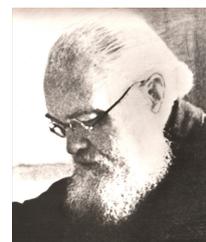




ГОУ ВПО  
«Красноярский государственный медицинский  
университет им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого  
Министерства здравоохранения и социального  
развития Российской Федерации»



Кафедра судебной медицины ИПО

# СУДЕБНАЯ МЕДИЦИНА

сборник ситуационных задач с эталонами ответов  
для студентов 6 курса, обучающихся по специальности  
040100 – лечебное дело

Красноярск  
2011

УДК 340.6 (076)

ББК 58

С 89

**Судебная медицина:** сборник ситуационных задач с эталонами ответов для студентов 6 курса, обучающихся по спец. 040100 – лечебное дело / сост. В.И. Чикун, Н.Н. Свидрицкая, С.Л. Парилов и др. – Красноярск: тип. КрасГМУ, 2011.– 122 с.

**Составители:** д.м.н., доцент Чикун В.И.,  
к.м.н., доцент Свидрицкая Н.Н.,  
д.м.н., доцент Парилов С.Л.  
ассистент Зиненко Ю.В.,  
ассистент Хлуднева Н.В.,  
к.м.н., ст. преподаватель Глизер С.Э.,  
к.м.н., ассистент Аверченко И.В.,  
ассистент Пяткова Е.В.  
ассистент Дуков Д.В.  
ассистент Хисамутдинов Р.А.

Ситуационные задачи с эталонами ответов полностью соответствуют требованиям Государственного образовательного стандарта (2000) высшего профессионального образования по специальности 040100 – лечебное дело; адаптированы к образовательным технологиям с учетом специфики обучения по специальности 040100 – лечебное дело.

**Рецензенты:** И.О. зав. кафедрой патологической анатомии им. П.Г. Подзолкова,  
д.м.н., профессор Л.Д.Зыкова.  
Зав. кафедрой гистологии и эмбриологии  
д.м.н., профессор Н.Н.Медведева

Утверждено к печати ЦКМС КрасГМУ (протокол № 7 от 28.04.11. г.)

КрасГМУ  
2011

## ОГЛАВЛЕНИЕ:

Тема № 1. Процессуальные основы экспертизы; осмотр трупа на месте его обнаружения.....	4
Тема № 2. Судебно-медицинское исследование ( экспертиза) трупа.....	16
Тема № 3. Документирование судебно-медицинского исследования (экспертизы трупа).....	26
Тема № 4. Судебно-медицинская экспертиза повреждений, причиненных тупыми орудиями.....	33
Тема № 5. Судебно-медицинская экспертиза повреждений, причиненных острыми орудиями.....	40
Тема № 6. Судебно-медицинская экспертиза огнестрельной, взрывной травмы.....	46
Тема № 7. Судебно-медицинская экспертиза трупа новорожденного младенца.....	53
Тема № 8. Судебно-медицинские аспекты экспертизы отравлений.....	59
Тема № 9. Судебно-медицинские аспекты экспертизы механической асфиксии.....	65
Тема № 10. Судебно-медицинская экспертиза скоропостижной смерти.....	71
Тема № 11. Судебно-медицинская экспертиза действия крайних температур и электричества.....	78
Тема № 12. Судебно-медицинская экспертиза степени тяжести вреда, причиненного здоровью человека.....	84
Тема № 13. Амбулаторный прием.....	87
Тема № 14. Судебно-медицинская экспертиза в случаях преступлений против половой неприкосновенности и половой свободы личности.....	92
Тема № 15. Профессиональные и профессионально-должностные правонарушения медицинских работников.....	97
Тема № 16. Решение экспертных задач.....	116

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

### **Задача №1.**

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 №18» из ГКБ №20 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 №467» от 21.01.2010г., согласно которому «Выводы: На основании судебно-медицинской экспертизы истории болезни №18 из ГKB №20 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?

## **Задача №2.**

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 №6.

Представлена медицинская карта стационарного больного №1044 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?

### **Задача №3.**

Обстоятельства дела: Из постановления о назначении судебно-медицинской экспертизы, вынесенного 01.04.2010 главой Администрации г. Канска Ерёмным В., 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.**

В постановлении указано, что «18.01.е.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 причинной связи с изнасилованием? 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-медицинский эксперт отказаться от производства данной экспертизы, т.к. он учувствовал в предварительных следственных действиях (освидетельствовании)?

#### **Задача № 5.**

Обстоятельства дела: Из определения о назначении судебно-медицинской экспертизы, вынесенного Ачинским районным судом по иску гр-ки Б. к частной медицинской клинике «Преображение», 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 «Преображение» 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 Белобородовым?
2. Какие основания имелись у суда для отвода судмедэксперта Белобородова?
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»?

#### **Задача № 6.**

Труп гр-на Х., 28 лет, обнаружен 05.06. с.г., висящим в скользящей петле из плотного шнура диаметром 1 см, привязанного к крюку в стене на высоте 158 см от пола, рядом лежит перевернутая табуретка. Труп холодный на ощупь, трупные пятна багрово-синюшные, разлитые, опоясывающие на руках, ногах, поясничной области; при дозированном давлении бледнеют и восстанавливаются через 20 сек; трупное окоченение хорошо выражено в мышцах нижней челюсти, слабо - в мышцах верхних и нижних конечностей; феномен идиомускулярной опухоли положительный – мышечный валик появляется быстро, высотой 2 см; температура печени при глубокой термометрии 35°. На шее одиночная, незамкнутая, неравномерная по глубине, косовосходящая спереди назад и снизу вверх странгуляционная борозда, с бледно-коричневым дном и наличием краевых валиков.

1. Определить давность наступления смерти.
2. Высказать суждение о предполагаемой причине смерти.
3. Высказать суждение о возможности причинения повреждения собственной (посторонней) рукой.
4. Дать рекомендации следователю как поступить с петлей.

### **Задача № 7.**

Труп гр-ки К., 48 лет, 10.08.с.г. обнаружен в полусгоревшем сарае, лежащим на полу. Труп на ощупь теплый в подмышечных впадинах, окоченение выражено хорошо в мышцах нижней челюсти. Кожные покровы, видимые слизистые, трупные пятна ярко красные, разлитые на задней поверхности туловища и конечностей, при дозированном давлении бледнеют и восстанавливают окраску через 30 секунд. Температура печени при глубокой термометрии 35°. На передней поверхности правой голени в средней трети ссадина 1,5×0,8 с красным дном.

1. Определить давность наступления смерти.
2. Высказать суждение о возможной причине смерти.
3. Помочь следователю в выемке вещественных доказательств.
4. Помочь следователю вынести вопросы на разрешение при экспертизе трупа.

### **Задача № 8.**

Труп гр-ки В., 27 лет, обнаружен около дома, где он проживала, 19.06.с.г. в луже крови с ранением в области живота. Труп на ощупь теплый, трупное окоченение слабо намечено в мышцах нижней челюсти; трупные пятна островчатые багрово-синие в области спины, при дозированном давлении бледнеют и восстанавливают окраску через 20 сек. Температура печени при глубокой термометрии 36° С. На брюшной стенке в подреберье по среднеключичной линии рана с ровными краями, остроугольными концами длиной при сомкнутых краях 4 см. Из раны подтекает кровь, в глубине раневого канала видна поврежденная печень.

1. Высказать суждение о возможной причине смерти.
2. Решить вопрос о предполагаемом оружии травмы.
3. Помочь следователю в выемке вещественных доказательств.
4. Определить давность наступления смерти.

### **Задача № 9.**

Труп гр-на К., 27 лет, обнаружен 20.08 с.г., в районе массива гаражей с повреждением в области грудной клетки, под трупом и рядом с ним лужа крови. Труп на ощупь холодный, трупные пятна очаговые багрово – синие в области спины, при дозированном давлении - не бледнеют, трупное окоченение выражено хорошо во всех группах обычно исследуемых мышц. Температура печени при глубокой термометрии 1.5По среднеключичной линии слева в 5 межреберье, по ходу его, рана с ровными неосаженными краями, одним остроугольным, другим – закругленным концом, длиной при сведенных краях 2,5 см. Вокруг раны 20x15 см подкожная эмфизема. Из раны при переворачивании трупа подтекает жидкая темная кровь.

1. Высказать суждение о предполагаемой причине смерти.

2. Высказать суждение о предполагаемом орудии травмы.
3. Определить давность наступления смерти.
4. Какие объекты обычно изымает следователь в таких случаях?

### **Задача № 10.**

Труп гр-на К., 40 лет, обнаружен в сквере около проезжей части дороги 07.08. с.г. около 06 ч. Жители I этажа, рядом стоящего дома, сообщили, что слышали около 00 часов какие-то крики. Трупные пятна багрово-синие разлитые на лице, животе, верхних и нижних конечностях спереди, при дозированном давлении бледнеют и восстанавливают свою окраску через 32 секунды. Трупное окоченение выражено хорошо во всех группах обычно исследуемых мышц. При глубокой термометрии печени температура 31°. В соединительных оболочках век точечные кровоизлияния. На боковой поверхности шеи справа в верхней трети округлый багрово-синий кровоподтек 1,5x1,5 см, такие же 3 кровоподтека на боковой поверхности шеи слева 1,0 x1,0 см, 3 ссадины серповидной формы с темно-красным дном расположенных в области кровоподтеков, 1x0,1 см.

1. Решить вопрос о предполагаемой причине смерти.
2. Решить вопрос о давности наступления смерти.
3. Оказать помощь следователю при формулировании вопросов на разрешение эксперта.
4. Дать оценку возможного происхождения повреждений в области шеи.

### **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.

### **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 материалы для производства судебной экспертизы.

4. Судебно-медицинский эксперт имеет право самостоятельно направить на исследование потерпевшего и использовать эти рентгенснимки согласно приказу МЗ №346н.

### **Эталон № 3.**

1. При назначении судебно-медицинской экспертизы постановление о назначении экспертизы вынесено ненадлежащим лицом (главой Администрации г. Канска Ерёминым В.)- 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 право назначить врачом-экспертом хирурга.

3. 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.

