5 ПК-7 ПК-8 ПК-9 ПК-10)

ОТВЕТ: Установление беременности, бывших родов требуется при расследовании дел об изнасиловании, развратньк действиях, детоубийстве, похищении и подкидывании детей, симуляции беременности или бывших родов. Для решения этих вопросов используются изменения в молочных железах, наружных покровах тела, половых органах, в матке, которые свойственны недавним родам или беременности. Применяется ультразвуковая и лабораторная диагностика. Такая экспертиза основана на обычном акушерско-гинеколо-гическом обследовании с участием специалистов.

Установление бывших родов (не позднее месяца после них) при гинекологическом обследовании относительно нетрудно. Помимо обследования женщины (измерение размеров матки, лабораторное исследование) изучают клинику по истории болезни и исследуют ребенка и плод.

Сложнее экспертиза бывшего аборта, то есть прерывания беременности. Он может быть самопроизвольным или искусственным. Первый возникает в связи с многочисленными болезня-. ми и травмами, недоразвитием матки, гормональными сдвигами, стрессовыми состояниями. Способ искусственного аборта бывает механическим, путем выскабливания матки; медикаментозным с использованием медицинских препаратов; химическим, термическим или комбинированным.

Искусственный медицинский аборт проводится по медицинским показаниям в разные сроки, если это связано с опасностью для жизни и здоровья женщины. По желанию женщины в нашей стране аборт разрешен в сроки до 12 недель беременности, по социальным показаниям до — 22 недель.

Криминальный, то есть преступный, аборт проводится независимо от срока вне лечебного учреждения либо в лечебном, но с нарушением установленных правил, тайно в нерабочее время, без составления медицинской документации. Нередко криминальный аборт заканчивается осложнением, приводящим к бесплодию или даже смерти женщины. Чаще всего к таким осложнениям относится перфорация матки, воздушная эмболия, острее кровотечения, инфекции. Такой аборт является незаконным и, согласно статье 123 УК РФ, является преступлением, причем производство аборта лицом, не имеющим высшего медицинского образования или влекущее тяжкие последствия, является отягчающим обстоятельством. Признаки криминального аборта, время и способ его производства тем легче установить, чем раньше начато исследование.

Экспертиза начинается с изучения медицинских документов, данных осмотра места происшествия, которое следует обязательно проводить с участием судмедэксперта. Обследование женщины требует участия акушера-гинеколога, учитываются признаки беременности. Для установления способа аборта проводится исследование наружных половых органов и внутреннее исследование половых путей и матки. При подозрении на химический способ аборта применяют судебно-химическое исследование выделений или соско-ба слизистой матки, а также вещественных доказательств, доставленных с места происшествия или изъятых при обыске. Применяются также цитологическое, бактериологическое исследования.

6. ВОПРОС Как устанавливается истинный пол человека? (УК-1 ПК-1 ПК-2 ПК-3 ПК-5 ПК-7 ПК-8 ПК-9 ПК-10)

ОТВЕТ: Установление истинного пола проводится относительно редко и назначается в случаях ошибочного определения пола при рождении, бракоразводных делах и половых преступлениях, особенно развратных действиях, иногда в гражданских делах. Неопределенное половое состояние, когда имеются внешние признаки мужского и женского пола называются гермафродитизмом (по имени сына греческих богов Гермеса и Афродиты, имевшего признаки обоего пола). Различают истинный гермафродитизм, когда имеются одновременно половые железы обоих полов, и ложный, который характеризуется наличием только мужских или только женских желез при наличии вторичных половых признаков обоих полов.

Такая экспертиза требует исключительно осторожного подхода с соблюдением требований медицинской этики и деонтологии с участием психолога, психиатра, уролога, гинеколога и эндокринолога. При этом необходимо установить общее развитие свидетельствуемого, указав его антропометрические данные, телосложение, размеры таза, развитие и особенности половых органов, половых желез и вторичные половые признаки; выяснить характер полового влечения, наличие или отсутствие выделений, их регулярность и особенности. Иногда требуется стационарное обследование и использование лабораторных методов исследования, в частности мочи и крови, клеток слизистой полости рта, с целью выявления мужского «у» — хроматина или «х» — хроматина, свойственного женскому полу.

**4.Самоконтроль по тестовым заданиям данной темы**

1. СРОК БЕРЕМЕННОСТИ ОПРЕДЕЛЯЮТ ПО (ПК-5)

1) дате полового акта

2) дате последней менструации

3) размеру живота

4) размерам яичников

5) размерам молочных желез

Правильный ответ: 2

1. ПРИЗНАКОМ АБОРТА ЯВЛЯЕТСЯ (ПК-5)

1) наличие частиц плацентарной ткани в полости матки

2) химический ожог шейки матки

3) наличие повреждений стенки матки

4) наличие выделений из влагалища

5) наличие венерического заболевания

Правильный ответ: 1

1. ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ МЕТОДОВ ДЛЯ УСТАНОВЛЕНИЯ НАЛИЧИЯ СПЕРМЫ НА ОБЪЕКТЕ ИСПОЛЬЗУЮТ (ПК-5)

1) контактно-диффузионный метод

2) цветных химических реакций

3) ультразвуковое исследование

4) иммунофлюоресценции

5) рентгенологический метод

Правильный ответ: 4

1. ВОЛОСЫ ДЛЯ СУДЕБНО-БИОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ СЛЕДУЕТ БРАТЬ С ОБЪЕКТА (ПК-5)

1) скальпелем

2) анатомическим пинцетом

3) пинцетом с резиновыми наконечниками

4) хирургическим пинцетом

5) ножом

Правильный ответ: 3

1. ДЛЯ УСТАНОВЛЕНИЯ ПРИНАДЛЕЖНОСТИ ВОЛОСА ЧЕЛОВЕКУ ИЛИ ЖИВОТНОМУ ИСПОЛЬЗУЮТ МЕТОД (ПК-5)

1) цветных отпечатков

2) химический

3) серологический

4) спектрофотометрический

5) контактно-диффузионный

Правильный ответ: 3

1. ВОЛОС ЧЕЛОВЕКА ИМЕЕТ (ПК-5)

1) роговой слой

2) зернистый слой

3) грушевидный слой

4) пигментный слой

5) кутикулу

Правильный ответ: 5

1. ПИГМЕНТ ВОЛОСА ЧЕЛОВЕКА СОДЕРЖИТСЯ В (ПК-5)

1) кутикуле

2) пигментном слое

3) мозговом слое

4) корковом веществе

5) зернистом слое

Правильный ответ: 4

1. ЭМИССИОННЫЙ СПЕКТРАЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ВОЛОС ПОЗВОЛЯЕТ УСТАНОВИТЬ (ПК-5)

1) возраст человека

2) принадлежность волос конкретному человеку

3) сопутствующие заболевания конкретного человека

4) половую принадлежность волос

5) видовую принадлежность волос

Правильный ответ: 5

1. Достоверными признаками полового сношения являются: (ПК-5)

1) нарушение анатомической целости девственной плевы;

2) повреждение влагалища (ссадины);

3) повреждение влагалища (раны);

4) обнаружение в содержимом влагалища текстильных волокон, сходных с одеждой подозреваемого;

5) обнаружение сперматозоидов в содержимом влагалища.

Правильный ответ: 5

1. Под половым сношением понимается**:** (ПК-5)

1) введение полового члена в рот;

2) введение полового члена во влагалище;

3) введение полового члена в преддверие влагалища;

4) манипуляции половым членом между бедер женщины;

5) введение полового члена в ушную раковину;

Правильный ответ: 2

**5. Самоконтроль по ситуационным задачам**

**Задача № 1.** (УК-1 ПК-1 ПК-2 ПК-3 ПК-5 ПК-7 ПК-8 ПК-9 ПК-10)

**ОБСТОЯТЕЛЬСТВА ДЕЛА:** в постановлении указано, что «… 05.02.2012 года в период времени с 05 часов до 10 часа гр. И. находясь в кв. 00 д. 00 по ул. Мира в ….. районе г. К…. совершил насильственные половые акты в отношении гр. К. вводя ей половой член в анальное отверстие, ротовую полость и влагалище».

Свидетельствуемая рассказала, что 05 февраля 2012 года в 06-м часу в квартире неизвестный таскал за волосы, ударил рукой по голове, держал за руки, спустил до колен колготки, совершил половой акт через влагалище без презерватива, при этом ощущала постороннюю жидкость, вводил половой член в рот, при этом посторонней жидкости не ощущала, пытался вводить половой член в задний проход, но из-за отсутствия эрекции не смог. 05 февраля 2012 года дежурным экспертом изъято содержимое заднего свода влагалища и заднего прохода. Сознание не теряла. За медицинской помощью не обращалась. После случившегося принимала твердую и жидкую пищу, чистила зубы, был акт дефекации.

**ЖАЛОБЫ:** на головокружение.

СПЕЦАНАМНЕЗ: менструация с 15 лет, по 3-4 дня через месяц, последняя менструация в конце января 2012 года. Половая жизнь с 18 лет. Имела 3 беременности, закончившиеся одними родами, двумя медицинскими абортами. Последний половой акт до случившегося неделю назад. После случившегося не было. Гинекологические и венерические заболевания отрицает. Заболевания желудочно-кишечного тракта отрицает, акт дефекации 1 раз в сутки. Запоры, поносы отрицает.

**ОБЪЕКТИВНО:** каких-либо телесных повреждений и следов от них не обнаружено.

Оволосение на лобке сбрито, наружные половые органы развиты правильно по женскому типу. Большие половые губы прикрывают малые. Задняя спайка цела, ладьевидная ямка сглажена. Слизистая малых половых губ и преддверия влагалища бледно-розовая. Девственная плева представлена миртовидными сосочками. Слизистая оболочка видимой части стенок влагалища розовая, складчатая, влажная. Из половых путей выделений нет.

Межъягодичная щель средней глубины. Кожа заднего прохода несколько пигментирована, складчатая. Каких-либо повреждений и следов от них в области заднего прохода не выявлено. Тонус наружного и внутреннего сфинктеров выражен хорошо.

На марлевый тампон и 2 предметных стекла для установления или исключения наличия сперматозоидов при судебно-биологическом исследовании изъято содержимое заднего свода влагалища и вместе с контролем марли прилагается к Заключению эксперта.

Направлена в ККВД для установления или исключения вензаболеваний и ВИЧ-инфицирования.

**Вопросы:**

1. Телесные повреждения?
2. Давность нанесения травмы?
3. Степень тяжести вреда причиненного здоровью человека?
4. Жила ли пострадавшая ранее половой жизнью? Есть ли признаки полового акта?
5. Имеются ли у гр. Б. заболевания половых органов, если да, то какие?

Эталон:

* 1. У гр. К. каких-либо телесных повреждений и следов от них, в том числе в области заднего прохода, не обнаружено

2.Ответить на поставленный перед экспертом вопрос не представляется возможным.

3.Тяжесть вреда причиненного здоровью не может быть определена.

4.На момент проведения экспертизы девственная плева у гр. Казаковой как у женщины рожавшей и живущей половой жизнью представлена миртовидными сосочками. Каких-либо свежих повреждений в области наружных половых органов у гр. Казаковой не обнаружено.

5. Ответить на данный вопрос будет возможно после обследования у врача- венеролога в кожно-венерологическом диспансере, куда она направлена для исключения или подтверждения венерических заболеваний и ВИЧ-инфицирования.

**Задача № 2** (УК-1 ПК-1 ПК-2 ПК-3 ПК-5 ПК-7 ПК-8 ПК-9 ПК-10)

**ОБСТОЯТЕЛЬСТВА ДЕЛА:** в постановлении указано, что «05.02.2012 в СО по району ГСУ РФ по КК поступило заявление гр. Л. об изнасиловании. 05.02.2012 н/у лицо в период времени с 05 по 06 часов находясь в районе клуба «…….», в районе ул. Мира пос. …… совершило изнасилование гр. Л. …»

Свидетельствуемая рассказала, что 05 февраля 2012 года около 05 часов в салоне автомобиля незнакомый мужчина демонстрировал нож, снял штаны, колготки, плавки, кофту, совершил один половой акт без использования презерватива, был ли законченный половой акт или нет пояснить не может. Сознание не теряла. За медицинской помощью не обращалась.

**ЖАЛОБЫ:** не предъявляет.

СПЕЦАНАМНЕЗ: менструация с 17 лет, регулярная, по 3-4 дня, через 30-31 день, умеренная. Последняя менструация была 26 января 2012 года. Половая жизнь с 17 лет, не регулярная. Последний половой акт до случившегося был около 3-4 недель назад. После случившегося половые акты отрицает. Гинекологические заболевания отрицает. После случившегося половые органы не мыла.

Отмечает одну беременность, окончилась медицинским абортом в 2004году.

**ОБЪЕКТИВНО:** каких-либо телесных повреждений или следов от них не обнаружено.

При осмотре на гинекологическом кресле: наружные половые органы сформированы правильно, по женскому типу, оволосение на лобке выражено умеренно, большие половые губы прикрывают малые, задняя спайка больших половых губ цела, ладьевидная ямка средней глубины. Девственная плева в прошлом кольцевидной формы, средней мясистости, высотой до 0,5см, толщиной 0,2-0,3см. На 06 часах условного циферблата часов имеется выемка, доходящая до основания девственной плевы, края ее несколько утолщены, бледнее окружающих тканей, при складывании не заходят друг за друга у основания, на дне выемки – тонкий беловатый рубчик, длиной до 0,4см. Отверстие девственной плевы при растяжении пальцами эксперта до 2,5см., свободно пропускает 2 пальца эксперта, сложенных вместе. Кольцо сокращения не определяется. Выделения из половых путей умеренные, слизистого характера. Каких-либо свежих повреждений в области наружных половых органов не выявлено.

**Вопросы:**

1. Телесные повреждения?
2. Давность нанесения травмы?
3. Степень тяжести вреда причиненного здоровью человека?
4. Жила ли пострадавшая ранее половой жизнью? Есть ли признаки полового акта?
5. Имеются ли у гр. Б. заболевания половых органов, если да, то какие?

Эталон:

1. У гр. Л. каких-либо телесных повреждений или следов от них, а так же в области половых органов не выявлено
2. Ответить на поставленный перед экспертом вопрос не представляется возможным.
3. Тяжесть вреда причиненного здоровью не может быть определена.
4. На момент проведения экспертизы обнаружен старый разрыв на девственной плеве, установить давность причинения которого в настоящее время не представляется возможным. Каких-либо свежих повреждений в области наружных половых органов не выявлено.

Содержимое заднего свода влагалища взято на марлевом тампоне и 2 предметных стекла и вместе с контролем марли прилагаются к Заключению эксперта для проведения судебно-биологического исследования с целью установления наличия сперматозоидов.

1. Ответить на данный вопрос будет возможно после обследования у врача- венеролога в кожно-венерологическом диспансере, куда она направлена для исключения или подтверждения венерических заболеваний и ВИЧ-инфицирования.

**Задача № 3** (УК-1 ПК-1 ПК-2 ПК-3 ПК-5 ПК-7 ПК-8 ПК-9 ПК-10)

**ОБСТОЯТЕЛЬСТВА ДЕЛА:** в постановлении указано, что «09.02.2012 года в деж. часть ОП №0МУ МВД России «К…….» обратилась гр. Д., 1952 г.р. которая сообщила, что в период с октября 2011 года по декабрь 2011 года гр. В. совершал действия сексуального характера в отношении дочери гр. Ю. 2009 г.р. …»

В присутствии инспектора л-нта милиции., бабушка (документы не представлены) пояснила, что отец ребенка гр. В. в конце октября 2011 года, когда гулял на улице с ребенком, после туалета девочки вытер половые органы ребенка пальцем. Затем в декабре 2011 года находясь дома, встал утром с постели без трусов и просил ребенка одеть их на него, при этом предлагал трогать половой член руками.

