**Задание для студентов стоматологического факультета 4 курса**

**Для выполнения индивидуального задания, Вам необходимо выбрать задачу из документа соответствующую вашему номеру в списки группы.**

**При решении задачи необходимо дать развернутый ответ на поставленные вопросы, выполненное задание отправить на сайт в срок до 26.03.2020 год включительно.**

**Задача № 1.**

 **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?

 **Задача № 2**

**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 №6, 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?
2. Степень тяжести вреда причиненного здоровью человека?
3. Механизм повреждения?
4. Давность нанесения травмы?
5. Обстоятельства нанесения травмы?

**Задача № 3**

 **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?

**Задача № 4**

**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?

 **Задача № 5**

 **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?

**Задача №6.**

 **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?

 **Задача № 7**

**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?

**Задача № 8**

 **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?

**Задача № 9**

 **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?
2. Степень тяжести вреда причиненного здоровью человека?
3. Механизм повреждения?
4. Давность нанесения травмы?
5. Состояние алкогольного опьянения?

 **Задача № 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?

**Задача № 11.**

 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?

 **Задача № 12**

 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?

 **Задача № 13**

 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?

2. Степень тяжести вреда причиненного здоровью человека?

3. Механизм повреждения?

4. Давность нанесения травмы?

5. Обстоятельства нанесения травмы?

**Задача № 14**

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?

 **Задача № 15**

 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?