4. 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.

### **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 вопросам (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.

### **Эталон № 6.**

1. Учитывая состояние трупного окоченения, трупные пятна при дозированном давлении бледнеют и восстанавливают окраску через 20 секунд, хорошо выраженный мышечный валик (феномен идиомускулярной опухоли положительный), температура печени 35°, что соответствует давности наступления смерти в пределах 3,5-5,5 часов на момент обнаружения.

2. Обнаружение в области шеи странгуляционной борозды дает основание предполагать наличие механической асфиксии от сдавления органов шеи петлей.

3. Косо-восходящий характер странгуляционной борозды, неравномерная глубина, незамкнутость являются характерными для затягивания петли под тяжестью собственного веса тела.

4. Петлю разрезать на месте противоположном узлу, затем сшить края и упаковать.

### **Эталон № 7.**

1. Учитывая состояние трупного окоченения, трупные пятна восстанавливаются через 30 секунд, температура печени 35°, есть основания считать, что давность наступления смерти от 3,5 до 5,5 часов на момент обнаружения.

2. Цвет трупных пятен, слизистых оболочек дает основание предполагать о причине смерти – отравлении окисью углерода.

3. В данном случае на месте обнаружения трупа вещественные доказательства не могут быть изъяты, в связи с их отсутствием. Решение этого вопроса входит в компетенцию следователя.

4. В данном случае целесообразно рассмотреть следующие вопросы:

а) причина смерти; б) наличие повреждений и их отношение к причине смерти; в) употреблял ли алкоголь, если да, степень опьянения; г) темп умирания; д) другие вопросы, которые посчитает возможным рассмотреть следователь.

### **Эталон № 8.**

1. Обнаружение в области живота раны с проникновением в полость брюшины (из раны подтекает кровь), островчатые трупные пятна, наличие крови на месте обнаружения трупа дает основание полагать, что непосредственной причиной смерти является острая кровопотеря.

2. Особенности раны на коже: ровные края, остроугольные концы, проникновение в полость брюшины (раневого канала) дает основание предполагать о колото-резаном ранении с обоюдо-острым клинком и шириной на уровне погружения в пределах 4 см.

3. Исходя из характеристики клинка, на месте происшествия следователю есть необходимость в выемке аналогичного орудия травмы (со следами крови, без следов).

4. Учитывая, что трупные пятна восстанавливают свою окраску через 20 секунд, температура печени 36° есть основание считать, что давность наступления смерти от 2,5 до 4,5 часов.

### **Эталон № 9.**

1. Учитывая наличие очаговых трупных пятен при осмотре трупа, раны проникающей в грудную клетку, предположительная причина смерти – острая кровопотеря, вследствие имеющегося ранения.

2. Особенности раны ровные, неосажденные края, один конец – острый, другой – закругленный, есть основания считать, что повреждение возникло от действия колюще-режущего орудия (предмета) с односторонней заточкой клинка, шириной клинка на уровне погружения в пределах 2,5 см. О длине клинка судить не представляется возможным.

3. На момент осмотра трупное окоченение выражено хорошо во всех группах мышц. Трупные пятна при дозированном давлении не бледнеют. Температура печени 15°, что свидетельствует о давности наступления смерти в пределах 23,5-25,5 часов на момент обнаружения трупа.

4. В данном случае следователю важно с помощью эксперта выявить на месте происшествия предполагаемое орудие травмы (см.п.2), правильно его упаковать как для судебно-биологического, так и медико-криминалистического исследования.

## Эталон № 10.

1. Наличие повреждений на шее в виде ограниченных округлых кровоподтеков и серповидных ссадин, дает основание полагать о возможной причине смерти – удушении руками.

2. Состояние трупных пятен и трупного окоченения, результаты глубокой термометрии печени, дает основание считать давность наступления смерти – 6,5-9,5 часов на момент обнаружения трупа.

3. В данном случае следует рассмотреть вопросы: причина смерти; наличие повреждений; механизм, давность, тяжесть причиненного вреда здоровью, отношение к причине смерти; наличие заболеваний и их отношение к причине смерти; темп умирания; употреблял ли алкоголь незадолго до наступления смерти, если да, то степень опьянения; давность наступления смерти.

4. Повреждения в области шеи (п.1) укладываются в действия руки постороннего человека.

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

### Задача №1.

**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‰, в моче - 1,6‰ этилового спирта.

При судебно-гистологическом исследовании в стенке глубокой вены и окружающих тканях умеренная лимфо-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.**

**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 4x2см, 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 16x12x10см, 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 5x4см. Коронарные артерии на разрезе не спадаются, просвет их сужен эксцентрически расположенными бляшками до диаметра. В полости желудка содержимого нет. Печень размерами 29x24x23x12см, массой 1920гр., поверхность гладкая, передний край закруглен, ткань плотно-эластичная, на разрезе пестрого вида, за счет темно-вишневых вкраплений на коричневом фоне. Селезенка размером 14x11x6см, 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.**

**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 10x7x5см, 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 12x8x5см, весом 360гр. Мышца сердца мягко-эластичная, на разрезе имеет равномерный тусклый серо-коричневый цвет с мелкими прослойками белесой ткани. Печень размерами 21x16x13x7см, 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.**

**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 1,5x1см, 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, 12x5x3см, 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 пенная жидкость и жидкая кровь. Сердце обложено жиром, эластичной консистенции, шаровидной формы, с закругленной верхушкой, размерами около 15x10x7см. 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.**

**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 пенная 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?

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

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

3. Страдал ли хроническими заболеваниями?

## Эталон № 1.

1. Причиной смерти гр-на М. явилось заболевание – тромбоз 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 лимфо-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‰, в моче - 1,6‰ 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 багово-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-багового 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.

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

#### **Задача № 1.**

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. Внутривенная температура 23°C. 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 1,9x2,3см. Скелетные мышцы светло-красного цвета влажные, блестящие. Сердце плотноватое на ощупь, размером 12,0x10,0x6,0см, 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.**

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 34,2°C. 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 передненааружной 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.**

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 35,0°C. 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 мелкоочечных, 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.**

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. Внутривенная температура 21°С. 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 мелкоочечные 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.**

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. Внутривенная температура 18°C. 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 23°C), 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.
2. 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 34,2°C), смерть его наступила в пределах 4-6-ти часов на момент проведения экспертизы трупа.
3. 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.

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

5. 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 35,0°C), 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 °С), 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 18°С), 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.

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

##### **Задача № 1.**

Труп гр-ки З., 36 лет, обнаружен 3.04.с.г. сожителем в квартире лежащим на диване с признаками насильственной смерти. Трупные пятна островчатые, бледно-синюшные, на заднебоковых поверхностях туловища. На боковой поверхности грудной клетки слева по средней подмышечной линии, в проекции 10-11 ребер прерывистый кровоподтек 5x2см, багрово-синюшного цвета, с четкими контурами. Обнаружены переломы 10,11-го ребер по средней подмышечной линии слева. Переломы полные, поперечные, края на внутренней костной пластинке ровные, отвесные, на наружной костной пластинке неровные, крупно- и мелкозубчатые, скошенные, с выкрашиваниями компактного вещества. В местах переломов кровоизлияния. В брюшной полости темная жидкая кровь и рыхлые темно-вишневые свертки крови, объемом около 2000 мл. В области ворот селезенки зигзагообразный разрыв с неровными краями, острыми концами длиной 5см, глубиной 0,5см. Отмечаются кровоизлияния в окружающую жировую клетчатку. На разрезе ткань селезенки бледно-вишневого цвета, малокровная, пульпа соскоб не дает. Повреждений других органов не обнаружено. Внутренние органы малокровные. Гистологически: малокровие сосудов микроциркуляторного русла в почке, печени, сердце. Разрыв капсулы и паренхимы селезенки с образованием полости, заполненной свертком крови, делимфатизация фолликулов селезенки с расширением герминативных центров. Кровоизлияние в скелетной мышце области грудной клетки с признаками вазоконстрикции и диапедезом небольшого числа лейкоцитов по ходу двух мелких сосудов на границе кровоизлияний, что по данным литературы может иметь место в сроки от 1 до 2-3 часов.

1. Определить наличие повреждений, их вид, характер, локализацию.
2. Каков механизм повреждения?
3. Решить вопрос о прижизненности (давности) повреждений.
4. Какова тяжесть вреда, причиненного здоровью человека?
5. Какова причина смерти?

## Задача № 2.

Труп гр-на В., 25 лет, обнаружен 10 декабря с.г. в сквере, с повреждением в области головы: в области левого теменного бугра параллельно средней линии головы, в 5,5см от нее, и в 19 см кзади от верхнего края глазницы почти прямолинейная рана длиной 6,3см. Края ее неровные, осаднены и разможены, концы представляются закругленными с межтканевыми перемычками с сочным темно-красным кровоизлиянием на участке диаметром 8см, толщиной до 0,8см. На теменной кости, соответственно ране, трещина с расхождением краев на 0,5см, переходящая на чешую затылочной кости, которая заканчивается, разветвляясь, в виде «ласточкиного хвоста» - 1,5см от края затылочного отверстия. Общая длина ее 16,2см. Между костями свода черепа и твердой мозговой оболочкой, соответственно трещине, до 150мл жидкой темной крови (эпидуральная гематома). Твердая мозговая оболочка напряжена. Под ней, в левой теменно-затылочной области, частично распространяясь на основание мозга, жидкая кровь с мелкими свертками до 250мл. В этой же области мягкие мозговые оболочки приподняты над веществом мозга тонким кровоизлиянием на площади 12x5,6см. На миндалинах мозжечка кольцевидное углубление ткани... В сером веществе мозга, в левой теменной доле множественные мелкоточечные кровоизлияния на площади 6x7см. В желудочках мозга следы жидкой крови. Кости основания черепа целы. Внутренние органы умеренно кровенаполнены. Болезненных изменений со стороны их не обнаружено... При медико-криминалистическом исследовании раны волосистой части головы: края неровные, с кровоизлияниями в толщу. Эпидермис по краям отсутствует или представлен отдельными лоскутками, концы раны закруглены с межтканевыми перемычками, в стенках и частично по краям видны размятые луковицы волос и внедрившиеся инородные частицы, напоминающие кусочки древесины... Гистологически: установлена картина ушиба вещества головного мозга, прижизненные под- и межоболочечные кровоизлияния с давностью травматического процесса до суток.