**ЖАЛОБЫ:** не предъявляет.

СПЕЦАНАМНЕЗ: со слов бабушки ребенка, подобные действия до октября 2011 года не отмечала.

**ОБЪЕКТИВНО:** каких-либо телесных повреждений или следов от них не обнаружено.

Наружные половые органы развиты правильно по женскому типу. Большие половые губы не прикрывают малые. Задняя спайка больших половых губ цела, ладьевидная ямка средней глубины. Слизистая оболочка малых половых губ и преддверия влагалища розовая. Девственная плева кольцевидной формы, отверстие девственной плевы малое 0,5-1,0см пропускает кончик пальца эксперта, высотой 0,5-0,6см, тонкая, свободный край ровный. Кольцо сокращения определяется хорошо.

При осмотре межъягодичная щель средней глубины, кожа вокруг заднепроходного отверстия собрана в мягкие лучеобразные складки, слабо пигментированные. Заднепроходное отверстие сомкнуто, в виде небольшого углубления, тонус наружного и внутреннего сфинктеров сохранен, видимая часть отдела прямой кишки без каких либо повреждений. Каких-либо видимых повреждений или следов от них в области половых органов и заднепроходного отверстия не обнаружено.

Содержимое преддверья влагалища на марлевый тампон и предметные стекла для проведения судебно-биологического исследования с целью установления наличия сперматозоидов не бралось в связи с поздним обращением.

Направлена в кожвендиспансер для исключения или подтверждения вензаболеваний и ВИЧ-инфицирования.

**Вопросы:**

1. Телесные повреждения?
2. Давность нанесения травмы?
3. Степень тяжести вреда причиненного здоровью человека?
4. Жила ли пострадавшая ранее половой жизнью? Есть ли признаки полового акта?
5. Имеются ли у гр. Д. заболевания половых органов, если да, то какие?

Эталон:

* 1. У гр. Д. каких-либо телесных повреждений или следов от них не обнаружено
  2. Ответить на поставленный перед экспертом вопрос не представляется возможным.
  3. Тяжесть вреда причиненного здоровью не может быть определена.
  4. На момент проведения экспертизы девственная плева у гр. Ю. в своей анатомической целостности не нарушена. Строение девственной плевы (высокая, хорошо выраженное кольцо сокращения, малое отверстие до 1,0см.) не допускает введение напряженного полового члена за пределы девственной плевы без ее повреждения. Каких-либо видимых повреждений или следов от них в области половых органов и заднепроходного отверстия не обнаружено.
  5. Содержимое преддверья влагалища на марлевый тампон и предметные стекла для проведения судебно-биологического исследования с целью установления наличия сперматозоидов не бралось в связи с поздним обращением.

**Задача № 4** (УК-1 ПК-1 ПК-2 ПК-3 ПК-5 ПК-7 ПК-8 ПК-9 ПК-10)

**ОБСТОЯТЕЛЬСТВА ДЕЛА:** в постановлении указано, что «08.02.2012 года примерно в 23 часа неустановленный мужчина, находясь по адресу: г. К….., проспект Мира, 00-00 совершил насильственный половой акт во влагалище с гр. Л., 1981 г.р.».

Свидетельствуемая рассказала, что 08 февраля 2012 года в 23 часа дома сосед укусил за верхнюю губу, хватал за шею, за руки, за ноги, снял с нее одежду, совершил один половой акт без презерватива, при этом посторонней жидкости не ощущала. Сознание не теряла. За медицинской помощью не обращалась. После случившегося неоднократно мылась, подмывалась.

**ЖАЛОБЫ:** на боли в области наружных половых органов.

СПЕЦАНАМНЕЗ: менструация с 14 лет, по 5-7 дней через месяц, последняя менструация началась 11 февраля 2012 года. Половая жизнь с 19 лет. Имела 2 беременности, закончившиеся одними родами, одним медицинским абортом. Последний половой акт до случившегося 1-2 месяца назад. После случившегося не было. Гинекологические и венерические заболевания отрицает.

**ОБЪЕКТИВНО:** на слизистой верхней губы левее средней линии за красной каймой бледно-багровый горизонтальный полосовидный кровоподтек 0,8х1,5см. Других повреждений не предъявлено.

Оволосение на лобке и наружные половые органы развиты правильно по женскому типу. Большие половые губы прикрывают малые. Задняя спайка цела, ладьевидная ямка сглажена. Слизистая малых половых губ и преддверия влагалища бледно-розовая. Девственная плева представлена миртовидными сосочками. Слизистая оболочка видимых стенок влагалища бледно-розовая, складчатая. Из половых путей менструальные выделения в умеренном количестве.

Направлена в ККВД для установления или исключения вензаболеваний и ВИЧ-инфицирования.

Содержимое заднего свода влагалища на марлевый тампон не изымалось, в связи с поздним обращением на экспертизу.

**Вопросы:**

1. Телесные повреждения?
2. Степень тяжести вреда причиненного здоровью человека?
3. Механизм повреждения?
4. Давность нанесения травмы?
5. Жила ли пострадавшая ранее половой жизнью? Есть ли признаки полового акта?

Эталон:

* 1. У гр. Л. обнаружен кровоподтек на слизистой верхней губы.
  2. Повреждение не влечет за собой кратковременного расстройства здоровья или незначительной стойкой утраты общей трудоспособности и согласно пункту 9 раздела II приказа МЗиСР РФ 194н от 24.04.2008г. расценивается как повреждение, не причинившее вред здоровью человека.
  3. Мог возникнуть от воздействия тупого твердого предмета (предметов). Признаков, свидетельствующих о нанесении собственной рукой не имеет.
  4. Давностью 4-6 суток ко времени проведения экспертизы.
  5. На момент проведения экспертизы девственная плева у гр. Любавиной как у женщины рожавшей и живущей половой жизнью представлена миртовидными сосочками. Каких-либо свежих повреждений и следов от них в области наружных половых органов не обнаружено.

Задача № 5

**ОБСТОЯТЕЛЬСТВА ДЕЛА:** в постановлении указано, что «10.02.2012 в СО по ……. району г. К….. ГСУ СК РФ по КК поступило заявление гр. Х. об изнасиловании. …»

Свидетельствуемая рассказала, что 08 февраля 2012 года около 02 часов в помещении гостиничного комплекса незнакомый мужчина цепочкой сдавливал шею, сдавливал шею рукой, бил головой о зеркало, бил кулаками по волосистой части головы, стеклянным бокалом ударил по волосистой части головы, пнул по грудной клетке, совершил 4-5 половых актов через полость рта без использования презерватива, пытался совершить половой акт через задний проход, половые акты через задний проход категорически отрицает, совершил 4-5 половых актов через влагалище без использования презерватива, половые акты были незаконченными. Сознание не теряла. Чистила зубы, принимала жидкую и твердую пищу. За медицинской помощью обращалась в ГКБ №0

**ЖАЛОБЫ:** на боль в области шеи.

СПЕЦАНАМНЕЗ: менструация с 14 лет, регулярная, по 3-4 дня через 28 дней, умеренная. В настоящий момент 2-ой день менструального цикла. Половая жизнь с 16 лет, не регулярная. Последний половой акт до случившегося был в конце ноября 2011 года. После случившегося половые акты отрицает. Гинекологические заболевания, вензаболевания, заболевания полости рта, желудочно-кишечного тракта отрицает. После случившегося мыла половые органы.

Беременности отрицает.

**ОБЪЕКТИВНО:** на передней поверхности грудной клетки слева в верхней трети овальный зеленоватый кровоподтек, 4,5х2,5см. Других повреждений не предъявлено. На шее мягкий воротник «Шанса».

Оволосение на лобке и наружные половые органы развиты правильно по женскому типу. Большие половые губы прикрывают малые. Задняя спайка больших половых губ цела, ладьевидная ямка средней глубины. Слизистая оболочка малых половых губ и преддверия влагалища бледно-розовая. Девственная плева кольцевидной формы, высотой менее 0,4 см, тонкая, эластичная, легкорастяжимая свободный край ровный, величина отверстия более 2,5см. Каких либо видимых повреждений или следов от них в области половых органов не выявлено.

Содержимое заднего свода влагалища взято на марлевом тампоне и 2 предметных стекла и вместе с контролем марли прилагаются к Заключению эксперта для проведения судебно-биологического исследования с целью установления наличия сперматозоидов.

Направлена в кожвендиспансер для исключения или подтверждения вензаболеваний и ВИЧ-инфицирования.

**Вопросы:**

1.Телесные повреждения?

2. Степень тяжести вреда причиненного здоровью человека?

3. Механизм повреждения?

4. Давность нанесения травмы?

5. Жила ли пострадавшая ранее половой жизнью? Есть ли признаки полового акта?

Эталон:

1. У гр. Х. обнаружен (1) кровоподтек на грудной клетки.
2. Повреждение не влечет за собой кратковременного расстройства здоровья или незначительной стойкой утраты общей трудоспособности и, согласно пункту 9 раздела II приказа МЗ и СР РФ №194н от 24.04.2008г, расценивается как повреждение, не причинившие вред здоровью человека
3. Мог возникнуть от одного и более воздействия тупого твердого предмета (предметов), при любых обстоятельствах
4. Давностью не менее 2-4 суток ко времени проведения экспертизы.

5. На момент проведения экспертизы девственная плева в своей анатомической целостности не нарушена. Строение девственной плевы (легкорастяжимая, невысокая, слабовыраженное кольцо сокращения, отверстие более 2,5см.) допускает введение напряженного полового члена за пределы девственной плевы без ее повреждения. Каких либо видимых повреждений или следов от них в области половых органов не выявлено.

Содержимое заднего свода влагалища взято на марлевом тампоне и 2 предметных стекла и вместе с контролем марли прилагаются к Заключению эксперта для проведения судебно-биологического исследования с целью установления наличия сперматозоидов.

**6. Перечень практических умений по изучаемой теме**

- установить причину смерти; (УК-1 ПК-1 ПК-2 ПК-3 ПК-5 ПК-7 ПК-8 ПК-9 ПК-10)

- провести судебно-медицинское исследование трупа при различных видах насильственной смерти; (УК-1 ПК-1 ПК-2 ПК-3 ПК-5 ПК-7 ПК-8 ПК-9 ПК-10)

- определить степень тяжести телесных повреждений; (УК-1 ПК-1 ПК-2 ПК-3 ПК-5 ПК-7 ПК-8 ПК-9 ПК-10)

- установить причинно-следственную связь между повреждением и неблагоприятным исходом; (УК-1 ПК-1 ПК-2 ПК-3 ПК-5 ПК-7 ПК-8 ПК-9 ПК-10)

- организовать судебно-медицинскую экспертизу вещественных доказательств (изъять, упаковать и направить объекты судебно-медицинской экспертизы на лабораторные исследования); (УК-1 ПК-1 ПК-2 ПК-3 ПК-5 ПК-7 ПК-8 ПК-9 ПК-10)

**7. Рекомендации по выполнению НИР**

Примерная тематика по НИР по теме - не предусмотрена.

**8. Рекомендованная литература по теме занятия (обязательная, дополнительная, электронные ресурсы, включая законодательные и нормативно-правовые документы)**

**Занятие № 71**

**1. Индекс: ОД.О.01.1.11.101 Тема: «Организация и методика проведения экспертиз по материалам дела».**

**2. Форма организации занятия:** подготовка к практическому занятию.

**3. Перечень вопросов для самоподготовки по теме практического занятия:**

1. ВОПРОС Судебно-медицинская экспертиза по материалам уголовных дел о привлечении к уголовной ответственности медицинских работников за профессиональные и профессионально-должностные преступления? (УК-1. УК-2, УК-3, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9)

ОТВЕТ: СМЭ по указанной категории дел проводится экспертной комиссией (см. комиссионная экспертиза), с включением в состав экспертных комиссий высококвалифицированных специалистов соответствующего профиля. В последние годы отмечается рост производства СМЭ в рамках рассмотрения «гражданских исков» на ненадлежащее оказание медицинской помощи. Все многообразие нарушений и дефектов в профессиональной деятельности медицинских работников можно разделить на следующие группы: 1) юридически не обоснованные дела: 2) врачебные ошибки; 3) уголовно наказуемые неосторожные действия; 4) умышленные преступления. К уголовно ответственности врачи привлекаются при совершении умышленных преступлений, а также при неосторожных действиях, если они повлекли за собой существенный вред государственным и общественным интересам, либо причинили вред здоровью граждан. В других случаях врачи могут привлекаться к административной или дисциплинарной ответственности.

2. ВОПРОС Медицинская документация, как источник доказательств. (УК-1. УК-2, УК-3, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9)

ОТВЕТ: М.Д. является источником доказательств по уголовным и гражданским делам, имеет большое значение; обязательно используется при производстве судебно-медицинских экспертиз.

3. ВОПРОС На территории РФ деятельность «О трансплантации органов и (или) тканей человека» регламентируется законом от 22 декабря 1992 года съезда народных депутатов РФ и Верховного Совета. Основная направленность закона (УК-1. УК-2, УК-3, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9)

ОТВЕТ: Основная направленность закона - «Пересадка органов и (или) тканей человека является средством спасения жизни и восстановления здоровья граждан, причем трансплантация рассматривается как особая медицинская операция, применяемая только в том случае, когда другие средства не могут гарантировать сохранение жизни. Возможна пересадка только с согласия как донора, так и реципиента, показания определяет консилиум. При изъятии органов у трупов важнейшим является положение о презумпции согласия на изъятие органов и тканей и является дискуссионным, т.е. умерший человек должен высказать при жизни несогласие (согласие), а после наступления смерти его законные представители.

Находясь в психотравмирующей ситуации, родственники умершего не могут задуматься о проблеме сохранения жизни другого человека путем пересадки органов (тканей) и принять разумное решение. Важнейшим положением, допускающим изъятие органов и тканей у трупа, является констатация смерти, зафиксированная консилиумом врачей-специалистов. Говоря о смерти, в Законе говорится о смерти головного мозга (обреченность организма, невозможность восстановления) и в то же время в общебиологическом плане – смерть это исход жизни, который наступает с последним сокращением сердца. Это тоже дискуссионный момент.

**4. Самоконтроль по тестовым заданиям данной темы**

1. СТАТЬЯ ГРАЖДАНСКО-ПРОЦЕССУАЛЬНОГО КОДЕКСА,

РЕГЛАМЕНТИРУЮЩАЯ ПОРЯДОК ПРОВЕДЕНИЯ ЭКСПЕРТИЗЫ ПО ДЕЛУ (ПК -5)

* 1. Ст. 81
  2. Ст. 82
  3. Ст. 83
  4. Ст. 84
  5. Ст. 105

Правильный ответ:4

1. СТАТЬЯ ГРАЖДАНСКО-ПРОЦЕССУАЛЬНОГО КОДЕКСА, В

КОТОРОЙ ЗАКРЕПЛЕНЫ ОБЯЗАННОСТИ И ПРАВА ЭКСПЕРТА (ПК -5)

* 1. Ст. 83
  2. Ст. 84
  3. Ст. 85
  4. Ст. 86
  5. Ст. 105

Правильный ответ:3

1. СТАТЬЯ АРБИТРАЖНО-ПРОЦЕССУАЛЬНОГО КОДЕКСА,

РЕГЛАМЕНТИРУЮЩАЯ ПОРЯДОК НАЗНАЧЕНИЯ ЭКСПЕРТИЗЫ ПО ДЕЛУ (ПК -5)

* 1. Ст. 81
  2. Ст. 82
  3. Ст. 83
  4. Ст. 84
  5. Ст. 105

Правильный ответ:2

1. НЕОБХОДИМОСТЬ ПРОВЕДЕНИЯ СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКОЙ

ЭКСПЕРТИЗЫ ПО МАТЕРИАЛАМ СЛЕДСТВЕННЫХ ДЕЛ НЕ

ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ СЛЕДУЮЩИМИ ОБСТОЯТЕЛЬСТВАМИ (ПК -5)

* 1. Отсутствие первичной экспертизы
  2. Недостаточность ранее проведенной экспертизы
  3. Сомнение в правильности выводов ранее проведенной экспертизы
  4. Жалобы со стороны потерпевших или их родственников
  5. Истечение срока давности с момента производства первичной экспертизы

Правильный ответ:5

1. ВИДЫ СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ ПО

МАТЕРИАЛАМ СЛЕДСТВЕННЫХ ДЕЛ (ПК -5)

* 1. Уголовная
  2. Гражданская
  3. Зависимая
  4. Первичная
  5. Независимая

Правильный ответ:4

1. СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКУЮ ЭКСПЕРТИЗУ ПО МАТЕРИАЛАМ СЛЕДСТВЕННЫХ ДЕЛ НЕ НАЗНАЧАЮТ (ПК-5)
   1. Суду
   2. Следователю
   3. Прокурору
   4. Адвокату
   5. Сторожу

Правильный ответ:4

1. В ВВОДНОЙ ЧАСТИ ЗАКЛЮЧЕНИЯ, В СЛУЧАЯХ ПРОВЕДЕНИИ

СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ ПО МАТЕРИАЛАМ

СЛЕДСТВЕННЫХ ДЕЛ ГРУППОЙ ЭКСПЕРТОВ, НЕ УКАЗЫВАЮТСЯ СЛЕДУЮЩИЕ ДАННЫЕ (ПК-5)

* 1. Основание для производства экспертизы
  2. Дата и место производства
  3. Должности, звания и стаж работы каждого эксперта
  4. Председатель и состав экспертной комиссии
  5. Материалы, использованные экспертами

Правильный ответ:4

1. НАЗВАНИЕ ДОКУМЕНТА, ОФОРМЛЯЕМОГО В СЛУЧАЯХ

ПРОВЕДЕНИЯ СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ ПО

МАТЕРИАЛАМ СЛЕДСТВЕННЫХ ДЕЛ ГРУППОЙ ЭКСПЕРТОВ (ПК-5)

* 1. Заключение экспертов
  2. Заключение комиссионной судебно-медицинской экспертизы
  3. Акт комиссионной судебно-медицинской экспертизы
  4. Заключение комплексной судебно-медицинской экспертизы
  5. Заключение первичной судебно-медицинской экспертизы

Правильный ответ:1

1. РЕЗУЛЬТАТЫ СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ ПО МАТЕРИАЛАМ СЛЕДСТВЕННЫХ ДЕЛ В СООТВЕТСТВИИ С

ЗАКОНОДАТЕЛЬСТВОМ РФ ОФОРМЛЯЮТСЯ (ПК-5)

* 1. Заключением эксперта(ов)
  2. Актом судебно-медицинской экспертизы
  3. Протоколом
  4. Справкой
  5. Заключением комиссионной судебно-медицинской экспертизы

Правильный ответ:1

1. В СЛУЧАЕ ПРОВЕДЕНИЯ СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКОЙ

ЭКСПЕРТИЗЫ ПО МАТЕРИАЛАМ СЛЕДСТВЕННЫХ ДЕЛ ГРУППОЙ ЭКСПЕРТОВ ОДНОЙ СПЕЦИАЛЬНОСТИ ЗАКОНОДАТЕЛЬСТВОМ РФ ПРЕДСЕДАТЕЛЬ (ПК-5)

* 1. Предусмотрен
  2. Не предусмотрен
  3. По желанию адвоката
  4. По требованию следователя
  5. Общим собранием экспертов

Правильный ответ:2

**5. Самоконтроль по ситуационным задачам**

Задача № 1. (УК-1 УК-2 УК-3 ПК-1 ПК-2 ПК-3 ПК-5 ПК-6 ПК-8 ПК-9)

Поводом для назначения СМЭ явилось принятое районным судом заявление гр-ки О., 40 лет, с жалобой на причинение ей вреда здоровью в результате лечения больного зуба в городской стоматологической поликлинике. Из представленной на экспертизу медицинской карты амбулаторного больного следует, что гр-ка О. обратилась в стоматологическую поликлинику 5 декабря 1997 г. в связи с приступообразными болями разлитого характера в левой половине нижней челюсти, усиливающимися по ночам. После осмотра и рентгенологического исследования ей был поставлен диагноз: глубокий кариес, острый гнойный диффузный пульпит 6-го зуба нижней челюсти слева. С целью девитации пульпы на дно кариозной полости была наложена мышьяковистая паста. Больной назначен повторный прием через день. Однако в связи с исчезновением болей гр-ка О. посетила стоматолога лишь спустя 1 нед. по причине болевых ощущений пульсирующего характера. При осмотре 12 декабря 1997 г. врачом отмечена резкая болезненность при постукивании

по «причинному» зубу, болезненность при смыкании и накусывании. 6-й зуб нижней челюсти слева подвижен, десна вокруг него отечна и гиперемирована, региональные лимфатические узлы увеличены и болезненны при пальпации, На рентгенограмме выявлено расширение периодонтальной щели с развитием некротического процесса в альвеоле зуба и распространение кариозной полости на зубную камеру. Поставлен диагноз: острый гнойный периодонтит. В качестве экстренного вмешательства произведены экстракция зуба и периостотомия. Больная госпитализирована и находилась под наблюдением врачей в течение 5 дней. СМЭ произведена спустя 1 мес. после выписки из стационара. Больная жалоб не предъявляла, отмечено отсутствие 6-го зуба нижней челюсти слева, лунка зуба полностью закрыта, заполнена сетью балок губчатого вещества, края сглажены.

1. Какие заболевания или патологические состояния выявлены в ходе экспертизы, каковы причины и условия их возникновения?

2. Имели ли место осложнения диагностических и лечебных манипуляций?

3. Своевременно и в полном ли объеме была оказана квалифицированная медицинская помощь?

4. Какие конкретные нарушения и дефекты допущены в оказании медицинской помощи?

5. Имеется ли, с медицинской точки зрения, прямая причинная связь между

проведенными врачебными манипуляциями и неблагоприятным исходом лечения?

Эталон ответа

1. При проведении экспертизы установлено, что у гр… имел место

глубокий кариес, острый гнойный диффузный пульпит 6-го зуба нижней челюсти слева, осложнившийся острым гнойным периодонтитом.

2. В данном случае не имело места осложнение лечебных или диагностических манипуляций.

3. При проведении медицинских манипуляций больной была оказана

медицинская помощь в полном объеме.

4. При оказании медицинской помощи нарушения или дефекты в оказании медицинской помощи допущены не были.

5. Между проведенными врачебными манипуляциями и неблагоприятным исходом лечения не имеется причинной связи.

Задача № 2. (УК-1 УК-2 УК-3 ПК-1 ПК-2 ПК-3 ПК-5 ПК-6 ПК-8 ПК-9)

Комиссионная СМЭ назначена в связи с принятым районной прокуратурой заявлением родственников гр-на К., 19 лет, по поводу его смерти во

время лечения в стоматологической поликлинике. В медицинской карте амбулаторного больного имеется запись о том, что К. обратился за стоматологической помощью по поводу резкой болезненности в области нижней челюсти слева. При объективном осмотре отмечалась незначительная отечность левой щеки. Слизистая оболочка десны 5-7-го

зубов нижней челюсти слева отечна, гиперемирована, болезненна при дотрагивании. На жевательной поверхности 6-го зуба имеется глубокая кариозная полость, сообщающаяся с полостью зуба. Поставлен диагноз: глубокий кариес, обострение хронического периодонтита. Для изоляции кариозной полости от слюны при медицинской обработке канала 6-го зуба со стороны преддверия и со стороны собственно полости рта были помещены ватные тампоны, по 2 с каждой стороны. После данной процедуры больной внезапно посинел и стал задыхаться, «хватать ртом воздух», прижимая руки к груди и вскоре потерял сознание. Тотчас были начаты реанимационные мероприятия с проведением закрытого массажа сердца и искусственного дыхания, которые оказались неэффективными и через 15 мин констатирована смерть. В представленном экспертной комиссии заключении первичной экспертизы трупа отражены следующие сведения. Кожные покровы лица и шеи синюшного оттенка, в соединительных оболочках глаз - мелкоточечные кровоизлияния. Наружные слуховые проходы и носовые ходы чисты и свободны. В ротовой полости имеются 3 ватных тампона. 6-й зуб нижней челюсти слева кариозно изменен, десна вокруг отечная, красноватой окраски. При вскрытии мягких тканей десны в области 6-го зуба нижней челюсти слева выделилось около 1 мл вязкой мутноватой жидкости. При внутреннем исследовании в просвете гортани между голосовыми складками обнаружено инородное тело в виде ватного тампона размером 5x2 см. Ткань легких вздута, под легочной плеврой имеются точечные кровоизлияния. Внутренние органы на разрезе полнокровны, с темно-красным оттенком, в сосудах и полостях сердца — темная жидкая кровь. Просвет трахеи и бронхов свободен. Других патологических изменений не обнаружено.

1. Какие заболевания или патологические состояния выявлены в ходе экспертизы, каковы причины и условия их возникновения?

2. Имели ли место осложнения диагностических и лечебных манипуляций?

3. Какие конкретные нарушения и дефекты допущены в оказании медицинской помощи?

4. Мог ли быть предотвращен неблагоприятный исход при своевременном и

правильном оказании медицинской помощи?

5. Имеется ли, с медицинской точки зрения, прямая причинная связь между

проведенными врачебными манипуляциями и неблагоприятным исходом лечения?

Эталон ответа

1. При проведении экспертизы установлено, что причиной смерти гр

гр… явилась обтурационная механическая асфиксия в результате закрытия

дыхательных путей ватным тампоном.

2. В данном случае имело место осложнение медицинских манипуляций.

3. При проведении медицинских манипуляций больному не были зафиксированы ватные тампоны.

4. При правильном установлении причины возникшего состояния и

своевременного оказания соответствующей медицинской помощи неблагоприятный исход мог быть предотвращен.

5. Между проведенными врачебными манипуляциями и неблагоприятным исходом имеется прямая причинная связь.

Задача № 4. (УК-1 УК-2 УК-3 ПК-1 ПК-2 ПК-3 ПК-5 ПК-6 ПК-8 ПК-9)

Из постановления о назначении комиссионной СМЭ следует, что 22

апреля 1999 г. в районную прокуратуру поступила жалоба гр-на Д., 30 лет, о

причинении ему вреда здоровью вследствие удаления в городской стоматологической поликлинике 4-го зуба нижней челюсти справа.

Из медицинской карты амбулаторного больного известно, что 18 февраля 2003 г. Д. обратился в поликлинику с жалобами на постоянные ноющие боли в области 4-го зуба нижней челюсти справа, усиливающиеся при жевании. Пои объективном осмотре выявлено: слизистая десны в области 4-5 зубов гиперемированная, отечная, болезненная при пальпации. Коронка 4 зуба тускло-серого цвета. На его жевательной поверхности имеется глубокая кариозная полость, сообщающаяся с полостью зуба. На основании инструментального и рентгенологического исследования поставлен диагноз: обострение хронического периодонтита 4 зуба нижней челюсти справа, 2 степень подвижности. Больному предложено удаление патологически измененного зуба, на что получено согласие. Как следует из объяснительной записки врача С., при проведении анестезии, не посмотрев внимательно на этикетку флакона, он ошибочно вместо 2% раствора новокаина ввел нашатырный спирт. В дальнейшем, не посоветовавшись с коллегами, врач С. произвел экстракцию зуба под инфильтрационной анестезией, используя 1% раствор новокаина. Через 3 дня Д. был госпитализирован в отделение челюстно-лицевой хирургии больницы скорой медицинской помощи с жалобами на пульсирующие боли в области нижней челюсти справа, затруднение акта жевания, повышение температуры тела до 39 °С. При объективном осмотре отмечается резкий отек мягких тканей десны нижней челюсти справа с переходом на слизистую оболочку щеки, где обнаружен участок некроза, размерами 2,5x1,0 см, покрытый гноевидным налетом. Под внутривенным наркозом 20% раствором оксибутирата натрия в количестве 50 мл произведено хирургическое иссечение патологически измененных тканей десны с захватом слизистой оболочки правой щеки. После антибактериальной и общеукрепляющей терапии больной на 15-й день выписан из стационара в удовлетворительном состоянии. В ходе экспертизы гр-на Д., проведенной через 1 мес после выписки из стационара, отмечено, что правая щека несколько западает относительно левой, артикуляция не нарушена, движения в височно-нижнечелюстных суставах совершаются в полном объеме. На слизистой оболочке десны с переходом на правую щеку определяется уплотненный участок тускло-белесоватого цвета с неровной поверхностью, размером 4x3 см, стягивающий окружающую ткань. 4-й зуб нижней челюсти справа отсутствует, зубная лунка заращена. Других изменений не обнаружено.

1. Какие заболевания или патологические состояния выявлены в ходе экспертизы, каковы причины и условия их возникновения?

2. Имели ли место осложнения диагностических и лечебных манипуляций?

3. Своевременно и в полном ли объеме была оказана квалифицированная медицинская помощь?

4. Какие конкретные нарушения и дефекты допущены в оказании медицинской помощи?

5. Имеется ли, с медицинской точки зрения, прямая причинная связь между

проведенными врачебными манипуляциями и неблагоприятным исходом лечения

Эталон ответа

1. При проведении экспертизы установлено, что у гр… имело место

гнойно-некротическое воспаление мягких тканей десны нижней челюсти

справа. Данное заболевание возникло в результате введение в мягкие ткани

десны нашатырного спирта и 1% раствора новокаина.

2. В данном случае имело место осложнение лечебной манипуляции -

удаления патологически измененного 4 зуба нижней челюсти справа.

3. После возникновения осложнения больному была оказана квалифицированная медицинская помощь в полном объеме, произведено хирургическое иссечение патологически измененных тканей десны с захватом слизистой оболочки правой щеки, с последующей антибактериальной и общеукрепляющей терапией.

4. При проведении анестезии, врачом ошибочно вместо 2% раствора

новокаина в мягкие ткани десны нижней челюсти справа введен нашатырный

спирт.

5. Между проведенными врачебными манипуляциями и неблагоприятным исходом лечения имеется прямая причинная связь.