1. Определить наличие повреждений, их вид, характер, локализацию.
2. Каков механизм повреждения?
3. Решить вопрос о прижизненности (давности) повреждений.
4. Какова тяжесть вреда, причиненного здоровью человека?
5. Какова причина смерти?

## Задача № 3.

При столкновении а/транспорта 19.02 с.г., водитель П., 24 лет, получил телесные повреждения. Находился на стационарном лечении в отделении челюстно-лицевой хирургии по поводу двустороннего перелома нижней челюсти в области угла справа и тела слева с незначительным смещением отломков. При поступлении в отделение 19.02. с.г.: конфигурация лица изменена за счет обширной гематомы в области угла нижней челюсти справа. Открывание рта до 3см. 22.02. с.г. проведено удаление 8го зуба на нижней

челюсти справа; проведено шинирование, прикус фиксирован. Выписан из отделения через 10 дней на долечивание.

1. Определить вид, характер, локализацию повреждений.
2. Решить вопрос о механизме образования.
3. Определить давность возникновения повреждений.
4. Оценить тяжесть причиненного вреда здоровью.

#### **Задача № 4.**

Труп гр-на Т., 44 лет, обнаружен 05.11.с.г., в подвале дома ... по ул. ... На передней поверхности грудной клетки справа по передней подмышечной линии кровоподтек неправильно-овальной формы, багрово-синюшного цвета, с четкими контурами, 7x8см. При ощупывании ребер справа отмечается патологическая подвижность 4-7 ребер от задне-подмышечной линии до околопозвоночной линии. В связи с чем до вскрытия трупа произведена проба на пневмоторакс, при этом из правой плевральной полости обильно выделяются пузырьки газа. Имеется сочное, массивное со студневидным отеком тканей темно-вишневое кровоизлияние в мышцы груди и межреберные мышцы, между лопаточной и средне-подмышечной линиями справа в проекции от 2-го до 8-го ребер, на участке 18x12 см. Рассечены ребра по хрящевым сочленениям; выделена и осмотрена грудина – повреждений, патологической подвижности не обнаружено. Правое легкое выполняет объем плевральной полости на 1/2-1/3, левое - на 3/4. Купол диафрагмы располагается справа на уровне 7 ребра, слева - на уровне 8 ребра. В правой плевральной полости содержится около 240 мл густой, темно-вишневой крови. Правое легкое резко уменьшено в размерах за счет верхней доли, подтянуто к средостению, имеет дряблую, тестоватую консистенцию. На задней поверхности верхней доли правого легкого, в проекции 3-4 ребер обнаружено два овальной формы разрыва висцеральной плевры и ткани легкого, 1,3x0,8 см и 1,2x0,7 см, с относительно ровными краями, закругленными концами, с кровоподтечными стенками, распространяющимися вглубь ткани на 0,9-1,2 см. При ревизии костного скелета обнаружены полные, косопоперечные переломы 2,3,4,5,7 ребер справа по заднее-подмышечной линии, 3 ребра справа - по околопозвоночной линии, 4 ребра справа по передне-подмышечной линии. Данные переломы имеют сходные свойства: по внутренней поверхности ребер края переломов, ровные, отвесные, сопоставимые; по наружной поверхности ребер отмечается сминание и зубчатого вида выкрашивание компактного вещества; в проекции переломов 3,4 ребер имеются разрывы пристеночной плевры с выстоянием подвижных костных фрагментов в плевральную полость. Длинные трубчатые кости верхних и нижних конечностей, кости тазового кольца, позвоночник, остальные ребра, грудина, ключицы, лопатки не повреждены. «Гистологически констатирована картина плевропульмонального шока: гемодинамические, гемореологические расстройства по типу шунтирования кровотока в легком, почке, печени; малокровие, дистония сосудистого русла в сердце, стаз, агрегация

эритроцитов по сосудам микроциркуляторного русла). Очаговые кровоизлияния в «пристеночной плевре» и прилежащих мягких тканях, кусочке «мышцы груди» с реактивными изменениями (давностью более 30 мин-1 часа, до 6-12 часов)».

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.**

Из постановления ... известно, что труп гр. Н., 65 лет, был обнаружен 6.01.с.г. в 18 часов в 1,5 м от стены дома. Каких-либо повреждений на теле трупа не обнаружено. В кармане пиджака обнаружена записка: “Прошу в моей смерти никого не винить. Жить не хочу, так как болен неизлечимой болезнью”. Каких-либо повреждений при наружном исследовании не обнаружено. При внутреннем исследовании в просвете сосудов сердца и аорты следы жидкой крови. В сердечной сорочке 240 мл жидкой крови и рыхлых темно-красных свертков крови. В области корней легких кольцевидной формы темно-красные кровоизлияния. В области выхода крупных сосудов из сердечной сумки кольцевидной формы темно-красные кровоизлияния. На передней поверхности аорты выше клапанов поперечный разрыв, длиной 2,3см. Селезенка 13x7x3см, массой 120 г, капсула блестящая, поверхность гладкая. В области ворот селезенки кольцевидной формы темно-красное кровоизлияние шириной до 0,3 см. В области круглой связки печени темно-красное кровоизлияние, 8x3 см, толщиной до 0,4 см. Почки на разрезе синюшные, граница слоев выражены отчетливо. В области ворот почек кольцевидной формы темно-красные кровоизлияния, шириной до 0,5 см. Кости свода и основания черепа, кости скелета целы. В мягких тканях спины и верхних конечностей кровоизлияний нет. В мягких тканях ягодиц и нижних конечностей соответственно вертлужным впадинам и пяточным костям имеются темно-красные кровоизлияния. Кости таза в области вертлужных впадин сломаны в виде кругового перелома. В области шейки обеих бедренных костей имеются косопоперечные переломы. Отломки костей смещены по длине и ширине. В области пяточных костей с обеих сторон имеются многооскольчатые переломы. Линии перелома идут в различном направлении, составляя мелкие осколки. При вскрытии позвоночного канала кровоизлияний, переломов и повреждений спинного мозга нет. Твердая мозговая оболочка не напряжена, гладкая, блестящая. Ткань спинного мозга влажная, блестящая, структура мозга сохранена. Каких-либо других повреждений при внутреннем исследовании не обнаружено.

На химическое исследование взята кровь для определения алкоголя.

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-ки З., 36 лет, обнаружены повреждения в виде закрытой тупой травмы грудной клетки и живота: кровоподтек на боковой поверхности грудной клетки слева по средней подмышечной линии, перелом 10-11 ребер слева по средней подмышечной линии, повреждение селезенки, большой объем крови в брюшной полости (2000 мл), признаки массивной кровопотери.

2. Признаки растяжения на внутренней костной пластинке и сжатия на наружной костной пластинке позволяют говорить о разгибательном характере переломов ребер. Наличие разгибательных переломов 10,11 ребер по средней подмышечной линии свидетельствует о том, что закрытая тупая травма грудной клетки и живота образовалась от соударения между левой боковой поверхностью нижней трети грудной клетки и твердым тупым предметом. Кровоподтек является прижизненным, возник от воздействия твердого тупого предмета или при ударе о таковой. Давность его в пределах 1-х суток к моменту наступления смерти.

3. Наличие кровоизлияний в мягких тканях грудной клетки, в местах переломов 10-11 ребер слева свидетельствуют о прижизненном характере закрытой травмы грудной клетки и живота.

Отсутствие клеточной реакции в кровоизлияниях мягких тканей (гистологически), позволяет заключить, что данные повреждения возникли в сроки от 1 до 2-3 часов к моменту наступления смерти.

4. Согласно медицинским критериям (приказ №194н п. 6.1.16.), разрыв селезенки, является опасным для жизни вредом здоровью и по этому признаку квалифицируется как тяжкий вред, причиненный здоровью человека.

5. Причиной смерти гр-ки З. явилась массивная кровопотеря, развившаяся вследствие закрытой тупой травмы грудной клетки и живота.

### **Эталон № 2.**

1. При экспертизе трупа гр-на В., 25 лет обнаружены повреждения в виде открытой черепно-мозговой травмы, выразившейся наличием раны мягких тканей головы левой теменной области, линейным переломом в теменной кости с распространением на чешую затылочной кости, наличием кровоизлияний под оболочки мозга, ушибом вещества головного мозга теменной доли.

2. Наличие кровоизлияний в мягких тканях вокруг раны в области левого теменного бугра, кровоизлияний над твердой и под мягкой мозговыми оболочками свидетельствуют о том, что открытая черепно-мозговая травма

является прижизненной. Согласно судебно-гистологического исследования, давность травмы в срок до суток.

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

4. Согласно медицинским критериям (приказ №194н п. 6.1.1.), рана головы, проникающая в полость черепа, является опасным для жизни вредом здоровью и по этому признаку квалифицируется как тяжкий вред, причиненный здоровью человека.

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

### **Эталон № 3.**

1. Повреждение носило характер двустороннего перелома нижней челюсти в области угла справа и тела слева, ушиба мягких тканей лица.

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

3. На момент поступления в медицинских документах не описаны детально (цвет, размеры) особенности ушиба мягких тканей лица, особенности переломов нижней челюсти. В связи с указанным решить вопрос не представляется возможным, вопрос может быть в настоящее время решен следственным путем.

4. Повреждение не является опасным для жизни вредом здоровью, но потребовало лечение продолжительностью свыше 3х недель, т.е. вызвало длительное расстройство здоровья и согласно медицинских критериев п. 7.1 является средней тяжести вредом здоровью.

### **Эталон № 4.**

1. При экспертизе трупа гр-на Т., 44 лет, обнаружено повреждение в виде закрытой травмы грудной клетки: кровоподтек на передней поверхности грудной клетки справа, массивное кровоизлияние в мышцы груди, пристеночную плевру по правой заднебоковой поверхности, множественные переломы ребер справа по различным анатомическим линиям с очаговыми надрывами пристеночной плевры, разрывами верхней доли правого легкого, осложнившееся правосторонним травматическим гемопневмотораксом, плевропульмональным шоком.