Задача № 4. (УК-1 УК-2 УК-3 ПК-1 ПК-2 ПК-3 ПК-5 ПК-6 ПК-8 ПК-9)

Поводом для назначения комиссионной СМЭ явилось принятое районной прокуратурой заявление гр-ки В., 45 лет, из которого следовало, что при обращении за медицинской помощью в частный стоматологический кабинет ей был причинен вред здоровью в связи с неправильными действиями врача К. В представленной на экспертизу медицинской карте имеются сведения о том, что при обращении в стоматологический кабинет В. отмечала боль в области верхней челюсти справа, имеющую разлитой характер и усиливающуюся при легком постукивании по продольной оси 2-го премоляра. Больная жаловалась на удлинение пораженного зуба, который при закрытии рта соприкасался с зубом противоположной челюсти, что вызывало острую боль. Врачом было рекомендовано вскрытие канала 2-го премоляра по поводу предполагаемого острого периодонтита. Во время врачебной манипуляции больная почувствовала острую боль, иррадиирующую в верхний отдел правой щеки и скуловую область. Врач К. не нашел объективных причин для объяснения этой боли и после вскрытия канала наложил фосфатно цементную пломбу, назначив повторный прием через 2 дня. К вечеру состояние В. резко ухудшилось, появились ноющие боли в области правой щеки. Больная обратилась в отделение челюстно-лицевой хирургии больницы скорой медицинской помощи, где после осмотра и рентгенологического исследования лицевой части черепа поставлен диагноз: перфорация правой гайморовой пазухи в результате создания дренажа через канал корня 2-го премоляра верхней челюсти справа. Была проведена операция — радикальная антротомия правой гайморовой пазухи. Период стационарного лечения составил 23 дня. Больная выписана в удовлетворительном состоянии. СМЭ проведена через 10 дней по медицинским документам.

1. Какие заболевания или патологические состояния выявлены в ходе экспертизы, каковы причины и условия их возникновения?

2. Имели ли место осложнения диагностических и лечебных манипуляций?

3. Своевременно и в полном ли объеме была оказана квалифицированная медицинская помощь?

4. Какие конкретные нарушения и дефекты допущены в оказании медицинской помощи?

5. Имеется ли, с медицинской точки зрения, прямая причинная связь между

проведенными врачебными манипуляциями и неблагоприятным исходом лечения

Эталон ответа

1. При проведении экспертизы установлено, что у гр… имела место

перфорация правой гайморовой пазухи. Данное повреждение возникло в результате создания дренажа через канал корня 2-го премоляра верхней челюсти справа.

2. В данном случае имело место осложнение диагностической манипуляции - вскрытие канала 2-го премоляра по поводу предполагаемого острого

периодонтита.

3. После возникновения осложнения больной была оказана квалифицированная медицинская помощь не в полном объеме, в частности не установлена причина возникновения во время врачебной манипуляции острой боли, иррадиирующей в верхний отдел правой щеки и скуловую область.

4. Не было проведено рентгенологическое исследование корня 2-го

премоляра верхней челюсти справа.

5. Между проведенными врачебными манипуляциями и неблагоприятным исходом лечения прямая причинная связь.

Задача № 5. (УК-1 УК-2 УК-3 ПК-1 ПК-2 ПК-3 ПК-5 ПК-6 ПК-8 ПК-9)

В районную прокуратуру поступило заявление от гр-на С., 25 лет, с жалобой на врачей-стоматологов районной поликлиники о причинении ему вреда здоровью, что повлекло за собой длительное стационарное и амбулаторное лечение. Из представленной на экспертизу медицинской карты амбулаторного больного следует, что 10 мая 2003 г. гр-н С. обратился к врачу по поводу травмы центрального и бокового резца верхней челюсти слева. В результате осмотра и рентгенологического исследования был поставлен диагноз: перелом корня 2-го резца, отлом 2/3 коронки 1-го резца верхней челюсти слева. Удален боковой резец. Левый центральный резец депульпирован и запломбирован. Через 1 нед на основании заключения врача-стоматолога терапевтического отделения об успешном пломбировании канала центрального резца начато ортопедическое лечение. На 9 день после травмы культя со штифтом 1 -го левого верхнего резца фиксирована на цемент, а мостовидный протез с облицовкой установлен с опорой на коронки 1-го и 3-го зубов верхней челюсти. На следующий день после фиксации мостовидного протеза в области центрального резца появилась болезненность, усиливающаяся при накусываниии перкуссии. На рентгенограмме выявлено, что пломбировочный материал не доходил до верхушки корня на 1,5-2 мм, штифт занимал 2/3 длины корня, а в периапикальной зоне имелось незначительное расширение периодонтальной

щели. Назначены внутрь антибиотики и полоскание рта раствором фурацилина в разведении 1:5000. Спустя 1 сут отмечены повышение температуры тела до 38° С, нарастание воспалительных явлений с усилением болевых ощущений, гиперемия и припухлость десен, выбухание слизистой по переходной складке верхних центральных резцов, которые стали подвижными. Поставлен диагноз: острый гнойный периостит верхней челюсти; произведен разрез по верхнему краю выбухания слизистой с дренированием образовавшейся полости. Назначены антибиотики и анальгетики. В последующие 4 дня отмечалось состояние средней тяжести. Пальпация в области центральных резцов болезненна, из десневых карманов выделяется гной. На рентгенограмме в области этих зубов костная ткань альвеолярных отростков разрушена, периодонтальные щели расширены, прерывистые контуры отграничивают пораженную зону от здоровой ткани. В дальнейшем из-за перехода гнойного периодонтита в остеомиелит были удалены центральные резцы и левый клык с проведением секвестротомии. Больной находился на стационарном лечении и последующем амбулаторном наблюдении в течение 40 дней. Экспертиза проводилась по медицинским документам, имеющимся в материалах дела.

1. Какие заболевания или патологические состояния выявлены в ходе экспертизы, каковы причины и условия их возникновения?

2. Имели ли место осложнения диагностических и лечебных манипуляций?

3. Своевременно и в полном ли объеме была оказана квалифицированная медицинская помощь?

4. Какие конкретные нарушения и дефекты допущены в оказании медицинской помощи?

5. Имеется ли, с медицинской точки зрения, прямая причинная связь между

проведенными врачебными манипуляциями и неблагоприятным исходом лечения

Эталон ответа

1. При проведении экспертизы установлено, что у гр… имел место

острый гнойный периостит верхней челюсти с развитием остеомиелита и последующей секвестротомией и удалением центральных резцов и левого клыка.

2. В данном случае имело место осложнение лечебных манипуляций -

депульпирования и пломбирования левого центрального резца.

3. При проведении медицинских манипуляций больной была оказана

квалифицированная медицинская помощь в полном объеме.

4. При оказании медицинской помощи были допущены следующие де-

фекты лечебных манипуляций - пломбировочный материал не доходил до

верхушки корня на 1,5-2 мм, штифт занимал 2/3 длины корня, что вызвало

возникновение воспалительного процесса.

5. Между проведенными врачебными манипуляциями и неблагоприятным исходом.

**6. Перечень практических умений по изучаемой теме**

-применять на практике основы законодательства РФ о здравоохранении и директивные документы, определяющие деятельность органов и учреждений здравоохранения; (УК-1 УК-2 УК-3 ПК-1 ПК-2 ПК-3 ПК-5 ПК-6 ПК-8 ПК-9)

-оформлять типовые формы медицинской документации для бюро судебно-медицинской экспертизы. (УК-1 УК-2 УК-3 ПК-1 ПК-2 ПК-3 ПК-5 ПК-6 ПК-8 ПК-9)

**7. Рекомендации по выполнению НИР**

Примерная тематика по НИР по теме - не предусмотрена.

**8. Рекомендованная литература по теме занятия (обязательная, дополнительная, электронные ресурсы, включая законодательные и нормативно-правовые документы)**

**Занятие № 72**

**1. Индекс: ОД.О.01.1.11.102 Тема:** «Врачебная этика и деонтология. Ятрогенные заболевания. Профессиональные и процессуально-должностные правонарушения медицинских и фармацевтических работников и ответственность за них по УПК РФ (преступления, неосторожные действия)».

**2. Форма организации занятия:** подготовка к практическому занятию.

**3. Перечень вопросов для самоподготовки по теме практического занятия:**

1. ВОПРОС В чем особенность организации и методики экспертизы по материалам дела? УК-1 УК-2 УК-3 ПК-1 ПК-2 ПК-3 ПК-5 ПК-6 ПК-8 ПК-9

ОТВЕТ: Получив материалы уголовного (гражданского) дела, начальник Бюро СМЭ как председатель экспертной комиссии знакомится с его содержанием, обращает внимание на изложенные в постановлении о назначении экспертизы обстоятельства и вопросы, на полноту представленных медицинских документов, их подлинность. При летальном исходе — на наличие протоколов патологоанатомического или судебно-медицинского исследования трупа, протокола клинико-анатомической конференции, заседания лечебно-контрольной комиссии, амбулаторной карты, акта судебно-медицинского освидетельствования. При отсутствии необходимых документов судмедзксперт письменно запрашивает их через следователя или суд, назначивших экспертизу.

Затем председатель препровождает дело в отдел сложных экспертиз, заведующий которым приглашает высококвалифицированных экспертов в состав комиссии, чтобы всесторонне изучить медицинские документы.

Изложить материалы поручается одному из су-дебно-медицинских экспертов — секретарю.

После этого члены экспертной комиссии собираются для составления и обсуждения выводов в соответствии с поставленными следствием или судом вопросами. Как и всегда, эксперты могут, проявляя инициативу, отметить и те положения, которые не выдвинуты судебно-следственными органами, но без которых не все представляется однозначно понятным или убедительным.

После изучения и изложения представленных на экспертизу документов начинается заключительная часть работы — ответы на вопросы. Этот раздел вытекает и основывается на предыдущем. Причем не на субъективных, а лишь на объективных данных каждого документа. Что касается первых (жалобы потерпевшего, показания свидетелей или подозреваемого), то они могут использоваться для подтверждения или исключения того или иного суждения. Каждый ответ должен быть конкретным, четко изложенным с исключением другого толкования. Иногда допустима вероятностная форма, когда данных для конкретного ответа нет. Выводы должны согласовываться с обстоятельствами дела. Однако это не означает, что они обязательно должны быть подтверждающими, они могут и исключить представленную следователем или судом версию. Эксперты могут отказаться от решения того или иного вопроса, только известив о мотивах отказа:

отсутствие или недостаток (например, некачественное описание повреждения) документов, выходящие за пределы компетенции судебно-ме-дицинского эксперта вопросы. Ответы на поставленные вопросы начинаются со слов: «Изучив материалы дела (перечислить, что еще было проведено и изучено комиссией), в соответствии с поставленными вопросами судебно-медицинская экспертная комиссия приходит к следующим выводам: ...(следует текст ответов на поставленные вопросы). Составленный документ имеет официальное название «Заключение, (экспертиза по материалам дела)».

2. ВОПРОС В чем особенность назначения и проведения судебно-медицинской экспертизы по делам о правонарушении медицинских работников? УК-1 УК-2 УК-3 ПК-1 ПК-2 ПК-3 ПК-5 ПК-6 ПК-8 ПК-9

ОТВЕТ: В основном соблюдаются правила проведения экспертизы по материалам уголовного дела. Однако судебно-медицинская экспертиза по подозрению в профессиональном преступлении медицинского работника обычно назначается после предварительной служебной (административной) проверки, которая поручается прокурором (или следователем) опытным специалистам соответствующей специальности из другого лечебно-профилактического учреждения. Эти специалисты, изучив подлинники представленных им медицинских документов, составляют акт служебной проверки, в заключении которого указывают, имеются ли дефекты в диагностике или лечении и не могли ли они привести к неблагоприятным последствиям с учетом этой проверки, либо выносится постановление о назначении судебно-медицинской экспертизы, либо дается разъяснение на жалобу об отсутствии оснований в проведении судебно-медицинской экспертизы и возбуждении уголовного дела. Другой особенностью такой экспертизы по сравнению с экспертизой по материалам дела является изучение при необходимости также первичных материалов обследован!-я больного, а не только их интерпретации. Например, повторное изучение гистологических препаратов, повторное получение рентгенограмм и их изучение и т. д.

3. ВОПРОС В каких законах федерального уровня заложена регламентация медицинской деятельности в области охраны здоровья? УК-1 УК-2 УК-3 ПК-1 ПК-2 ПК-3 ПК-5 ПК-6 ПК-8 ПК-9

ОТВЕТ: Юридические основы врачебной деятельности содержатся в следующих законодательных документах:

— Конституция Российской Федерации (ст. 41).

— Основы законодательства РФ об охране здоровья граждан.

— О медицинском страховании граждан в РФ.

— О внесении изменений в Положение о медицинском страховании.

— О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании.

— О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения.

— О трансплантации органов (или) тканей человека.

— О предупреждении распространения БИЧ-инфекции на территории РФ.

— О дополнительных мерах по охране мате-ринстБа и детства.

— О наркотических средствах и психотропных веществах.

Помимо этого ряд основополагающих правовых положений медицинской деятельности в области охраны здоровья имеется в Гражданском, Уголовном, семейном кодексах, в Кодексе законов о труде из некоторых указах Президента РФ (О первоочередных задачах государственной политики в отношении женщин; О государственном комитете санэпиднадзора; О мерах государственной поддержки лиц, больных сахарным диабетом).

**4. Самоконтроль по тестовым заданиям данной темы**

1. ВИДЫ СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ ПО

МАТЕРИАЛАМ СЛЕДСТВЕННЫХ ДЕЛ (ПК-5):

1. Уголовная

* 1. Гражданская
  2. Зависимая
  3. Первичная
  4. Независимая

Правильный ответ:4

2. СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКУЮ ЭКСПЕРТИЗУ ПО МАТЕРИАЛАМ СЛЕДСТВЕННЫХ ДЕЛ НЕ НАЗНАЧАЮТ (ПК-5):

* 1. Суду
  2. Следователю
  3. Прокурору
  4. Адвокату
  5. Сторожу

Правильный ответ:4

3. В ВВОДНОЙ ЧАСТИ ЗАКЛЮЧЕНИЯ, В СЛУЧАЯХ ПРОВЕДЕНИИ

СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ ПО МАТЕРИАЛАМ

СЛЕДСТВЕННЫХ ДЕЛ ГРУППОЙ ЭКСПЕРТОВ, НЕ УКАЗЫВАЮТСЯ СЛЕДУЮЩИЕ ДАННЫЕ (ПК-5):

* 1. Основание для производства экспертизы
  2. Дата и место производства
  3. Должности, звания и стаж работы каждого эксперта
  4. Председатель и состав экспертной комиссии
  5. Материалы, использованные экспертами

Правильный ответ:4

4. НАЗВАНИЕ ДОКУМЕНТА, ОФОРМЛЯЕМОГО В СЛУЧАЯХ

ПРОВЕДЕНИЯ СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ ПО

МАТЕРИАЛАМ СЛЕДСТВЕННЫХ ДЕЛ ГРУППОЙ ЭКСПЕРТОВ (ПК-5):

* 1. Заключение экспертов
  2. Заключение комиссионной судебно-медицинской экспертизы
  3. Акт комиссионной судебно-медицинской экспертизы
  4. Заключение комплексной судебно-медицинской экспертизы
  5. Заключение первичной судебно-медицинской экспертизы

Правильный ответ:1

5. РЕЗУЛЬТАТЫ СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ ПО МАТЕРИАЛАМ СЛЕДСТВЕННЫХ ДЕЛ В СООТВЕТСТВИИ С

ЗАКОНОДАТЕЛЬСТВОМ РФ ОФОРМЛЯЮТСЯ (ПК-5):

* 1. Заключением эксперта(ов)
  2. Актом судебно-медицинской экспертизы
  3. Протоколом
  4. Справкой
  5. Заключением комиссионной судебно-медицинской экспертизы

Правильный ответ:1

6. В СЛУЧАЕ ПРОВЕДЕНИЯ СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКОЙ

ЭКСПЕРТИЗЫ ПО МАТЕРИАЛАМ СЛЕДСТВЕННЫХ ДЕЛ ГРУППОЙ ЭКСПЕРТОВ ОДНОЙ СПЕЦИАЛЬНОСТИ ЗАКОНОДАТЕЛЬСТВОМ РФ ПРЕДСЕДАТЕЛЬ (ПК-5):

* 1. Предусмотрен
  2. Не предусмотрен
  3. По желанию адвоката
  4. По требованию следователя
  5. Общим собранием экспертов

Правильный ответ:2

7. СТАТЬЯ ГРАЖДАНСКО-ПРОЦЕССУАЛЬНОГО КОДЕКСА,

РЕГЛАМЕНТИРУЮЩАЯ ПОРЯДОК ПРОВЕДЕНИЯ ЭКСПЕРТИЗЫ ПО ДЕЛУ (ПК-5):

* 1. Ст. 81
  2. Ст. 82
  3. Ст. 83
  4. Ст. 84
  5. Ст. 105

Правильный ответ:4

8. СТАТЬЯ ГРАЖДАНСКО-ПРОЦЕССУАЛЬНОГО КОДЕКСА, В

КОТОРОЙ ЗАКРЕПЛЕНЫ ОБЯЗАННОСТИ И ПРАВА ЭКСПЕРТА (ПК-5):

* 1. Ст. 83
  2. Ст. 84
  3. Ст. 85
  4. Ст. 86
  5. Ст. 105

Правильный ответ:3

9. СТАТЬЯ АРБИТРАЖНО-ПРОЦЕССУАЛЬНОГО КОДЕКСА,

РЕГЛАМЕНТИРУЮЩАЯ ПОРЯДОК НАЗНАЧЕНИЯ ЭКСПЕРТИЗЫ ПО ДЕЛУ (ПК-5):

* 1. Ст. 81
  2. Ст. 82
  3. Ст. 83
  4. Ст. 84
  5. Ст. 105

Правильный ответ:2

10. НЕОБХОДИМОСТЬ ПРОВЕДЕНИЯ СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКОЙ

ЭКСПЕРТИЗЫ ПО МАТЕРИАЛАМ СЛЕДСТВЕННЫХ ДЕЛ НЕ

ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ СЛЕДУЮЩИМИ ОБСТОЯТЕЛЬСТВАМИ(ПК-5):

* 1. Отсутствие первичной экспертизы
  2. Недостаточность ранее проведенной экспертизы
  3. Сомнение в правильности выводов ранее проведенной экспертизы
  4. Жалобы со стороны потерпевших или их родственников
  5. Истечение срока давности с момента производства первичной экспертизы

Правильный ответ:5

**5. Самоконтроль по ситуационным задачам**

Задача № 1. УК-1 УК-2 УК-3 ПК-1 ПК-2 ПК-3 ПК-5 ПК-6 ПК-8 ПК-9

Поводом для назначения СМЭ явилось принятое районным судом заявление гр-ки О., 40 лет, с жалобой на причинение ей вреда здоровью в результате лечения больного зуба в городской стоматологической поликлинике. Из представленной на экспертизу медицинской карты амбулаторного больного следует, что гр-ка О. обратилась в стоматологическую поликлинику 5 декабря 1997 г. в связи с приступообразными болями разлитого характера в левой половине нижней челюсти, усиливающимися по ночам. После осмотра и рентгенологического исследования ей был поставлен диагноз: глубокий кариес, острый гнойный диффузный пульпит 6-го зуба нижней челюсти слева. С целью девитации пульпы на дно кариозной полости была наложена мышьяковистая паста. Больной назначен повторный прием через день. Однако в связи с исчезновением болей гр-ка О. посетила стоматолога лишь спустя 1 нед. по причине болевых ощущений пульсирующего характера. При осмотре 12 декабря 1997 г. врачом отмечена резкая болезненность при постукивании

по «причинному» зубу, болезненность при смыкании и накусывании. 6-й зуб нижней челюсти слева подвижен, десна вокруг него отечна и гиперемирована, региональные лимфатические узлы увеличены и болезненны при пальпации, На рентгенограмме выявлено расширение периодонтальной щели с развитием некротического процесса в альвеоле зуба и распространение кариозной полости на зубную камеру. Поставлен диагноз: острый гнойный периодонтит. В качестве экстренного вмешательства произведены экстракция зуба и периостотомия. Больная госпитализирована и находилась под наблюдением врачей в течение 5 дней. СМЭ произведена спустя 1 мес. после выписки из стационара. Больная жалоб не предъявляла, отмечено отсутствие 6-го зуба нижней челюсти слева, лунка зуба полностью закрыта, заполнена сетью балок губчатого вещества, края сглажены.

1. Какие заболевания или патологические состояния выявлены в ходе экспертизы, каковы причины и условия их возникновения?

2. Имели ли место осложнения диагностических и лечебных манипуляций?

3. Своевременно и в полном ли объеме была оказана квалифицированная медицинская помощь?

4. Какие конкретные нарушения и дефекты допущены в оказании медицинской помощи?

5. Имеется ли, с медицинской точки зрения, прямая причинная связь между

проведенными врачебными манипуляциями и неблагоприятным исходом лечения?

Эталон ответа

1. При проведении экспертизы установлено, что у гр… имел место

глубокий кариес, острый гнойный диффузный пульпит 6-го зуба нижней челюсти слева, осложнившийся острым гнойным периодонтитом.

2. В данном случае не имело места осложнение лечебных или диагностических манипуляций.

3. При проведении медицинских манипуляций больной была оказана

медицинская помощь в полном объеме.

4. При оказании медицинской помощи нарушения или дефекты в оказании медицинской помощи допущены не были.

5. Между проведенными врачебными манипуляциями и неблагоприятным исходом лечения не имеется причинной связи.

Задача № 2. УК-1 УК-2 УК-3 ПК-1 ПК-2 ПК-3 ПК-5 ПК-6 ПК-8 ПК-9

В районную прокуратуру поступило заявление от гр-на С., 25 лет, с жалобой на врачей-стоматологов районной поликлиники о причинении ему вреда здоровью, что повлекло за собой длительное стационарное и амбулаторное лечение. Из представленной на экспертизу медицинской карты амбулаторного больного следует, что 10 мая 2003 г. гр-н С. обратился к врачу по поводу травмы центрального и бокового резца верхней челюсти слева. В результате осмотра и рентгенологического исследования был поставлен диагноз: перелом корня 2-го резца, отлом 2/3 коронки 1-го резца верхней челюсти слева. Удален боковой резец. Левый центральный резец депульпирован и запломбирован. Через 1 нед на основании заключения врача-стоматолога терапевтического отделения об успешном пломбировании канала центрального резца начато ортопедическое лечение. На 9 день после травмы культя со штифтом 1 -го левого верхнего резца фиксирована на цемент, а мостовидный протез с облицовкой установлен с опорой на коронки 1-го и 3-го зубов верхней челюсти. На следующий день после фиксации мостовидного протеза в области центрального резца появилась болезненность, усиливающаяся при накусываниии перкуссии. На рентгенограмме выявлено, что пломбировочный материал не доходил до верхушки корня на 1,5-2 мм, штифт занимал 2/3 длины корня, а в периапикальной зоне имелось незначительное расширение периодонтальной

щели. Назначены внутрь антибиотики и полоскание рта раствором фурацилина в разведении 1:5000. Спустя 1 сут отмечены повышение температуры тела до 38° С, нарастание воспалительных явлений с усилением болевых ощущений, гиперемия и припухлость десен, выбухание слизистой по переходной складке верхних центральных резцов, которые стали подвижными. Поставлен диагноз: острый гнойный периостит верхней челюсти; произведен разрез по верхнему краю выбухания слизистой с дренированием образовавшейся полости. Назначены антибиотики и анальгетики. В последующие 4 дня отмечалось состояние средней тяжести. Пальпация в области центральных резцов болезненна, из десневых карманов выделяется гной. На рентгенограмме в области этих зубов костная ткань альвеолярных отростков разрушена, периодонтальные щели расширены, прерывистые контуры отграничивают пораженную зону от здоровой ткани. В дальнейшем из-за перехода гнойного периодонтита в остеомиелит были удалены центральные резцы и левый клык с проведением секвестротомии. Больной находился на стационарном лечении и последующем амбулаторном наблюдении в течение 40 дней. Экспертиза проводилась по медицинским документам, имеющимся в материалах дела.

1. Какие заболевания или патологические состояния выявлены в ходе экспертизы, каковы причины и условия их возникновения?

2. Имели ли место осложнения диагностических и лечебных манипуляций?

3. Своевременно и в полном ли объеме была оказана квалифицированная медицинская помощь?

4. Какие конкретные нарушения и дефекты допущены в оказании медицинской помощи?

5. Имеется ли, с медицинской точки зрения, прямая причинная связь между

проведенными врачебными манипуляциями и неблагоприятным исходом лечения

Эталон ответа

1. При проведении экспертизы установлено, что у гр… имел место

острый гнойный периостит верхней челюсти с развитием остеомиелита и последующей секвестротомией и удалением центральных резцов и левого клыка.

2. В данном случае имело место осложнение лечебных манипуляций -

депульпирования и пломбирования левого центрального резца.

3. При проведении медицинских манипуляций больной была оказана

квалифицированная медицинская помощь в полном объеме.

4. При оказании медицинской помощи были допущены следующие де-

фекты лечебных манипуляций - пломбировочный материал не доходил до

верхушки корня на 1,5-2 мм, штифт занимал 2/3 длины корня, что вызвало

возникновение воспалительного процесса.

5. Между проведенными врачебными манипуляциями и неблагоприятным исходом лечения имеется прямая причинная связь.

Задача № 3. УК-1 УК-2 УК-3 ПК-1 ПК-2 ПК-3 ПК-5 ПК-6 ПК-8 ПК-9

Поводом для назначения комиссионной СМЭ явилось принятое районной прокуратурой заявление гр-ки В., 45 лет, из которого следовало, что при обращении за медицинской помощью в частный стоматологический кабинет ей был причинен вред здоровью в связи с неправильными действиями врача К. В представленной на экспертизу медицинской карте имеются сведения о том, что при обращении в стоматологический кабинет В. отмечала боль в области верхней челюсти справа, имеющую разлитой характер и усиливающуюся при легком постукивании по продольной оси 2-го премоляра. Больная жаловалась на удлинение пораженного зуба, который при закрытии рта соприкасался с зубом противоположной челюсти, что вызывало острую боль. Врачом было рекомендовано вскрытие канала 2-го премоляра по поводу предполагаемого острого периодонтита. Во время врачебной манипуляции больная почувствовала острую боль, иррадиирующую в верхний отдел правой щеки и скуловую область. Врач К. не нашел объективных причин для объяснения этой боли и после вскрытия канала наложил фосфатно цементную пломбу, назначив повторный прием через 2 дня. К вечеру состояние В. резко ухудшилось, появились ноющие боли в области правой щеки. Больная обратилась в отделение челюстно-лицевой хирургии больницы скорой медицинской помощи, где после осмотра и рентгенологического исследования лицевой части черепа поставлен диагноз: перфорация правой гайморовой пазухи в результате создания дренажа через канал корня 2-го премоляра верхней челюсти справа. Была проведена операция — радикальная антротомия правой гайморовой пазухи. Период стационарного лечения составил 23 дня. Больная выписана в удовлетворительном состоянии. СМЭ проведена через 10 дней по медицинским документам.

1. Какие заболевания или патологические состояния выявлены в ходе экспертизы, каковы причины и условия их возникновения?

2. Имели ли место осложнения диагностических и лечебных манипуляций?

3. Своевременно и в полном ли объеме была оказана квалифицированная медицинская помощь?

4. Какие конкретные нарушения и дефекты допущены в оказании медицинской помощи?

5. Имеется ли, с медицинской точки зрения, прямая причинная связь между

проведенными врачебными манипуляциями и неблагоприятным исходом лечения

Эталон ответа

1. При проведении экспертизы установлено, что у гр… имела место

перфорация правой гайморовой пазухи. Данное повреждение возникло в результате создания дренажа через канал корня 2-го премоляра верхней челюсти справа.

2. В данном случае имело место осложнение диагностической манипуляции - вскрытие канала 2-го премоляра по поводу предполагаемого острого

периодонтита.

3. После возникновения осложнения больной была оказана квалифицированная медицинская помощь не в полном объеме, в частности не установлена причина возникновения во время врачебной манипуляции острой боли, иррадиирующей в верхний отдел правой щеки и скуловую область.

4. Не было проведено рентгенологическое исследование корня 2-го

премоляра верхней челюсти справа.

5. Между проведенными врачебными манипуляциями и неблагоприятным исходом лечения прямая причинная связь.

Задача № 4. УК-1 УК-2 УК-3 ПК-1 ПК-2 ПК-3 ПК-5 ПК-6 ПК-8 ПК-9

Комиссионная СМЭ назначена в связи с принятым районной прокуратурой заявлением родственников гр-на К., 19 лет, по поводу его смерти во время лечения в стоматологической поликлинике. В медицинской карте амбулаторного больного имеется запись о том, что К. обратился за стоматологической помощью по поводу резкой болезненности в области нижней челюсти слева. При объективном осмотре отмечалась незначительная отечность левой щеки. Слизистая оболочка десны 5-7-го зубов нижней челюсти слева отечна, гиперемирована, болезненна при дотрагивании. На жевательной поверхности 6-го зуба имеется глубокая кариозная полость, сообщающаяся с полостью зуба. Поставлен диагноз: глубокий кариес, обострение хронического периодонтита. Для изоляции кариозной полости от слюны при медицинской обработке канала 6-го зуба со стороны преддверия и со стороны собственно полости рта были помещены ватные тампоны, по 2 с каждой стороны. После данной процедуры больной внезапно посинел и стал задыхаться, «хватать ртом воздух», прижимая руки к груди и вскоре потерял сознание. Тотчас были начаты реанимационные мероприятия с проведением закрытого массажа сердца и искусственного дыхания, которые оказались неэффективными и через 15 мин констатирована смерть. В представленном экспертной комиссии заключении первичной экспертизы трупа отражены следующие сведения. Кожные покровы лица и шеи синюшного оттенка, в соединительных оболочках глаз - мелкоточечные кровоизлияния. Наружные слуховые проходы и носовые ходы чисты и свободны. В ротовой полости имеются 3 ватных тампона. 6-й зуб нижней челюсти слева кариозно изменен, десна вокруг отечная, красноватой окраски. При вскрытии мягких тканей десны в области 6-го зуба нижней челюсти слева выделилось около 1 мл вязкой мутноватой жидкости. При внутреннем исследовании в просвете гортани между голосовыми складками обнаружено инородное тело в виде ватного тампона размером 5x2 см. Ткань легких вздута, под легочной плеврой имеются точечные кровоизлияния. Внутренние органы на разрезе полнокровны, с темно-красным оттенком, в сосудах и полостях сердца — темная жидкая кровь. Просвет трахеи и бронхов свободен. Других патологических изменений не обнаружено.

1. Какие заболевания или патологические состояния выявлены в ходе экспертизы, каковы причины и условия их возникновения?

2. Имели ли место осложнения диагностических и лечебных манипуляций?

3. Какие конкретные нарушения и дефекты допущены в оказании медицинской помощи?

4. Мог ли быть предотвращен неблагоприятный исход при своевременном и

правильном оказании медицинской помощи?