2. Данная травма могла возникнуть от воздействий тупого твердого предмета (предметов), при различных обстоятельствах: потерпевший мог быть обращен к травмирующему объекту правой боковой поверхностью грудной клетки.

3. Наличие кровоизлияний в мягких тканях грудной клетки, в местах переломов дает основание утверждать, что повреждения являются прижизненными. Выраженность ответной реакции на кровоизлияния свидетельствует о давности травматического процесса от 1 до 6-12 часов к моменту наступления смерти.

4. Согласно медицинским критериям (приказ №194н п.6.1.10.), закрытая тупая травма грудной клетки с повреждением легкого, является опасным для жизни вредом здоровью и по этому признаку квалифицируется как тяжкий вред, причиненный здоровью человека.

5. Причиной смерти явился плевропульмональный шок, вследствие гемо-пневмоторакса, развившегося вследствие закрытой тупой травмы грудной клетки с множественными переломами ребер по различным анатомическим линиям с очаговыми надрывами пристеночной плевры, разрывами верхней доли правого легкого.

#### **Эталон № 5.**

1. При судебно-медицинской экспертизе трупа гр. Н., 65 лет, обнаружена сочетанная тупая травма, выразившаяся наличием переломов костей таза, косо поперечных переломов хирургической шейки бедренных костей, переломов костей стоп, кровоизлияниями в связочный и поддерживающий аппарат органов (разрывы печени и селезенки, надклапанный разрыв аорты с гемоперикардом), кровоизлияния в мягкие ткани ягодиц и нижние конечности.

2. Выявленные повреждения могли иметь место в результате свободного падения с большой высоты с приземлением на выпрямленные ноги, с первичным ударом подошвенной поверхностью обеих стоп о твердую поверхность и последующим ударом ягодичной поверхностью о ту же область с массивными кровоизлияниями и разрывами органов.

3. Наличие кровоизлияний в мягких тканях в области повреждений свидетельствуют о прижизненном характере данной травмы. Учитывая характер повреждений и признаки массивной кровопотери, смерть наступила в короткий промежуток времени, исчисляемый минутами.

4. Согласно медицинским критериям (приказа №194н от 24.04.2008г п.6.1.23.), переломы таза и хирургической шейки обеих бедренных костей являются опасным для жизни и по этому признаку квалифицируются как тяжкий вред, причиненный здоровью человека.

5. Обнаружение массивной сочетанной травмы тела, выразившееся переломами костей таза, длинных трубчатых костей в сочетании с повреждениями, характерными для сотрясения организма, дает основание утверждать о непосредственной причине смерти от этих повреждений.

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

### **Задача № 1.**

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.**

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.**

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 слепообразующей 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.**

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 56x48 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 мелкозазубренные. Концы ран острые, в области левого конца верхней раны два дополнительных надреза, длиной 0,3 и 0,4 см, глубиной до 0,1 см, в области левого конца нижней раны три дополнительных надреза, длиной от 0,2 до 0,4 см, глубиной до 0,1 см. 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 констатировано малокровие 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.**

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 2,1x0,3 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 20x17 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 целостности сердечной сумки и сквозным повреждением передней стенки левого желудочка сердца, длиной 2,1 см. На пристеночной плевре и сердечной сорочке раны линейной формы 2,1 и 2 см 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, неосаженные 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, неосажденные 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, неосажденные 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, неосажденные 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 тяжелый 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, неосажденные 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.

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

### **Задача № 1.**

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.**

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 1,6x0,9 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 полосы (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.**

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 0,9 см, 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 4x3 см. Далее раневой канал проходит через мышцы 6 межреберного промежутка по средне-ключичной линии, где имеется дефект овальной формы 0,6x0,5 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 2,5x1,3 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, доньшком 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.**

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 4,2x3,9см. В брюшной полости до 2500 мл жидкой крови и рыхлых темно-красных сгустков. В большом сальнике в 3 см от пилорического отдела желудка отверстие до 12x10см 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 12x12см. 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 разможенный брюшной отдел аорты, тела 5-го поясничного и верхняя часть 1-го крестцовых позвонков. В окружности этой зоны на участке 14,5x12см 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.**

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, 8x5 см. с неровными, вывернутыми наружу 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, разможение 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 пояса осаднения, с вывернутыми снаружы 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 повреждений 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.

## **Тема № 7. Судебно-медицинская экспертиза трупа новорожденного младенца.**

### **Задача № 1.**

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

студнеобразной консистенции, мягкие мозговые оболочки полнокровные. В мягких тканях шеи спереди, больше справа – разлитое кровоизлияние размерами 6х4,5см., распространяющееся в глубокие мышцы. Хрящи гортани, трахеи и подъязычная кость целы. Гидростатические пробы на живорожденность (легочная и желудочно-кишечная) положительные. Под плеврой легких и эпикардом – множественные темно-красные кровоизлияния. В желудке – следы бесцветной вязкой слизи, в просвете толстого кишечника – меконий. Болезненных изменений органов и тканей, а также аномалий развития не найдено.

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

1. Установить причину смерти.
2. Является ли младенец новорожденным?
3. Каков внутриутробный возраст младенца?
4. Является ли младенец доношенным?
5. Является ли младенец зрелым?

## **Задача № 2.**

5 апреля с. г. в 22 часа во дворе дома в мусорном ящике был обнаружен труп неизвестного младенца женского пола с массой тела 2500 г, длиной тела 50 см. Кожные покровы в подмышечных впадинах и складках шеи покрыты сыровидной смазкой. Трупное окоченение не выражено. Трупные пятна бледно – розового цвета в виде отдельных островков на задне – боковых поверхностях туловища, а также спереди на грудной клетке, при дозированном давлении не бледнеют. При осмотре полости рта отмечается ватно-марлевый тампон полностью перекрывающий просвет дыхательных путей, слизистая оболочка под тампоном темно-красная (гистологически мелкоточечные кровоизлияния). Пуповина с ровным краем, не перевязана, длиной 40 см, сочная, серо – розового цвета.

На передней поверхности правой голени в средней трети – буро – красная ссадина пергаментной плотности, 2х1,2 см, поверхность которой несколько ниже уровня окружающей кожи. При внутреннем исследовании трупа: мягкие ткани теменно – затылочной области головы слегка отечны с мелкими темно – красными кровоизлияниями. В мягких мозговых оболочках больших полушарий, а также в намете мозжечка – разлитые кровоизлияния. Гидростатические пробы на живорожденность (легочная и желудочно-кишечная) положительные. Каких – либо болезненных изменений, а также аномалий развития органов грудной и брюшной полостей не обнаружено. Отмечается венозное полнокровие органов. В просвете толстого кишечника – меконий.

1. Какова причина смерти?
2. Является ли младенец новорожденным?
3. Каков внутриутробный возраст младенца?
4. Является ли младенец доношенным?

## 5. Является ли младенец зрелым?

### Задача № 3.

Труп младенца неизвестной матери мужского пола был извлечен из реки 20.09.с.г. Телосложение правильное, длина тела 43 см, масса 1865 г, кожные покровы грязно-зелёного цвета, поверхностный слой местами сходит пластами. Головка правильной формы, покрыта тёмными редкими волосами длиной до 1 см, которые при слабом потягивании легко выдёргиваются. Окружность головки 28 см. лицо одутловато, из отверстий носа и рта выделяется красноватая жидкость. Глазные яблоки выстоят наружу. Живот вздут, пуповина не перевязана, грязно-зелёная, сочная, длиной 41 см, периферический конец её неровный, разволокнувшийся. Мошонка раздута, яички в ней отсутствуют. Ядер окостенения в нижних эпифизах обеих бедренных костей нет. В таранных и пяточных костях ядра окостенения диаметром 0,5 см; на кистях рук поверхностный слой кожи отсутствует полностью, на стопах сохранён частично. Мягкие ткани головы грязно-серые с участками бурого цвета. Кости черепа целы. Мозг представляет собой кашицеобразную массу, свободно вытекающую из полости черепа. Органы грудной и брюшной полостей расположены правильно. Все они грязно-серого цвета, дряблые рвутся при небольшом надавливании. На поверхности лёгких, печени, вилочковой железы – множественные мелкие газовые пузыри. Желудок, кишечник с поверхности грязно-зеленоватого цвета.

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

1. Решить вопрос о причине смерти.
2. Является ли младенец новорожденным?
3. Каков внутриутробный возраст младенца?
4. Является ли младенец доношенным?
5. Является ли младенец зрелым?

### Задача № 4.

15.09.с.г., около 16 часов, на стройплощадке дома в полиэтиленовом мешке обнаружен труп младенца. При исследовании трупа новорожденного ребенка мужского пола: длина тела 50 см, окружность головы 33 см, масса – 3600 г. Телосложение правильное, питание удовлетворительное. Пуповина длиной 30 см, не перевязанная, свободный конец пуповины с ровным, гладким краем. Яички в мошонке. Ногти на руках заходят за кончики пальцев, на ногах – доходят до них. Подкожная клетчатка затылочной области головы обильно пропитана кровью с небольшими кровянистыми сгустками. Кости черепа подвижны, большой родничок×22 см, малый - 1×1,5 см. От левого теменного бугра в радиальном направлении отходят две

трещины длиной 2 см и 4 см, проникающие через всю толщу кости. Твердая мозговая оболочка полнокровна, плотно соединена с костями свода черепа. Под мозжечковым наметом с обеих сторон – кровоизлияния. В мягких мозговых оболочках теменно-затылочных областей и мозжечка – разлитые диффузные кровоизлияния. Проведены гидростатические пробы на живорожденность: органы грудной полости были погружены в воду. Весь органокомплекс тонет. Наложены лигатуры на желудок и петли кишечника и органокомплекс опущен в сосуд с водой. Петли тонкого и толстого кишечника и желудок тонут. В органах брюшной и грудной полостей болезненных изменений не выявлено. Ядра окостенения в нижних эпифизах бедренных костей – 0,6 см в диаметре.

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

1. Какова причина смерти?
2. Является ли младенец новорожденным?
3. Каков внутриутробный возраст младенца?
4. Является ли младенец доношенным?
5. Является ли младенец зрелым?

#### **Задача № 5.**

Труп неизвестного младенца женского пола был обнаружен за деревянным ларем животноводческой фермы 20 декабря около 18 часов.

При судебно-медицинском исследовании трупа 21 декабря в 12 часов отмечено: труп женского пола, длина тела 52 см, масса 3100г. Кожные покровы бледные, на спинке, в паховых областях покрыты сыровидной смазкой. Трупное окоченение во всех группах мышц выражено слабо, трупные пятна синевато-розовые, разлитые, не меняют свой цвет при дозированном давлении динамометром, расположены по задней поверхности туловища и конечностей. Кожа живота вокруг пупочного кольца имеет зеленоватый оттенок. Волосы на голове длиной 1-1,5 см. Окружность головки 32 см. В теменно-затылочной области – небольшая припухлость. Ногти на пальцах рук заходят за край пальцев, на ногах доходят до края. Большие половые губы прикрывают малые. Пуповина длиной 42 см, не перевязана, сочная, бледно-серого цвета, конец ее ровный, слегка подсохший. Кольцо демаркации вокруг пуповины отсутствует. Ядра окостенения в нижних эпифизах бедра 0,7 см в диаметре. Из отверстий носа выделяется сукровичная жидкость. На подбородке – две серповидной формы царапины длиной 0,2 и 0,3 см, с темно-красным дном. В мягких тканях теменно – затылочной области головы – небольшой отек и мелкие кровоизлияния темно – красного цвета. Мягкие мозговые оболочки и вещество головного мозга полнокровные. Кости черепа целы. В мягких тканях передней поверхности шеи, глубоких мышцах, под капсулой правой половины щитовидной железы – темно – красные кровоизлияния размерами от 1х1см до 1х3 см. Имеется перелом рожка подъязычной кости с четким

кровоизлиянием в окружности. Легкие полностью заполняют плевральные полости, воздушные, полнокровные. На их задней поверхности, под плеврой – множественные темно – красные точечные кровоизлияния. В полостях сердца и сосудах – жидкая темная кровь. Гидростатические пробы на живорожденность (легочная и желудочно - кишечная) положительные: сердечно – легочный комплекс и желудок плавают на поверхности воды; тонкий и толстый кишечник тонут. В желудке – следы сероватой слизи, тонкий кишечник спавшийся, в просвете толстого кишечника – меконий. Органы брюшной полости полнокровны, без болезненных изменений и аномалий развития.

При гистологическом исследовании легких обнаружено: ткань расправлена, полнокровна.

1. Установить причину смерти.
2. Является ли младенец новорожденным?
3. Каков внутриутробный возраст младенца?
4. Является ли младенец доношенным?
5. Является ли младенец зрелым?

#### **Эталон № 1.**

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

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

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

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

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

#### **Эталон № 2.**

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

2. Наличие родовой опухоли без признаков рассасывания, а также пуповины - сочной, влажной, бледно-голубовато-сероватого цвета, без

признаков демаркационного вала (гистологически), опачкивания сыровидной смазкой, наличия следов крови без признаков повреждений, дает основание утверждать, что младенец является новорожденным.

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

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

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

### **Эталон № 3.**

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

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

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

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

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

### **Эталон № 4.**

1. Безвоздушность легкого, картина ателектаза гистологически дают основание считать, что младенец является мертворожденным. Причину смерти установить не представляется возможным.

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

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

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

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

### **Эталон № 5.**

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

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

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

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

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

## **Тема № 8. Судебно-медицинские аспекты экспертизы отравлений.**

### **Задача № 1.**

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 сосудов 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.

Труп гр-на К. 42 г.р., обнаружен дома 24.02.с.г. в 10:00 часов, в помещении на столе обнаружено несколько открытых пустых бутылок, из-под спиртных напитков. В лобной области слева обнаружен овальный кровоподтек 2,5х3,0см, 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 12 секунд, 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; 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.

Гр-н П., 30 лет, 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.**

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, внутрпеченочная температура 38°; у наружного края левой брови ссадина 4x0,5см, с сухим, буро-красным, на уровне кожи дном; на верхнем веке левого глаза сине-фиолетовый кровоподтек 3x2см... Определяются следы копоты: 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‰.

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.**

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; внутрпеченочная температура 33°; на тыльной поверхности правой кисти ссадина 2,0x1,0см, 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 ‰.

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 сосудов 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.

5. При судебно-химическом исследовании обнаружен этиловый спирт в крови 5,4 ‰, в моче 4,5 ‰. Такая концентрация алкоголя в крови у живых лиц соответствует тяжелой степени алкогольного опьянения.

### **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.учреждениях 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 18 секунд, идиомускулярная опухоль: вмятина на месте удара, внутрипеченочная температура 38°, что указывает давность наступления смерти в пределах 0,5х2,5 часа 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 3-6 часов 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 она 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.

## **Тема № 9. Судебно-медицинские аспекты экспертизы механической асфиксии.**

### **Задача №1.**

Труп неизвестного мужчины на вид около 40-45 лет был найден в подвальном помещении 21.03.с.г. в 17 часов, висящим на бельевой веревке, одним концом привязанной к трубе. Трупное окоченение выражено во всех группах мышц. Трупные пятна фиолетово-синюшного цвета, при дозированном давлении бледнеют, восстанавливаются через 26 минут, внутрипеченочная температура 24°, феномен идиомускулярной опухоли - на месте удара образуется вмятина. Странгуляционная борозда располагается выше щитовидного хряща и имеет косовосходящее направление, спереди назад, снизу вверх, незамкнута в области затылочного бугра, неравномерна по глубине, по ходу борозды с мелкоочечным кровоизлиянием по краям валика. Язык ущемлен между зубами, следы от непроизвольной дефекации; наличие поперечных разрывов интимы общих сонных артерий с кровоизлиянием в их адвентицию, двусторонний перелом больших рогов подъязычной кости в их дистальной трети. Темная жидкая кровь в полостях сердце с переполнением кровью правой половины сердца и в крупных венозных сосудах. Наличие субплевральных и субэпикардальных кровоизлияний. При с/х исследовании концентрация этанола в крови 0,6 промилле и в моче 1,8 промилле.

1. Какова причина смерти?
2. Определить давность наступления смерти
3. Указать наличие, вид, характер и локализацию повреждений
4. Механизм и давность возникновения

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

## **Задача № 2.**

Труп гр-на К., 46 лет, был обнаружен на стройке 25.07.с.г. в 11 часов, лежащим под обломками строительного материала. Отмечается одутловатость, резкая синюшность лица, множественные точечные кровоизлияния в кожные покровы лица и соединительно тканые оболочки век, выраженная синюшно-фиолетовая окраска кожи шеи и верхней части груди. В области правого предплечья спереди обнаружен кровоподтек 15,5x4,5 см, багрово-синюшного цвета. Трупное окоченение умеренно выражено в жевательных мышцах, мышцах шеи; слабо выражено в верхних конечностях и нижних конечностях. Трупные пятна багрово-синюшные, разлитые, насыщенные, расположены на задней поверхности тела, при дозированном давлении исчезают и восстанавливаются через 20 секунд, внутрипеченочная температура 35°. Феномен идиомускулярной опухоли - появляется плотный тяж высотой 1,5-2,0 см. Легкие вздуты, резко полнокровны, отечны, на разрезе - карминово-красные, под висцеральной плеврой множественные мелкоточечные кровоизлияния, также кровоизлияния обнаружены в толще корня языка, в лимфатических узлах, щитовидных и слюнных железах, в мышцах шеи, груди и живота. При с/х исследовании концентрация этанола в крови 0,0 промилле и в моче 0,0 промилле.

1. Какова причина смерти?
2. Определить давность наступления смерти
3. Указать наличие, вид, характер и локализацию повреждений
4. Механизм и давность возникновения
5. Употреблял ли алкоголь незадолго до наступления смерти, если да, определить степень опьянения?

## **Задача № 3.**

Труп гр-на М., 57 лет, был обнаружен дома на полу, в положении лежа на спине 13.04.с.г. в 16 часов. Рвотные массы на лице и в полости рта, а также возле трупа; цианоз лица, мелкоточечные кровоизлияния соединительно тканые оболочки век. На заднее боковой поверхности предплечья слева в нижней трети с переходом на локтевой сустав продолговатый кровоподтек синюшно-багрового цвета, 23,5x4,0см. Трупное окоченение выражено во всех группах мышц. Трупные пятна насыщенные, багрово-синюшные, разлитые, на задней поверхности тела, при дозированном давлении не исчезают, бледнеют и восстанавливаются через 10 минут, внутрипеченочная температура 25°. Феномен идиомускулярной опухоли – на месте удара образуется вмятина. Темная жидкая кровь в полостях сердца и крупных сосудах, полнокровие внутренних органов и вещества головного мозга, субплевральные и субэпикардальные точечные кровоизлияния. Легки бугристые, на ощупь: с мелкими плотными очагами и участками повышенной воздушности. На разрезах при надавливании выделяется из мелких бронхов частицы пищевых масс. При с/х

исследовании концентрация этанола в крови 3,0 промилле и в моче 1,6 промилле.

1. Какова причина смерти?
2. Определить давность наступления смерти
3. Указать наличие, вид, характер и локализацию повреждений
4. Механизм и давность возникновения
5. Употреблял ли алкоголь незадолго до наступления смерти, если да, определить степень опьянения?

#### **Задача № 4.**

Труп гр-на., 33 лет, был обнаружен дома в ванной 24.03.с.г. в 14 часов. Кожные покровы красноватого цвета, гнилостная венозная сеть, большая часть эпидермиса отторгается, обнажая подлежащий слой кожи в виде пленки, с кистей рук эпидермис вместе с ногтями легко отделяется. В области века справа обнаружен кровоподтек 6,0x2,5 см, багрово-синюшного цвета. Трупные пятна насыщенные, красно-синюшного цвета, разлитые, располагаются на задних и боковых поверхностях тела, при дозированном давлении окраски не меняет. Трупное окоченение отсутствует во всех группах мышц, внутрипеченочная температура 20°. Феномен идиомускулярной опухоли - на месте удара образуется вмятина... Стойкая мелкопузырчатая пена у отверстий рта, носа и в просвете дыхательных путей, острая эмфизема легких, расплывчатые кровоизлияния под висцеральной плеврой, жидкость в пазухи основной кости 5,5мл. Венозное полнокровие внутренних органов, жидкая кровь в сосудах и полости сердца. При с/х исследовании концентрация этанола в крови 2,5 промилле и в моче 1,3 промилле.