5. Имеется ли, с медицинской точки зрения, прямая причинная связь между

проведенными врачебными манипуляциями и неблагоприятным исходом лечения?

Эталон ответа

1. При проведении экспертизы установлено, что причиной смерти гр

гр… явилась обтурационная механическая асфиксия в результате закрытия

дыхательных путей ватным тампоном.

2. В данном случае имело место осложнение медицинских манипуляций.

3. При проведении медицинских манипуляций больному не были зафиксированы ватные тампоны.

4. При правильном установлении причины возникшего состояния и

своевременного оказания соответствующей медицинской помощи неблагоприятный исход мог быть предотвращен.

5. Между проведенными врачебными манипуляциями и неблагоприятным исходом имеется прямая причинная связь.

Задача № 5. УК-1 УК-2 УК-3 ПК-1 ПК-2 ПК-3 ПК-5 ПК-6 ПК-8 ПК-9

Из постановления о назначении комиссионной СМЭ следует, что 22 апреля 1999 г. в районную прокуратуру поступила жалоба гр-на Д., 30 лет, о причинении ему вреда здоровью вследствие удаления в городской стоматологической поликлинике 4-го зуба нижней челюсти справа.

Из медицинской карты амбулаторного больного известно, что 18 февраля 2003 г. Д. обратился в поликлинику с жалобами на постоянные ноющие боли в области 4-го зуба нижней челюсти справа, усиливающиеся при жевании. Пои объективном осмотре выявлено: слизистая десны в области 4-5 зубов гиперемированная, отечная, болезненная при пальпации. Коронка 4 зуба тускло-серого цвета. На его жевательной поверхности имеется глубокая кариозная полость, сообщающаяся с полостью зуба. На основании инструментального и рентгенологического исследования поставлен диагноз: обострение хронического периодонтита 4 зуба нижней челюсти справа, 2 степень подвижности. Больному предложено удаление патологически измененного зуба, на что получено согласие. Как следует из объяснительной записки врача С., при проведении анестезии, не посмотрев внимательно на этикетку флакона, он ошибочно вместо 2% раствора новокаина ввел нашатырный спирт. В дальнейшем, не посоветовавшись с коллегами, врач С. произвел экстракцию зуба под инфильтрационной анестезией, используя 1% раствор новокаина. Через 3 дня Д. был госпитализирован в отделение челюстно-лицевой хирургии больницы скорой медицинской помощи с жалобами на пульсирующие боли в области нижней челюсти справа, затруднение акта жевания, повышение температуры тела до 39 °С. При объективном осмотре отмечается резкий отек мягких тканей десны нижней челюсти справа с переходом на слизистую оболочку щеки, где обнаружен участок некроза, размерами 2,5x1,0 см, покрытый гноевидным налетом. Под внутривенным наркозом 20% раствором оксибутирата натрия в количестве 50 мл произведено хирургическое иссечение патологически измененных тканей десны с захватом слизистой оболочки правой щеки. После антибактериальной и общеукрепляющей терапии больной на 15-й день выписан из стационара в удовлетворительном состоянии. В ходе экспертизы гр-на Д., проведенной через 1 мес после выписки из стационара, отмечено, что правая щека несколько западает относительно левой, артикуляция не нарушена, движения в височно-нижнечелюстных суставах совершаются в полном объеме. На слизистой оболочке десны с переходом на правую щеку определяется уплотненный участок тускло-белесоватого цвета с неровной поверхностью, размером 4x3 см, стягивающий окружающую ткань. 4-й зуб нижней челюсти справа отсутствует, зубная лунка заращена. Других изменений не обнаружено.

1. Какие заболевания или патологические состояния выявлены в ходе экспертизы, каковы причины и условия их возникновения?

2. Имели ли место осложнения диагностических и лечебных манипуляций?

3. Своевременно и в полном ли объеме была оказана квалифицированная медицинская помощь?

4. Какие конкретные нарушения и дефекты допущены в оказании медицинской помощи?

5. Имеется ли, с медицинской точки зрения, прямая причинная связь между

проведенными врачебными манипуляциями и неблагоприятным исходом лечения

Эталон ответа

1. При проведении экспертизы установлено, что у гр… имело место

гнойно-некротическое воспаление мягких тканей десны нижней челюсти

справа. Данное заболевание возникло в результате введение в мягкие ткани

десны нашатырного спирта и 1% раствора новокаина.

2. В данном случае имело место осложнение лечебной манипуляции -

удаления патологически измененного 4 зуба нижней челюсти справа.

3. После возникновения осложнения больному была оказана квалифицированная медицинская помощь в полном объеме, произведено хирургическое иссечение патологически измененных тканей десны с захватом слизистой оболочки правой щеки, с последующей антибактериальной и общеукрепляющей терапией.

4. При проведении анестезии, врачом ошибочно вместо 2% раствора

новокаина в мягкие ткани десны нижней челюсти справа введен нашатырный

спирт.

5. Между проведенными врачебными манипуляциями и неблагоприятным исходом лечения имеется прямая причинная связь.

**6.Перечень практических умений по изучаемой теме**

-применять на практике основы законодательства РФ о здравоохранении и директивные документы, определяющие деятельность органов и учреждений здравоохранения; (УК-1. УК-2, УК-3, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9)

-оформлять типовые формы медицинской документации для бюро судебно-медицинской экспертизы; (УК-1. УК-2, УК-3, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9)

**7. Рекомендации по выполнению НИР**

Примерная тематика по НИР по теме - не предусмотрена.

**8. Рекомендованная литература по теме занятия (обязательная, дополнительная, электронные ресурсы, включая законодательные и нормативно-правовые документы)**

**Занятие № 73**

**1. Индекс: ОД.О.01.1.11.105 Тема:** «Врачебные ошибки и несчастные случаи в медицинской практике. Организация и проведение экспертизы по делам об уголовный ответственности лиц медицинского персонала. Пределы компетенции экспертной комиссии».

**2. Форма организации занятия:** подготовка к практическому занятию.

**3. Перечень вопросов для самоподготовки по теме практического занятия:**

1. ВОПРОС Как классифицируются дефекты профессиональной медицинской деятельности? УК-1 УК-2 УК-3 ПК-1 ПК-2 ПК-3 ПК-5 ПК-6 ПК-8 ПК-9

ОТВЕТ: Умышленные профессиональные преступления медицинских работников. В соответствии со ст. 25 УК РФ и рядом статей, изложенных в Особенной части УК.

2. Неосторожные действия. В соответствии со ст. 26 УК РФ, совершенные по легкомыслию, самонадеянности или небрежности.

3. Врачебные (медицинские) ошибки:

а) в диагностике; б) в лечении; в) в организации здравоохранения; г) в нарушении этики и

деонтологии. 4. Несчастные случаи.

2. ВОПРОС В каких статьях УК затрагиваются вопросы ответственности медицинских работников за нарушение прав граждан в области охраны здоровья и причинение вреда здоровью?

ОТВЕТ: В статьях У К РФ:

ст. 100. Амбулаторное принудительное наблюдение и лечение у психиатра;

ст. 101. Принудительное лечение в психиатрическом стационаре;

ст. 120. Принуждение к изъятию органов и тканей человека для трансплантации;

ст. 122. Заражение ВИЧ-инфекцисй (п. 4 — вследствие ненадлежащего исполнения лицом своих обязанностей);

ст. 123. Незаконное производство аборта;

ст. 124. Неоказание помощи больному;

ст. 125. Оставление в опасности;

ст. 128. Незаконное помещение в психиатрический стационар;

ст. 153. Подмена ребенка;

ст. 155. Разглашение тайны усыновления (удочерения);

ст. 228. Незаконное изготовление, приобретение, хранение, перевозка, пересылка либо сбыт наркотических или психотропных веществ;

ст. 229. Хищение либо вымогательство наркотических, либо психотропных веществ;

ст. 233. Незаконная выдача либо подделка рецептов, дающих право на получение наркотических средств, либо психотропных веществ;

cm. 234. Незаконный оборот сильнодействующих либо ядовитых веществ в целях сбыта;

ст. 236. Нарушение санитарно-эпидемиологи-ческих правил;

ст. 237. Сокрытие информации об обстоятельствах, создающих опасность для жизни или здоровья людей;

ст. 248. Нарушение правил безопасности с микробиологическими либо другими биологическими агентами или токсинами.

Кроме того, ряд статей может касаться врачей, как и других специалистов. Например, ст. 109 — Причинение смерти по неосторожности, ст. 118 — Причинение тяжкого или средней тяжести вреда здоровья по неосторожности;

ст. 292 — Служебный подлог; ст. 299 — Халатность.

3. ВОПРОС В каких нормативных документах приводятся законные основания для возмещения ущерба, нанесенного врачом пациенту?

ОТВЕТ: В разделе XII «Ответственность за причинение вреда здоровью граждан» Основ законодательства РФ об охране здоровья граждан, в главе 59 «Обязательство вследствие причиненного вреда» Гражданского кодекса РФ.

4. ВОПРОС Какие вопросы наиболее часто ставят перед судеб-но-медицинской экспертизой по делам о правонарушениях медицинских работников?

ОТВЕТ: В зависимости от конкретного случая это следующий примерный перечень вопросов:

1. Какие заболевания и повреждения имеются у потерпевшего?

2. Правильно ли был установлен диагноз?

3. Если диагноз неправилен или установлен несвоевременно, то какие конкретно последствия это вызвало?

4. Имелась ли объективная возможность постановки правильного диагноза?

5. Была ли возможность в конкретных условиях своевременно и правильно поставить диагноз?

6. Правильно и полно ли было проведено лечение?

7. Не было ли противопоказаний в использовании определенного лекарственного средства?

8. Правильно ли была указана доза лекарства?

9. Обосновано ли было применение данного метода лечебного воздействия?

10. Была ли необходимость проведения операции и правильно ли технически она проведена?

11. Если лечение было неправильным, то к каким неблагоприятным последствиям это привело?

12. Были ли альтернативные и более безопасные методы лечения?

13. Имелась ли прямая причинная связь между ошибками, допущенными в лечении, и наступлением смерти?

14. Что было основной причиной в нанесении вреда здоровью (или в наступлении смерти): тяжесть заболевания или повреждения или ошибки, допущенные в диагностике или лечении?

**4.Самоконтроль по тестовым заданиям данной темы**

1. 1.СТАТЬЯ АРБИТРАЖНО-ПРОЦЕССУАЛЬНОГО КОДЕКСА,

РЕГЛАМЕНТИРУЮЩАЯ ПОРЯДОК НАЗНАЧЕНИЯ ЭКСПЕРТИЗЫ ПО ДЕЛУ

1. Ст. 81

2. Ст. 82

3. Ст. 83

4. Ст. 84

5. Ст. 105

Правильный ответ:2

1. НЕОБХОДИМОСТЬ ПРОВЕДЕНИЯ СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКОЙ

ЭКСПЕРТИЗЫ ПО МАТЕРИАЛАМ СЛЕДСТВЕННЫХ ДЕЛ НЕ

ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ СЛЕДУЮЩИМИ ОБСТОЯТЕЛЬСТВАМИ

1. Отсутствие первичной экспертизы

2. Недостаточность ранее проведенной экспертизы

3. Сомнение в правильности выводов ранее проведенной экспертизы

4. Жалобы со стороны потерпевших или их родственников

5. Истечение срока давности с момента производства первичной экспертизы

Правильный ответ:5

1. ВИДЫ СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ ПО

МАТЕРИАЛАМ СЛЕДСТВЕННЫХ ДЕЛ

1. Уголовная

2. Гражданская

3. Зависимая

4. Первичная

5. Независимая

Правильный ответ:4

1. СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКУЮ ЭКСПЕРТИЗУ ПО МАТЕРИАЛАМ СЛЕДСТВЕННЫХ ДЕЛ НЕ НАЗНАЧАЮТ

1. Суду

2. Следователю

3. Прокурору

4. Адвокату

5. Сторожу

Правильный ответ:4

1. СТАТЬЯ ГРАЖДАНСКО-ПРОЦЕССУАЛЬНОГО КОДЕКСА,

РЕГЛАМЕНТИРУЮЩАЯ ПОРЯДОК ПРОВЕДЕНИЯ ЭКСПЕРТИЗЫ ПО ДЕЛУ

1. Ст. 81

2. Ст. 82

3. Ст. 83

4. Ст. 84

5. Ст. 105

Правильный ответ:4

1. СТАТЬЯ ГРАЖДАНСКО-ПРОЦЕССУАЛЬНОГО КОДЕКСА, В

КОТОРОЙ ЗАКРЕПЛЕНЫ ОБЯЗАННОСТИ И ПРАВА ЭКСПЕРТА

1. Ст. 83

2. Ст. 84

3. Ст. 85

4. Ст. 86

5. Ст. 105

Правильный ответ:3

1. РЕЗУЛЬТАТЫ СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ ПО МАТЕРИАЛАМ СЛЕДСТВЕННЫХ ДЕЛ В СООТВЕТСТВИИ С ЗАКОНОДАТЕЛЬСТВОМ РФ ОФОРМЛЯЮТСЯ

1. Заключением эксперта(ов)

2. Актом судебно-медицинской экспертизы

3. Протоколом

4. Справкой

5. Заключением комиссионной судебно-медицинской экспертизы

Правильный ответ:1

1. В СЛУЧАЕ ПРОВЕДЕНИЯ СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКОЙ

ЭКСПЕРТИЗЫ ПО МАТЕРИАЛАМ СЛЕДСТВЕННЫХ ДЕЛ ГРУППОЙ ЭКСПЕРТОВ ОДНОЙ СПЕЦИАЛЬНОСТИ ЗАКОНОДАТЕЛЬСТВОМ РФ ПРЕДСЕДАТЕЛЬ

1. Предусмотрен

2. Не предусмотрен

3. По желанию адвоката

4. По требованию следователя

5. Общим собранием экспертов

Правильный ответ:2

1. В ВВОДНОЙ ЧАСТИ ЗАКЛЮЧЕНИЯ, В СЛУЧАЯХ ПРОВЕДЕНИИ

СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ ПО МАТЕРИАЛАМ

СЛЕДСТВЕННЫХ ДЕЛ ГРУППОЙ ЭКСПЕРТОВ, НЕ УКАЗЫВАЮТСЯ СЛЕДУЮЩИЕ ДАННЫЕ

1. Основание для производства экспертизы

2. Дата и место производства

3. Должности, звания и стаж работы каждого эксперта

4. Председатель и состав экспертной комиссии

5. Материалы, использованные экспертами

Правильный ответ:4

1. НАЗВАНИЕ ДОКУМЕНТА, ОФОРМЛЯЕМОГО В СЛУЧАЯХ

ПРОВЕДЕНИЯ СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ ПО

МАТЕРИАЛАМ СЛЕДСТВЕННЫХ ДЕЛ ГРУППОЙ ЭКСПЕРТОВ

1. Заключение экспертов

2. Заключение комиссионной судебно-медицинской экспертизы

3. Акт комиссионной судебно-медицинской экспертизы

4. Заключение комплексной судебно-медицинской экспертизы

5. Заключение первичной судебно-медицинской экспертизы

Правильный ответ:1

1. РЕЗУЛЬТАТЫ СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ ПО МАТЕРИАЛАМ СЛЕДСТВЕННЫХ ДЕЛ В СООТВЕТСТВИИ С

ЗАКОНОДАТЕЛЬСТВОМ РФ ОФОРМЛЯЮТСЯ

* 1. Заключением эксперта(ов)
  2. Актом судебно-медицинской экспертизы
  3. Протоколом
  4. Справкой
  5. Заключением комиссионной судебно-медицинской экспертизы

Правильный ответ:1

1. В СЛУЧАЕ ПРОВЕДЕНИЯ СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКОЙ

ЭКСПЕРТИЗЫ ПО МАТЕРИАЛАМ СЛЕДСТВЕННЫХ ДЕЛ ГРУППОЙ ЭКСПЕРТОВ ОДНОЙ СПЕЦИАЛЬНОСТИ ЗАКОНОДАТЕЛЬСТВОМ РФ ПРЕДСЕДАТЕЛЬ

* 1. Предусмотрен
  2. Не предусмотрен
  3. По желанию адвоката
  4. По требованию следователя
  5. Общим собранием экспертов

Правильный ответ:2

**5.Самоконтроль по ситуационным задачам**

**Задача №1.** УК-1 УК-2 УК-3 ПК-1 ПК-2 ПК-3 ПК-5 ПК-6 ПК-8 ПК-9

Обстоятельства дела: в направлении указано: «В МСО СУ СК при прокуратуре РФ по Красноярскому краю находится материал проверки по заявлению Л. Г.В. о смерти, после проведенной операции 08.10.2010 года около 09 часов 30 минут, ее малолетнего сына Л. Андрея Владимировича, 12.12.2007 года рождения, в хирургическом отделении МУЗ «ЦРБ» в результате ненадлежащего оказания ему медицинской помощи врачами МУЗ «ЦРБ».

До 06.10.2010 года у ребенка заболеваний желудочно-кишечного тракта не было. 06.10.2010 года, около 18 часов, ребенок пожаловался на боли в области живота, началась рвота. В 01 час. 30 минут 07.10.2010 года ребенок был госпитализирован в инфекционное отделение МУЗ «ЦРБ», врачи стали проводить лечение. Около 10 часов ребенку сделали рентген кишечника. После чего, его осмотрела врач-педиатр , после чего ребенку продолжали ставить капельницы и уколы. В 16 часов 07.10.2010г. ребенку сделан повторный рентген и ребенок был переведен в хирургическое отделение МУЗ «ЦРБ» с подозрением на спаечную болезнь. Заведующий хирургическим отделением П. пояснил, что необходима срочная операция, и они дали разрешение на операцию. В 06 часов 08.10.2010 года состояние ребенка ухудшилось, поднялась температура, появилась судороги. Около 09 часов 30 минут заведующий хирургическим отделением, вышел из платы и сказал, что ребенка спасти не удалось и он умер. Для полной квалификации действий медицинского персонала необходимы познания в области судебной медицины. ...». В распоряжение экспертной комиссии представлены следующие документы: 1.Постановление. 2.0тказной материала №99.

1. Медицинская карта №2157/370 из ЦРБ на имя Л. Андрея Владимировича 12.12.2007г.р.
2. Рентген-снимки без номера от 07.1010г.-2шт.

Исследовательская часть: В материалах дела (л.д.8-9) имеется «Заявление» гр-ки Л. Галины Валерьевны от 26.10.2010г., согласно которому: «6 октября 2010г. моему ребенку стало плохо. Заболел живот резко. Его рвало. Мы обратились в приемный покой, вызвали хирурга П.. сыну поставили укол противорвотный. Мы поехали домой. В 1.30мин ночи вызвали скорую помощь. Потому что ребенку все равно было плохо, его рвало и жаловался на боли в животе. Нас, меня и сына, положили в инфекционное отделение, назначили капельницу и делали уколы, но состояние ребенка не улучшалось. Утром,.07.10.10г. пришел Еремеев А.В. расспросил меня, по какому поводу лечимся, назначил лечение и рентген. Со снимком меня направили к хирургу П., он посмотрел снимок и сказал, что по хирургии ничего нет, лечение должен проводить педиатр. Все то время, с утра до после обеда, сыну было все хуже и хуже, сын даже сам просил, чтобы мед. сестра пришла и сделала укол обезболивающий. После тихого часа нам сделали повторный рентген, он показал, что нужна операция...».

С материалам дела представлена «Амбулаторная карта« из ЦРБ на имя Л. Андрея Владимировича 12.12.2007г.р., согласно которой: «Лист уточненных диагнозов: 26.07.08г. Кишечная инвагинация-операция. 17.03.09г. Наблюдается в 20-й больнице в хирургическом отделении с диагнозом: Спаечная болезнь.

С материалам дела представлена «Медицинская карта №2157/370« из ЦРБ на имя Л. Андрея Владимировича 12.12.2007г.р., согласно которой: «Поступил в ЦРБ 07.10.10г. в 1-35час. по скорой помощи в экстренном порядке с давностью заболевания 6 часов. 07.10.10г. 1.40 ? Дежурный врач: Жалобы на тошноту, многократную рвоту, недомогание, слабость. Со слов матери, болеет в течение 5 часов, когда появилась многократная рвота. 7.10.10г. обратились в ЦРБ, госпитализированы в инфекционное отделение. В анамнезе-оперирован по поводу инвагинации в возрасте 7 месяцев. Наследственный и аллергологический анамнез не отягощен. Объективно: Состояние средней тяжести, кожные покровы бледно-розового цвета, температура тела 37,2, пульс 80 в минуту, язык влажный, умеренно обложен белым налетом, дыхание везикулярное, хрипов нет, тоны сердца ясные, ритмичные, АД 110/70мм.рт.ст. Живот мягкий, болезненный в эпигастрии. Диагноз: Острый гастроэнтероколит ? Анализы от 07.10.10г. Нь-98 г/л. Ле-9.1тыс. Сахар крови-3.0. Назначения: 1. Голод. 2.Режим стац. 3. Физраствор 0.9%-100.0 + раствор церукала 0.3 в/в кап. 4. Запись неразборчива. 5. Раствор глюкозы 5%-50.0 + раствор калия хлорида 4%-2.0 в/в. 6. РАК, ОАМ, сахар крови, PW, кал я/г. 07.10.10г.

8-30час. Осмотр педиатра. Со слов мамы наелся ранеток, в анамнезе спаечная болезнь. Назначения: Голод. Обзорный снимок кишечника. OAK, ОАМ, анализ кала на дизгруппу, копрология.

7.10.10г. в 9-00 Осмотр зав.отделением:. Диагноз: Острый гастроэнтероколит? Спаечная кишечная непроходимость? Рекомендовано продолжать инфузионную терапию, рентгенография обзорная брюшной полости в динамике, наблюдение инфекциониста, хирурга.

7.10.10г. 10-00час. Проводится рентгенография обзорная брюшной полости: чаш Клойбера не определяется. Заключение: Рентгенологически непроходимости кишечника не определяется. 07.02.10г. Хирург: Ю.ООчас. При рентгенографии хирургической патологии не выявлено.

1. 7.10.10г. 14-30час. Осмотр педиатра. Жалобы на недомогание, температура 36,8 град, рвота с желчью. Объективно: Кожные покровы бледные. Язык сухой. Тоны сердца ясные, ритмичные, в легких дыхание везикулярное, ЧД 29 минуту, живот мягкий, при пальпации болезненный во всех отделах, стула не было, печень, селезенка не увеличены, диурез 1 раз. Диагноз: Острый живот, кишечная непроходимость? Повторная консультация хирурга. Рентген-снимок обзорный кишечника. В/в капельно физраствор 0,9%-100мл + раствор церукала 0.3 + глюкоза 5 %-100мл.

Рентгенография брюшной полости от 7.10.10г. в 15-45час. В поддиафрагмальном пространстве слева газовый пузырь желудка, слева петли кишечника раздуты газом, с уровнем жидкости (чаши Клойбера), справа в восходящем отделе петли кишечника заполнены калом и газом и раздутая петля кишечника в виде арки. Заключение: Непроходимость кишечника. 7.10.10г. в 16-00 Осмотр зав.х/о: Диагноз: Кишечная непроходимость. Наличие данной патологии является показанием к экстренному хирургическому вмешательству, планируется лапаротомия. Дальнейшая тактика от найденных изменений на операционном столе. Согласие на операцию получено.

7.10.10г. 16-00-18-00. Операция лапаротомия, ревизия органов брюшной полости, рассечение спаек тонкой кишки, туалет и дренирование брюшной полости, интубация тонкой кишки. При ревизии органов брюшной полости определяется в брюшной полости во всех отделах около 40 мл серозного выпота. В 50см от связки Трейца определяются запаянные петли тонкой кишки в виде двустволок, приводящие петли тонкой кишки раздутые, отводящие петли спавшиеся, спайки рассечены острым и тупым путем, десерозированные участки тонкой кишки ушиты шелковыми швами, проходимость тонкого кишечника восстановлена, петли тонкой и толстой кишки жизнеспособны, больше патологии в брюшной полости не найдено. Сделана блокада корня брыжейки тонкой кишки 0,25% раствором новокаина 15мл., произведена интубация тонкой кишки, удалось заинтубировать 1,5м тонкого кишечника, туалет брюшной полости, в брюшную полость через контраппертуру в правой подвздошной области введен резиновый дренаж и микроирригатор. Послеоперационная рана послойно ушита наглухо, асептическая повязка. Диагноз: Острая спаечная кишечная непроходимость. В 23-15часа. Осмотр дежурного врача. Т- 36,8 град.

Состояние ребенка тяжелое, обусловленное тяжестью операции 09-00час.

08.10.10г. Состояние ребенка резко ухудшилось. Произошла остановка сердечной деятельности, начаты реанимационные мероприятия -ИВЛ, непрямой массаж сердца, внутрсердечно-адреналин 0.1%-0.3, дефибрилляция, внутривенно струйно- преднизолон 30мг, далее запись неразборчива. В 09час.30мин реанимационные мероприятия остановлены ввиду неэффективности. Констатирована смерть ребенка.

В материалах дела (л.д.47-49) имеется «Объяснение» врача-рентгенолога МУЗ «ЦРБ» от 15.11.10г., согласно которому: «Около 10 часов или в начале Пчаса 07.10.2010г. на рентгенологический снимок брюшной полости привели Л.Андрея Владимировича 12.12.2007г., который был накануне госпитализирован в инфекционное отделение. Был сделан обзорный снимок брюшной полости. На данном снимке не было видно симптомов кишечной непроходимости. Около 15 часов 30 минут 07.10.2010г. я сделал повторный обзорный снимок брюшной полости Л. А.В. На рентгеновском снимке было видно вздутие петель кишечника и чаши Клойбера, данные симптомы характеризуют непроходимость кишечника.

В материалах дела (л.д. 91-97) имеется «Секционная карта» к протоколу патологоанатомического вскрытия, согласно которой: «Внутреннее исследование: При ревизии тонкого кишечника обнаружено два наложенных шва, швы состоятельные, в просвете тонкого кишечника небольшое количество кашицеобразного коричневатого содержимого, слизистая тонкого кишечника на всем протяжении отечная, утолщенная, синюшно-серого цвета. Слизистая толстого кишечника серо-синюшного цвета, складчатая. Спаечная кишечная непроходимость.

В материалах дела (л.д.103-104) имеется «Объяснение» врача-хирурга МУЗ «НРБ» П. Дмитрия Анатольевича от 26.11.10г., согласно которому: «Около 01 часа 35 минут 07.10.10г. я осмотрел ребенка и госпитализировал в инфекционное отделение с предварительным диагнозом: Гастроэнтероколит под вопросом. Ребенку была назначена инфузионная терапия. Утром 07.10.10г., около «09 часов», ко мне подходил педиатр Еремеев А.В., который попросил меня осмотреть Л.А.В.. у которого в анамнезе было заболевание спаечная болезнь. Я пошел в инфекционное отделение. Осмотрел ребенка и направил на рентген. После рентгена Лалетину А.В. был поставлен диагноз гастроэнтероколит под вопросом и спаечная болезнь под вопросом. Было рекомендовано проведение инфузионной терапии и рентгенография брюшной полости в динамике. В 16.00час. 07.1010г. меня вызвали к больному Л.А.В. пояснив, что на рентгенографии брюшной полости появились признаки кишечной непроходимости. Я осмотрел ребенка и рентгенографические снимки. Убедился, что признаки кишечной непроходимости у Лалетина А.В. имелись...

09.03.11г.Ренттен-снимки консультированы врачом-рентгенологом А.А.Молгачевым: На обзорной рентгенограмме брюшной полости от 07.10.2010г. (2 снимка) в мезогастральной области справа (1-й снимок) имеется чаша Клойбера, в эпигастральной области слева (селезеночный угол) визуализируются раздутые газом петли кишечника в виде «арок». В динамике отмечается появление дополнительных чаш Клойбера в мезогастральной области слева.

Представлен «Акт судебно-гистологического исследования №1478» от 14.03.2011г., кусочков внутренних органов от трупа Л. А.В.. проведенного судмедэкспертом Исаченковой И.П., согласно которому: «Микроскопическое исследование: Заключение: В тонком кишечнике - очаговые некрозы, изъязвления слизистой оболочки и поверхностных участков подслизистого слоя, покрытые зернистыми лейкоцитами и фибрином, микроскопическая картина острого энтерита (обострения хронического), серозно-фибринозного, гнойно-фибринозного перитонита; отек и склероз подслизистого слоя, экссудативное воспаление в брыжейке; наличие спаек,

1. Какова причина смерти Л. А.В.?

2. Наступила ли смерть Л. Андрея Владимировича 12.12.2007 года рождения, в результате действий (бездействий) медицинского персонала МУЗ « ЦРБ»?

**Задача №2.** УК-1 УК-2 УК-3 ПК-1 ПК-2 ПК-3 ПК-5 ПК-6 ПК-8 ПК-9

Обстоятельства дела: в определении указано: «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 (10715) рублей ежемесячно), взыскать с ответчика 3 ООО ООО рублей 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. Черепаново, 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 Красноярского краевого бюро судебно-медицинской экспертизы...». 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. Татьяны Петровны, 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 Областную клиническую Больницу. 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. 16.09.2009г. 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 ОГУЗ «Государственная областная клиническая больница» на имя А. Дмитрия Григорьевича, согласно которой:

«Выписной эпикриз: Находился на лечении с диагнозом: Ахалазия пищевода 1 -2ст. 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 ОГУЗ «Государственная областная клиническая больница» на имя А. Дмитрия Григорьевича, согласно которой: «Поступил 30.03.09г. Диагноз: Кардиоспазм 2-Зст. 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 ОГУЗ «Государственная областная клиническая больница» на имя А. Дмитрия Григорьевича, согласно которой: «Поступил 12.05.09г. Диагноз: Кардиоспазм 3-4ст. Диагноз: Ахалазия пищевода 2-Зст. 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-Зст. Выписной эпикриз: А.Д.Г. 31 год, находился в х/о с 02.06.09г. по 17.06.09г. с диагнозом: Кардиоспазм 2-Зст. 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-Зст. 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 10x8см, 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.

Какая форма рака желудка выявлена у А.?

1. Имеются ли нарушения отраслевого стандарта ведения гастроэнтерологического пациента,
2. Если имеются стандарты ведения гастроэнтерологического пациента, 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 ГБУЗ НСО «ГНОКБ» и наступившей смертью А. Д.Г.?