1. Какова причина смерти?
2. Определить давность наступления смерти.
3. Указать наличие, вид, характер и локализацию повреждений.
4. Механизм и давность возникновения.
5. Употреблял ли алкоголь незадолго до наступления смерти, если да, определить степень опьянения?

#### **Задача № 5.**

Труп неизвестного мужчины 30-40 лет, был обнаружен на берегу реки 11.08.с.г. в 16 часов. Кожные покровы влажные, на ощупь холодные, с синюшным оттенком в области головы, шеи, туловища, верхних конечностей. На стопах и кистях отмечается мацерация кожных покровов. Отмечается сглаживание надключичных ямок. У наружного края левой ключицы ниже его на 1 см отмечается ссадина прямоугольной формы, на уровне поверхности кожи вертикально ориентированная по отношению к длиннику тела, 12-2 см. Трупные пятна разлитые, красно-синюшного цвета, расположены на задней поверхности тела, при надавливании окраски не меняют. Трупное окоченение выражено во всех группах мышц,

внутрипеченочная температура 20°. Феномен идиомускулярной опухоли - на месте удара образуется вмятина. Отек и смыкание голосовых связок. Легкие выполняют плевральные полости полностью и частично прикрывают органы средостения, легкие с поверхности гладкие, синюшно-розовые с участками бледно-розового цвета в виде отпечатков ребер, на ощупь имеют воздушную и тестоватую консистенцию, с наличием большого количества кровоизлияний вишневого цвета, стойкая мелкопузырчатая пена в просвете дыхательных путей. Кровоизлияния под эпикард и висцеральную плевру, острое венозное полнокровие внутренних органов.

При с/х исследовании концентрация этанола в крови 2,5 промилле и в моче

1,3 промилле.

1. Какова причина смерти?

2. Определить давность наступления смерти

3. Указать наличие, вид, характер и локализацию повреждений

4. Механизм и давность возникновения

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

#### Эталон № 1.

1. Совокупность признаков обнаруженных при экспертизе трупа неизвестного мужчины 40-45 лет, а именно расположение странгуляционной борозды в верхней трети шеи с косовосходящим направлением, незамкнутой, неравномерной по глубине с мелкоточечными кровоизлияниями. Язык ущемлен между зубами. Поперечными разрывами интимы общих сонных артерий с кровоизлиянием в их адвентицию, дает основание считать, что причиной смерти является механическая асфиксия. Расположение странгуляционной борозды в верхней трети шеи, неравномерная глубина, незамкнутая характерно для затяжения петли под тяжестью собственного веса тела. Обнаружение признаков асфиксической смерти подтверждают указанный вывод: темная жидкая кровь в полостях сердца с переполнением кровью правой половины сердца и в крупных венозных сосудах. Наличие субплевральных и субэпикардальных кровоизлияний.

2. Учитывая, что трупное окоченение выражено во всех группах мышц, трупные пятна при дозированном давлении бледнеют и восстанавливаются через 26 минут, внутрипеченочная температура 24°. Феномен идиомускулярной опухоли - на месте удара образуется вмятина, давность наступления смерти могла наступить в пределах 13,5-16,5 часов на момент осмотра трупа.

3-4. Повреждений не обнаружено.

5. Концентрация этанола в крови 0,6 промилле и в моче 1,8 промилле, что соответствует легкой степени опьянения, у живых лиц.

## Эталон № 2.

1. Совокупность признаков обнаруженных при экспертизе трупа гр-на К., 46 лет, одутловатость и резкая синюшность лица с множественными точечными кровоизлияниями в кожные покровы лица и соединительно тканые оболочки век, выраженная синюшно-фиолетовая окраска кожи шеи и верхней части груди. Повышенная воздушность легких и карминово-красный цвет, дают основание утверждать что, причиной смерти является механическая компрессионная асфиксия. Указанный вывод подтверждается обнаружением признаков асфиксической смерти: под висцеральной плеврой множественные кровоизлияния разных размеров, также кровоизлияния обнаружены в толще корня языка, в лимфатических узлах, щитовидных и слюнных железах, в мышцах шеи, груди и живота.

2. Учитывая что, трупное окоченение умеренно выражено в жевательных мышцах, мышцах шеи; в верхних конечностях слабо выражено, в нижних конечностях умеренное. Трупные пятна при дозированном давлении исчезают и восстанавливаются через 20 секунд, внутripеченочная температура 35°. Феномен идиомускулярной опухоли – появления плотного тяжа высотой 1,5-2,0 см., смерть могла наступить в пределах 2,5-5,5 часов на момент осмотра трупа на месте обнаружения.

3-4. Обнаруженное повреждение- кровоподтек на правом предплечье, который возник учитывая багово-синюшный цвет незадолго до наступления смерти от воздействия твердого тупого предмета или при ударе о таковой, высказаться о свойствах которого не представляется возможным, в связи с отсутствием специфических признаков,

5. Концентрация этанола в крови 0,0 промилле и в моче 0,0 промилле.

## Эталон № 3.

1. Обнаружение при экспертизе трупа гр-на М., 57лет, рвотных масс на лице и в полости рта, чередование плотных очаговых участков и повышенной воздушности, с наличием в просвете бронхов кашицеобразных частиц (пищевых масс), в совокупности с признаками асфиксической смерти: цианоз лица, мелкоточечные кровоизлияния соединительные оболочки глаз, темная жидкая кровь в полостях сердца и крупных сосудах, полнокровие внутренних органов, субплевральные и субэпикардальные кровоизлияния, дает основание считать, что причиной смерти является закрытие дыхательных путей пищевыми массами (механическая обтурационная асфиксия).

2. Учитывая что, трупное окоченение выражено во всех группах мышц. Трупные пятна при дозированном давлении не исчезают, бледнеют и восстанавливаются внутripеченочная, температура 25°. Феномен идиомускулярной опухоли – на месте удара образуется вмятина, смерть могла наступить в пределах 12,5-15,5 часов на момент осмотра трупа.

3-4. Обнаруженное повреждение - кровоподтек на левам локтевом суставе синюшно-багового цвета. Повреждение возник от воздействия

твердого тупого предмета или при ударе о таковой, высказаться о свойствах которого не представляется возможным, в связи с отсутствием специфических признаков.

5. Концентрация этанола в крови 3,0 промилле и в моче 1,6 промилле, что соответствует сильной степени опьянения, у живых лиц.

#### **Эталон № 4.**

1. Совокупность признаков обнаруженных при экспертизе трупа гр-на Н., 33 лет, а именно стойкая мелкопузырчатая пена у отверстий рта, носа и в просвете дыхательных путей, острая эмфизема легких, расплывчатые кровоизлияния под висцеральной плеврой, жидкость в пазухи основной кости, дает основание считать, что причиной смерти является механическая асфиксия вследствие утопления в воде (асфиктический тип). Указанный вывод подтверждается обнаружением признаков асфиксической смерти: венозное полнокровие внутренних органов, жидкая кровь в сосудах и полости сердца.

2. Учитывая, что трупные пятна при дозированном давлении окраски не меняет. Трупное окоченение отсутствует во всех группах мышц, внутрипеченочная температура 20°. Феномен идиомускулярной опухоли - на месте удара образуется вмятина. Гнилостная венозная сеть, большая часть эпидермиса отторгается, обнажая подлежащий слой кожи в виде пленки, с кистей рук эпидермис вместе с ногтями легко отделяется, смерть могла наступить в пределах 7-14 суток на момент осмотра трупа.

3-4. Обнаруженное повреждение - кровоподтек в области правого века синюшно-багрового цвета. Повреждение возник от воздействия твердого тупого предмета или при ударе о таковой, высказаться о свойствах которого не представляется возможным, в связи с отсутствием специфических признаков.

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

#### **Эталон № 5.**

1. Совокупность признаков обнаруженных при экспертизе трупа неизвестного мужчины 30-40 лет, а именно отек и смыкание голосовых связок, острая эмфизема легких, стойкая мелкопузырчатая пена в просвете дыхательных путей, дает основание считать, что причиной смерти является механическая асфиксия вследствие утопления в воде. Указанный вывод подтверждается обнаружением признаков асфиксической смерти: кровоизлияния под эпикард и висцеральную плевру, острое венозное полнокровие внутренних органов.

2. Учитывая, трупные пятна разлитые, при надавливании окраски не меняют. Трупное окоченение выражено во всех группах мышц, внутрипеченочная температура 20°. Феномен идиомускулярной опухоли - на месте удара образуется вмятина. На стопах и кистях отмечается мацерация

кожных покровов, смерть могла наступить в пределах 17,5-20,5 часов на момент осмотра трупа.

3-4. Обнаруженное повреждение – в виде ссадины в области наружного края левой ключицы ниже его на 1 см прямоугольной формы, на уровне поверхности кожи вертикально ориентированная по отношению к длиннику тела, 12-2 см. Повреждение возник от воздействия твердого тупого предмета или при ударе о таковой, высказаться о свойствах которого не представляется возможным, в связи с отсутствием специфических признаков.

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

## **Тема № 10. Судебно-медицинская экспертиза скоропостижной смерти.**

### **Задача № 1.**

Труп гр-на Л. 45 лет, обнаружен на полу в доме, где ранее проживал. В лобной области ссадина 1,5x0,8см 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 3x4см 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‰.

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.**

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 4x3см... 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‰.

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.**

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 4x4,5см, овальной формы, синюшно-фиолетового цвета; на фоне которого ссадина 2x1,8см, поверхность подсохшая, бурокрасного цвета, на уровне кожи. В полостях сердца и крупных сосудах жидкая кровь с вишневыми сгустками, неравномерное полнокровие внутренних органов, висцеральная плевро 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.

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.**

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.**

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.

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 стенке 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 внутриальвеолярный, 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, внутripеченочная 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 3.,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 3., 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 № 4.**

1. Обнаруженная при исследовании трупа у гр-на П., 44лет, совокупность признаков: поджелудочная железа дрябловатой консистенции, бурого цвета, с множеством темно-вишневых, очаговых кровоизлияний, некрозов (гистологически), дает основание утверждать, смерть наступила вследствие острого геморрагического панкреатита – (панкреонекроза), осложнившегося панкреатогенным шоком, о чем свидетельствует: острые

микроциркуляторные расстройства в почках, легких и в печени; отек легких и головного мозга, жидкое состояние крови, венозное полнокровие внутренних органов, неравномерное кровенаполнение миокарда со стазами и диapedезными кровоизлияниями, очаговая фрагментация и волнообразная деформация саркомеров.

2. Учитывая трупные явления: идиомускулярная опухоль в виде плотного тяж высотой 2,0см; трупное окоченения выражено в мышцах нижней челюсти, трупные пятна восстанавливаются через 10сек., температура печени 37°; смерть наступила за 2-3 часа на момент осмотра трупа.

3. Обнаружено повреждение в виде ссадины, возникло от воздействия твердого предмета (предметов), высказаться о свойствах которого в связи с отсутствием специфических признаков не представляется возможным.

4. Данное повреждение возникло 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 – 1,2‰, в моче – 1,5‰. Такая концентрация алкоголя в крови у живых лиц соответствует легкой степени опьянения.

#### **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.

## **Тема № 11. Судебно-медицинская экспертиза действия крайних температур и электричества.**

### **Задача №1.**

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 1,5x0,8см, 1,8x1,0см, 2,0x1,0см, 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: в мятина 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‰.

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.**

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 4x3см... 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‰.

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.**

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‰.

1. Определить давность наступления смерти.
2. Имеются ли телесные повреждения, если да – их вид, характер, локализация?

3. Какой механизм образования повреждений, давность возникновения, тяжесть причиненного вреда здоровью человека, отношение к причине смерти?
4. Употреблял ли алкоголь незадолго до наступления смерти, если да, определить степень опьянения и отношение к причине смерти.

#### **Задача № 4.**

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‰.

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.**

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‰.

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, внутripеченочная температура, 30 идиомускулярная опухоль: вмятина на месте удара, смерть могла наступить в пределах 9-11 часов 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: ознобление 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 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 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 в 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 воздействия 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. При экспертизе трупа обнаружено телесное повреждение в виде электротметки 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.

## **Тема № 12. Судебно-медицинская экспертиза степени тяжести вреда, причиненного здоровью человека.**

### **Задача № 1.**

Во дворе дома 03.01.с.г. подросток бросил кусок льда в лицо г-ну Н., 44 лет. При освидетельствовании 08.01с.г.: в центре лба на 4 см выше переносицы овальная ссадина, 3x2см, покрытая плотной темно-бурой корочкой, слегка отслаивающейся по периферии. На верхних веках обоих глаз распространенные багрово-синие кровоподтеки с желтоватым оттенком по периферии.

1. Определить вид, характер, локализацию повреждений.
2. Установить механизм возникновения повреждения.
3. Решить вопрос о давности возникновения повреждений.
4. Установить тяжесть причиненного вреда здоровью человека.

### **Задача № 2.**

В бытовой ссоре на кухне 06.12.с.г. соседка плеснула кипящую воду из кастрюли на руку гр-ки К., 40 лет. Потерпевшая сразу обратилась в травмпункт больницы. В справке из травмпункта указано, что 06.12.с.г. у гр-ки К. имел место ожог тыльной поверхности правой кисти 1-2ст. Произведена обработка ожоговой поверхности, наложена повязка с мазью Вишневского.

При освидетельствовании 12.12.с.г.: на тыльной поверхности правой кисти в области основных фаланг 2-5 пальцев и 2-5 пястных костей кожа лишена надкожицы, синюшно-розовая, гладкая, влажная, с небольшим мутноватым отделяемым. Край участка неровный, с остатками надкожицы в

виде бахромок. При повторном освидетельствовании 25.12.с.г. кожа на тыльной поверхности правой кисти с тонкой блестящей, слегка сморщенной, бледно-розовой надкожицей. Движения пальцев кисти в полном объеме.

1. Определить вид, характер, локализацию повреждений.
2. Установить механизм возникновения повреждения.
3. Решить вопрос о давности возникновения повреждений.
4. Установить тяжесть причиненного вреда здоровью человека.

### **Задача № 3.**

Около 11 часов 02.09.с.г. одноклассник ударил портфелем по лицу несовершеннолетнего П., 12 лет. При освидетельствовании 02.09.с.г.: спинка носа припухшая, на ней темно-синий овальный кровоподтек, 5x4см. В носовых ходах следы засохшей крови. Носовое дыхание не нарушено, жалобы на болезненность при ощупывании носа. На рентгенограммах определяется поперечный перелом носовых костей в средней части без смещения отломков.

При повторном освидетельствовании 09.12.с.г. Нос не деформирован, кровоподтек бледно-желтого цвета. Жалобы на небольшую болезненность при ощупывании спинки носа.

1. Определить вид, характер, локализацию повреждений.
2. Установить механизм возникновения повреждения.
3. Решить вопрос о давности возникновения повреждений.
4. Установить тяжесть причиненного вреда здоровью человека.

### **Задача № 4.**

В ссоре 03.11.с.г. сосед ударил г-на Щ., 29 лет, топором по правой руке и отрубил 1 палец. В справке травмпункта 03.11.с.г. указано, что у Щ. отсутствует половина основной фаланги первого пальца правой кисти. Раневая поверхность на культе ровная, кровоточащая. В хирургическом отделении больницы произведена ампутация 1 пальца в пястно-фаланговом суставе. Послеоперационный период протекал без осложнений, швы сняты на 7 день.

При освидетельствовании 17.11.с.г.: первый палец правой кисти отсутствует с уровня пястно-фалангового сустава. Культия хорошо сформирована: на ней – линейный розово-синюшный рубец, длиной 2,5см, плотный, малоподвижный, болезненный при ощупывании. Движение остальных пальцев кисти в полном объеме.

1. Определить вид, характер, локализацию повреждений.
2. Установить механизм возникновения повреждения.
3. Решить вопрос о давности возникновения повреждений.
4. Установить тяжесть причиненного вреда здоровью человека.

### **Задача № 5.**

В ссоре 23.10.с.г. пьяный знакомый откусил кончик носа г-ну З., 34лет. Обратился в травмпункт, где наложена давящая пращевидная повязка.

При освидетельствовании 29.10.с.г. дефект мягких частей спинки и кончика носа, неправильной треугольной формы с неровными крупно-фестончатыми краями, размерами 2,5х3,2см; в верхнем углу дефекта на 0,2см выступает хрящевая часть спинки носа. Края раневой поверхности припухшие, несколько отечные, красновато-синюшного цвета, такая же и слизистая перегородки носовых ходов. Грануляция вялая, слабо кровоточащая. При повторном осмотре 12.11.с.г.: кончик носа отсутствует. Края дефекта неровные, рубцово-деформированные, втянутые, синюшно-розовые. Носовое дыхание не нарушено.

1. Определить вид, характер, локализацию повреждений.
2. Установить механизм возникновения повреждения.
3. Решить вопрос о давности возникновения повреждений.
4. Установить тяжесть причиненного вреда здоровью человека.
5. Является ли повреждение изгладимым?

#### **Эталон № 1.**

1. Повреждения у гр.Н. носят характер кровоподтеков и ссадины лица.
2. Повреждения возникли от действия твердого тупого предмета (предметов), высказаться о свойствах которого не представляется возможным в связи с отсутствием специфических признаков.
3. Учитывая, что ссадины имеют признаки отслоения корочки по периферии, кровоподтек имеет желтоватый оттенок, давность возникновения - в пределах 3-5 суток к моменту обращения.
4. Эти повреждения не влекут за собой кратковременного расстройства здоровья или незначительной стойкой утраты общей трудоспособности (медицинские критерии п.9) и расцениваются как повреждения, не причинившие вред здоровью человека.

#### **Эталон № 2.**

1. Повреждения у гр-ки К. носили характер ожогов тыльной поверхности правой кисти 1-П степени.
2. Учитывая особенности повреждения на момент обращения, отсутствие надкожицы, влажная поверхность с мутноватым отделяемым, надкожица по периферии ожогов в виде «бахромки», есть основание утверждать, что повреждение возникло от горячей жидкости.
3. Описание повреждений при поступлении в больницу соответствует давности в пределах суток (не воспаленная раневая поверхность, наличие пузырей на ожоговой поверхности и пр.).
4. Это повреждение потребовало лечение на срок менее 21 дня, согласно медицинских критериев п.8.1., имеющееся повреждение является легким вредом, причиненным здоровью человека.

### **Эталон № 3.**

1. Повреждения у несовершеннолетнего П., 12 лет, носят характер перелома костей спинки носа без смещения и кровоизлияния этой области.

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

3. Учитывая, что кровоизлияние темно-синий, повреждение возникло незадолго до обращения, в пределах 1-3 суток, что не противоречит обстоятельствам дела.

4. Для консолидации костей спинки носа обычно требуется 10-12 суток и в связи с изложенным, повреждение является легким вредом, причиненным здоровью человека.

### **Эталон № 4.**

1. Повреждение носило характер травматической ампутации на уровне основной фаланги 1-го пальца правой кисти.

2. Учитывая, что на момент обращения мягкие ткани кровоточат, отсутствует описание линии повреждения на уровне сустава, решить вопрос о свойствах орудия (предмета) не представляется возможным.

3. Учитывая, что на момент обращения рана кровоточит, есть основание считать, что травма имела место незадолго до обращения.

4. Это повреждение – травматическая ампутация 1-го пальца правой кисти, согласно таблице процентов утраты общей трудоспособности - приложению к медицинским критериям п. 89(в) – составляет 20 % и в связи с указанным в п.7.2. медицинских критериев, является средней тяжести вредом, причиненным здоровью человека.