**Задача №3.** УК-1 УК-2 УК-3 ПК-1 ПК-2 ПК-3 ПК-5 ПК-6 ПК-8 ПК-9

Обстоятельства дела: В направлении указано: «15.02.2010г. в межрайонный следственный отдел СУ СК при прокуратуре РФ по Красноярскому краю с заявлением обратился К. Виктор Николаевич. В своем заявлении К.В.Н. просит установить и привлечь к уголовной ответственности работников МУЗ «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 МУЗ «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 МУЗ «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.Красноярска, 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» [(.Виктора Николаевича, 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. Виктора Николаевича, 1949г.р., согласно которой: «21.01.08г. Рентгенография. На рентгенограмме левого тазобедренного сустава определяется перелом шейки бедренной кости со смещением.

В материалах дела имеется (л.д.4) «Консультация» профессора Лапинской B.C. из ООО «Доктор-сервис», 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 МУЗ «Центральная районная больница», №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» МУЗ «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 21.01.2008г., где выявлен перелом шейки бедренной кости со смещением....

18.03.11г. 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 град (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 №4.** УК-1 УК-2 УК-3 ПК-1 ПК-2 ПК-3 ПК-5 ПК-6 ПК-8 ПК-9

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 15000 руб. и расходы, понесенные на лечение в размере 7460 руб. Требования мотивированы тем, что 23 июня 2009г. истица обратилась в МУЗ «Городская поликлиника » 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 2009г. она обратилась в хирургическое отделение клинической больницы на ст.Красноярск. 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 руб. В результате проведенного лечения ее самочувствие значительно улучшилось, опухоль на ноге полностью прошла. Считает, что врач-хирург МУЗ Городская поликлиника №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 МУЗ «ГП» 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 10x8см. 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 10.0x8.0см Произведена пункция. Отделяемого не получено. Ас.повязка. Диагноз: Инфильтрат н/3 левого бедра».

С материалами дела представлена «Медицинская карта стационарного больного» из НУЗ «Клинической больницы» ст.Красноярск, 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 НУЗ «Клинической больницы» ст.Красноярск, 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 БН.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 Павлова, 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 2009г.

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. 23.06.2009г. ко мне обратилась на прием в МУЗ «ГП» 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 10x8см, 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. 4. 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 МУЗ «Городская поликлиника?

2. Правильно ли было назначено и проведено лечение Б. Н.М. врачом-хирургом МУЗ Городская поликлиника?

**Задача №5.** УК-1 УК-2 УК-3 ПК-1 ПК-2 ПК-3 ПК-5 ПК-6 ПК-8 ПК-9

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 К 779 XX, допустил наезд на пешехода-престарелую О., находившуюся возле задней части автомобиля. В ходе предварительного следствия установлено, что 04. декабря 2009г. О. доставлялась в стационар КБ-51, где ей была оказана медицинская помощь и она отпущена домой, где впоследствии скончалась. На основании изложенного и руководствуясь ст. 195 (196), 199, 2007 УПК РФ постановил назначить судебно-медицинскую экспертизу, производство которой поручить экспертам отделения сложных экспертиз КГБ СМЭ...». В распоряжение экспертной комиссии представлены следующие документы:

1. Настоящее постановление.
2. Материалы уголовного дела №659.
3. Рентген-снимки-2шт. 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: 16.час.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., 1934г. доставлена в ПДО КБ №1 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 ФГУЗ КБ №1».

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 КБ-51 на имя О., 75 лет следует, что вызов принят 04.12.2009г. в 16час. 20мин.. Взята с улицы со двора пр.Ленинградский, . В записи врача скорой помощи: «Жалобы на боли в правой ноге выше стопы. Сбило 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 ПДО в 16час. 47мин. 04.12.2009г. Врач : В 17час. 40мин.. 04.12.2009г. Осмотрена дежурным хирургом ПДО: «Жалобы на боль в области правого голеностопного сустава и нижней трети, кровоподтек мягких тканей (размерами около 12x6x0,5см.), 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 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. 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 0.1934г. 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. 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 7x5см.) 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. 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. 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 \*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. ?

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

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

4.Могли ли врачи КБ-1 диагностировать телесное повреждение, от которого скончалась О. и вовремя госпитализировать О. до наступления летального исхода?

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

6. Правильно ли действовали врачи в данной ситуации?

**Эталон № 1.**

1. Причиной смерти Л.А.В. явилась острая спаечная тонкокишечная непроходимость, осложнившаяся перитонитом, полиорганной недостаточностью и эндотоксикозом транслокационного кишечного генеза. Данный • вывод подтверждается клиническими данными (рвота до 20 раз в сутки), рентгенологическими данными (на всех рентген-снимках чаши Клойбера, кишечные арки), результатами интраоперационного обследования (серозный выпот в брюшной полости, запаянные петли тонкой кишки в виде двустволок, раздутые приводящие петли тонкой кишки), данными судебно-гистологического исследования (согласно акта судебно-гистологического исследования №1478» от 14.03.2011г. в тонком кишечнике очаговые некрозы, микроскопическая картина серозно-фибринозного, гнойно-фибринозного перитонита, во внутренних органах диффузные микроциркуляторные и дистрофические изменения).

2. Тяжесть состояния больного с тонкокишечной непроходимостью напрямую определяется давностью тонкокишечной непроходимости и, соответственно, сроками выполнения хирургической операции. В данном случае, в момент поступления Л. А.В. в ЦРБ в 01 час. 35мин. 07.10.10г., при наличии спаечной болезни в анамнезе, жалоб на тошноту, многократную рвоту, хирургом П.Д.А. не проведено должного обследования на предмет исключения острой хирургической патологии со стороны живота (обзорная рентгенография живота, повторный осмотр хирурга через 2-4 часа). При повторном осмотре в 09.00час. 07.10.10г., в условиях сохраняющейся многократной рвоты, вздутия живота, при наличии явных рентгенологических признаках спаечной кишечной непроходимости (чаша Клойбера, кишечная арка) на момент выполнения первого рентгенологического исследования, хирургом П.Д.А. не выставлен диагноз острой кишечной непроходимости и не сформулированы показания к экстренной хирургической операции. При выставленном диагнозе «Спаечная кишечная непроходимость?» избрана тактика ведения без исследования пассажа бария по кишечнику и врачебное наблюдение в динамике с нарушением регламентированных хирургической доктриной сроков в пределах 2-4 часов. Кроме того, не назначена должная консервативная и инфузионная заместительная терапия при сохраняющейся рвоте до 20 раз в сутки. Врачом-рентгенологом Д.С.В не диагностированы явные признаки кишечной непроходимости на первичном рентген-снимке (чаша Клойбера, кишечная арка) Вышеуказанные дефекты хирурга по тактике ведения и лечения больного ребенка и ошибка в диагностике врача- рентгенолога привели к тому, что экстренное оперативное вмешательство по поводу острой спаечной тонкокишечной непроходимости проведено с явным опозданием, через 14 час.25 мин с момента госпитализации, на высоте эндотоксикоза и декомпенсации основных функций организма, что и явилось основным в наступлении неблагоприятного исхода.

**Эталон № 2.**

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. 3. 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  
дифференциальной диагностики, основанного на принципе онкологической  
настороженности по отношению к больным с синдромом дисфагии.

1. 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).
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 «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.

**Эталон № 3.**

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 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 CP №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.

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.

**Эталон № 4.**

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 ультразвуковой допплерографии венозных сосудов результатами патогистологического исследования макропрепарата.

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.

**Эталон № 5.**

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 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.

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.

**6. Перечень практических умений по изучаемой теме**

(УК-1, УК-2, УК-3, ПК-5, ПК-6, ПК-10);

-применять на практике основы законодательства РФ о здравоохранении и директивные документы, определяющие деятельность органов и учреждений здравоохранения;

-оформлять типовые формы медицинской документации для бюро судебно-медицинской экспертизы;

**7. Рекомендации по выполнению НИР**

Примерная тематика по НИР по теме - не предусмотрена.

**8. Рекомендованная литература по теме занятия (обязательная, дополнительная, электронные ресурсы, включая законодательные и нормативно-правовые документы)**

**Основная литература**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **№** | **Наименование, вид издания** | **Автор**  **(-ы),**  **составит** | **Место**  **издания,**  **издательств** | **Кол-во экземпляров** | |
| **п/** |  |  |  | **в библиотеке** | **на**  **кафедр** |
| 1 | [Судебная медицина и судебно-медицинская экспертиза](https://krasgmu.ru/index.php?page%5bcommon%5d=elib&cat=catalog&res_id=57500) [Электронный ресурс] : нац. рук.. - Режим доступа: http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970428207.html | гл. ред. Ю. И. Пиголкин | М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014. | ЭМБ Консультант врача | -/- |

**Дополнительная литература**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **№** | **Наименование, вид издания** | **Автор**  **(-ы),**  **составит** | **Место**  **издания,**  **издательств** | **Кол-во экземпляров** | |
| **п/** |  |  |  | **в библиотеке** | **на**  **кафедр** |
|  |  |  |  |  |  |
| 1 | [Документация осмотра места происшествия и трупа на месте его обнаружения. Пределы ком­петенции судебно-медицинского эксперта. Отвод эксперта](https://krasgmu.ru/index.php?page%5bcommon%5d=elib&cat=catalog&res_id=54841) [Электронный ресурс] : практ. занятие. - Режим доступа: http://krasgmu.ru/sys/files/ebooks/54841/54841.pptx | И. В. Федин | Красноярск : КрасГМУ, 2015. |  |  |
| 2 | [Определение степени тяжести вреда здоровью. Применение правил и медицинских критериев. Ответы на вопросы](https://krasgmu.ru/index.php?page%5bcommon%5d=elib&cat=catalog&res_id=57503) [Электронный ресурс]. - Режим доступа: http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970425459.html | В. А. Клевно, И. Н. Богомолова | М. : ГЭОТАР-Медиа, 2013. | ЭМБ Консультант врача |  |
| 3 | [Посмертные повреждения костей черепа](https://krasgmu.ru/index.php?page%5bcommon%5d=elib&cat=catalog&res_id=49655) | В. И. Лысый | Красноярск : Б.и., 2015. | 2 |  |
| 4 | [Сексуальное насилие и инфекции, передаваемые половым путем](https://krasgmu.ru/index.php?page%5bcommon%5d=elib&cat=catalog&res_id=51063) [Электронный ресурс] : учеб. пособие для врачей. - Режим доступа: http://krasgmu.vmede.ru/index.php?page[common]=elib&cat=&res\_id=51063 | В. В. Волошин, Ю. В. Карачева, Т. Н. Гузей | Красноярск : КрасГМУ, 2015. | ЭБС КрасГМУ |  |
| 5 | [Ситуационные задачи и тестовые задания по судебной медицине. Подготовка к курсовому зачету](https://krasgmu.ru/index.php?page%5bcommon%5d=elib&cat=catalog&res_id=58345) [Электронный ресурс] : учеб. пособие. - Режим доступа: http://www.studmedlib.ru/ru/book/ISBN9785970432617.html | ред. П. О. Ромодановский, Е. Х. Баринов | М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. | ЭБС Консультант студента (ВУЗ) |  |
| 6 | [Судебная медицина](https://krasgmu.ru/index.php?page%5bcommon%5d=elib&cat=catalog&res_id=64275) [Электронный ресурс] : учеб. для мед. вузов. - Режим доступа: http://ibooks.ru/reading.php?productid=350699 | В. Л. Попов, А. В. Ковалев, О. Д. Ягмуров [и др.] | СПб. : Юридический центр, 2015. | ЭБС iBooks |  |
| 7 | [Судебная медицина](https://krasgmu.ru/index.php?page%5bcommon%5d=elib&cat=catalog&res_id=61314) [Электронный ресурс] : учебник. - Режим доступа: https://www.biblio-online.ru/viewer/82CA03A7-86CA-4247-B850-1860B0550 | В. И. Акопов | М. : Юрайт, 2018. | ЭБС Юрайт |  |
| 8 | [Судебная медицина](https://krasgmu.ru/index.php?page%5bcommon%5d=elib&cat=catalog&res_id=58335) [Электронный ресурс] : учебник. - Режим доступа: http://www.studmedlib.ru/ru/book/ISBN9785970433409.html | ред. Ю. И. Пиголкин | М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. | ЭБС Консультант студента (ВУЗ) |  |
| 9 | [Судебная медицина](https://krasgmu.ru/index.php?page%5bcommon%5d=elib&cat=catalog&res_id=58344) [Электронный ресурс] : учебник. - Режим доступа: http://www.studmedlib.ru/ru/book/ISBN9785970430491.html | П. О. Ромодановский, Е. Х. Баринов, В. А. Спиридонов | М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014. | ЭБС Консультант студента (ВУЗ) |  |
| 10 | [Судебная медицина в схемах и рисунках](https://krasgmu.ru/index.php?page%5bcommon%5d=elib&cat=catalog&res_id=58341) [Электронный ресурс] : учеб. пособие. - Режим доступа: http://www.studmedlib.ru/ru/book/ISBN9785970433508.html | П. О. Ромодановский, Е. Х. Баринов | М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. | ЭБС Консультант студента (ВУЗ) |  |
| 11 | [Судебная медицина. Лекции](https://krasgmu.ru/index.php?page%5bcommon%5d=elib&cat=catalog&res_id=58337) [Электронный ресурс] : учеб. пособие. - Режим доступа: http://www.studmedlib.ru/ru/book/01-COS-2182.html | Ю. И. Пиголкин, И. А. Дубровин, И. А. Дубровина [и др.] | М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. | ЭБС Консультант студента (ВУЗ) |  |
| 12 | [Судебная медицина. Руководство к практическим занятиям](https://krasgmu.ru/index.php?page%5bcommon%5d=elib&cat=catalog&res_id=58343) [Электронный ресурс] : учеб. пособие. - Режим доступа: http://www.studmedlib.ru/ru/book/ISBN9785970432624.html | П. О. Ромодановский, Е. Х. Баринов, В. А. Спиридонов | М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. | ЭБС Консультант студента (ВУЗ) |  |
| 13 | [Судебная педиатрия](https://krasgmu.ru/index.php?page%5bcommon%5d=elib&cat=catalog&res_id=64276) [Электронный ресурс] : учеб. для педиатр. вузов и фак.. - Режим доступа: http://ibooks.ru/reading.php?productid=350700 | В. Л. Попов, В. М. Караваев | СПб. : Юридический центр, 2015. | ЭБС iBooks |  |
| 14 | [Судебно-медицинская экспертиза родовой травмы новорожденных: биомеханика и диагностика](https://krasgmu.ru/index.php?page%5bcommon%5d=elib&cat=catalog&res_id=47624) | С. Л. Парилов, В. А. Клевно, Н. И. Бубнова [и др.] ; ред. В. А. Клевно | М. : Ассоциация СМЭ, 2015. | 8 |  |
| 15 | [Судебно-психологическая экспертиза](https://krasgmu.ru/index.php?page%5bcommon%5d=elib&cat=catalog&res_id=61302) [Электронный ресурс] : учеб. для вузов. - Режим доступа: https://biblio-online.ru/viewer/42516E4F-1DB9-4F07-A521-0CF5788B97F7# | Ф. С. Сафуанов | М. : Юрайт , 2018. | ЭБС Юрайт |  |

**Электронные ресурсы**

ЭБС КрасГМУ «Colibris»;

ЭБС Консультант студента ВУЗ

ЭМБ Консультант врача

ЭБС Айбукс

ЭБС Букап

ЭБС Лань

ЭБС Юрайт

СПС КонсультантПлюс

НЭБ eLibrary

БД Sage

БД Oxford University Press

БД ProQuest

БД Web of Science

БД Scopus

БД MEDLINE Complete