### **Эталон № 5.**

1. Повреждение у гр-на З. носят характер дефекта мягких тканей носа.

2. Решить вопрос о механизме травмы не представляется возможным в связи с отсутствием детального описания в медицинских документах.

3. В связи с тем, что на момент обращения поврежденные ткани отечные, кровоизлиянные, есть основание считать, что они возникли незадолго до обращения.

4. Данное повреждение потребовало лечение на срок свыше 6, но менее 21 дня. Согласно медицинским критериям п.8.1. относится к легкому вреду, причиненному здоровью человека.

5. Повреждение является неизгладимым.

## **Тема № 13. Амбулаторный прием.**

### **Задача № 1.**

Г-ка П., 22 лет, получила телесное повреждение в автобусе при столкновении его с встречной машиной. Через 30 минут доставлена в

больницу с диагнозом: ушибы тела, ушибы левого бедра и голени. У пострадавшей беременность сроком 6,5 месяцев, которая до травмы протекала нормально. Акушерский анамнез не отягощен. Сразу же после травмы в автобусе почувствовала боли внизу живота, перестала ощущать шевеление плода. В клинике сердцебиение плода не прослушивается. Диагноз: беременность 6,5 месяцев (мертвый плод). В хирургическом отделении наступил поздний выкидыш мертвого плода и потерпевшая была переведена в гинекологическое отделение. Там произведено выскабливание полости матки и проведено лечение по поводу лихорадочного состояния и воспаления придатков матки. Через 22 дня по выздоровлению выписана домой с освобождением от работы на 5 дней.

1. Определить вид, характер, локализацию повреждений.
2. Установить механизм возникновения повреждений.
3. Решить вопрос о давности возникновения повреждений.
4. Установить тяжесть причиненного вреда здоровью человека.

### **Задача № 2.**

Жена на почве ревности 16.08.с.г. укусила за левое ухо г-на К., 38 лет, в связи с травмой он обратился в травмпункт, где наложена повязка с мазью.

При освидетельствовании 18.08.с.г. задняя половина левой ушной раковины отсутствует, на остальной части – раневая поверхность с неровными лоскуто-образными крупно-фестончатыми краями светло-красного цвета и желтоватые лоскуты хряща длиной до 0,6см. Рана захватывает верхнюю часть завитка и противозавитка, а так же часть противокозелка. Мочка уха не повреждена. Слух сохранен. При осмотре 05.09.с.г.: рана зажила полностью. Ушная раковина деформирована, верхний задний край ее отсутствует, на других участках заднего края грубые плотные морщинистые рубцы розовато-синюшного цвета.

1. Определить вид, характер, локализацию повреждений.
2. Установить механизм возникновения повреждений.
3. Решить вопрос о давности возникновения повреждений.
4. Установить тяжесть причиненного вреда здоровью человека.
5. Является ли повреждение изгладимым?

### **Задача № 3.**

В троллейбусе 05.12.с.г. пьяный мужчина ударил кулаком по правому уху г-на Д., 37 лет. Обратился к отоларингологу 06.12.с.г.: при осмотре на правой ушной раковине распространенный синюшный кровоподтек. В слуховом проходе – темно-красные свертки крови. На барабанной перепонке имеется большая посттравматическая перфорация с неровными кровоподтечными краями. При обследовании слух почти полностью отсутствует. Диагноз: травматический отит. Находился на амбулаторном лечении до 02.10.с.г.; явления острого воспаления постепенно стихли, слух на правое ухо не восстановился. Слух на левое ухо сохранен.

При освидетельствовании 10.01 с.г. правое ухо: перфорация барабанной перепонки затянута грубым рубцом. Образовались спайки с внутренней стенкой барабанной полости. На аудиограмме – резкое снижение слуха по типу нарушения звукопроводящей системы. Воспринимает крик ушной раковины. Слух на левое ухо сохранен. Диагноз: адгезивный правосторонний отит.

1. Определить вид, характер, локализацию повреждений.
2. Установить механизм возникновения повреждений.
3. Решить вопрос о давности возникновения повреждений.
4. Установить тяжесть причиненного вреда здоровью человека.

#### **Задача № 4.**

Г-н О., 33 лет, 18.07.с.г. был избит двумя неизвестными на улице: пинали ногами. Через 6 часов машиной скорой помощи доставлен в больницу. Из истории болезни: жалобы на боли в пояснице и правом бедре. Общее состояние удовлетворительное. Кожные покровы обычной окраски. Пульс 88 в минуту. А.Д. 120/70 мм.рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. На правом бедре, в поясничной области справа кровоподтеки. Моча выпущена катетером – последняя порция с примесью крови. На рентгенограмме таза с контрастированием мочевого пузыря контуры его ровные, четкие. При в/в урографии у нижнего полюса правой почки имеется темное пятно, 1х1см. Проведено консервативное лечение (холод, гемостатические препараты). Гематурия на 2-е сутки прекратилась. Стационарное лечение в течение 4 недель. Через 2 месяца при урологическом обследовании патологии со стороны почек и мочевыводящих путей не обнаружено. Диагноз: закрытый разрыв правой почки. Ушибы правого бедра и поясничной области справа.

1. Определить вид, характер, локализацию повреждений.
2. Установить механизм возникновения повреждений.
3. Решить вопрос о давности возникновения повреждений.
4. Установить тяжесть причиненного вреда здоровью человека.

#### **Задача № 5.**

Г-на Ж., 52 лет. 12.03.с.г. во дворе дома пьяный сосед ударил ломом по ноге. Через 1,5 часа доставлен в больницу. Из истории болезни известно, что 12.03.с.г. Ж. поступил в хирургическое отделение по поводу открытого оскольчатого перелома большого пальца левой стопы. При осмотре на тыльной и наружной поверхностях основной фаланги пальца рваная рана 2,5х1см. В ней видны разорванные мышцы и сухожилия, раздробленная кость. Проведена операция ампутация поврежденного пальца в плюснефаланговом суставе. На культю наложены швы. Послеоперационный период протекал без осложнений; 22.03.с.г. Ж. выписан на амбулаторное лечение с освобождением от работы на 10 дней. Диагноз: открытый оскольчатый перелом большого пальца левой стопы.

При освидетельствовании 25.03.с.г. на левой стопе большой палец отсутствует с уровня плюснефалангового сустава. Культия хорошо оформлена, на ней - линейный, слегка втянутый розовато-синюшный рубец, длиной 2,5см, болезненен при ощупывании. Ходит слегка прихрамывая на левую ногу.

1. Определить вид, характер, локализацию повреждений.
2. Установить механизм возникновения повреждений.
3. Решить вопрос о давности возникновения повреждений.
4. Установить тяжесть причиненного вреда здоровью человека.

#### **Эталон № 1.**

1. Повреждение у гр-ки П., 22 лет – прерывание беременности в результате травмы.

2. Установить механизм травмы в связи с отсутствием признаков описания ее в медицинских документах, не представляется возможным. Вопрос может быть решен следственным путем.

3. См.п.2.

4. Согласно медицинских критериев п.6.7. – прекращение течения беременности с причиненным вредом здоровью, с развитием выкидыша (внутриутробной гибели плода) является тяжким вредом, причиненным здоровью человека.

#### **Эталон № 2.**

1. Повреждение носило характер дефекта мягких тканей левого уха.

2. Повреждение возникло от действия твердого тупого предмета (предметов), высказаться о свойствах которого не представляется возможным, однако, такого рода повреждение (рвано-укушенные раны) часто имеют место при указанных обстоятельствах дела.

3. В связи с отсутствием детального описания наличия (отсутствия) признаков воспаления, кровотечения в области повреждения в медицинских документах, решить вопрос по существу, не представляется возможным.

4. Такого рода повреждение требует лечение на срок менее 6 дней и в связи с указанным не влекут за собой кратковременного расстройства здоровья и незначительной стойкой утраты трудоспособности и расценивается как повреждение, не причинившее вред здоровью человека.

5. Повреждение является неизгладимым, т.к. не исчезнет со временем и под влиянием физиопроцедур.

#### **Эталон № 3.**

1. Повреждение носило характер травматического правостороннего отита, сопровождавшегося травмой мягких тканей правой ушной раковины и приведшего к резкому снижению слуха на правое ухо.

2. Наличие кровоподтека в области ушной раковины указывает на действие твердого тупого предмета (предметов), что могло иметь место в указанном случае.

3. Цвет кровоподтека на момент обращения синий, что свидетельствует о давности возникновения в пределах 1-3 суток, этому не противоречит состояние поврежденной барабанной перепонки на момент осмотра.

4. Снижение слуха на одно ухо (воспринимает крик у ушной раковины), как последствие травмы составляет 25 % стойкой утраты общей трудоспособности, согласно таблице процентов стойкой утраты общей трудоспособности..., что дает основание утверждать - данное повреждение относится к средней тяжести вреда, причиненного здоровью человека.

#### **Эталон № 4.**

1. Повреждение носило характер разрыва правой почки, подтвержденное рентгенологически и другими клиническими данными, ушиба правого бедра и поясничной области.

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

3. На момент обращения в медицинских документах отсутствуют указания на цвет кровоподтеков и в связи с изложенным, решить вопрос о давности возникновения повреждения, не представляется возможным.

4. Согласно медицинских критериев п.6.1.16. – закрытое повреждение органов брюшинного пространства – почки... является опасным вредом, причиненным здоровью человека и по этому признаку относится к тяжкому вреду.

#### **Эталон № 5.**

1. Повреждение носило характер травматической ампутации 1-го пальца левой стопы на уровне плюснефалангового сустава.

2. В связи с тем, что повреждение мягких тканей в области 1-го пальца стопы не описано, подменено диагностическим термином «рваная рана», решить вопрос о свойствах орудия (предмета), не представляется возможным.

3. В связи с тем, что в области поврежденного пальца нет описания наличия (отсутствия) признаков воспаления, кровотечения и пр., установить давность возникновения повреждения не представляется возможным.

4. Травматическая ампутация 1-го пальца стопы на уровне плюснефалангового сустава влечет за собой стойкую утрату общей трудоспособности – 10%, что дает основание отнести повреждение к средней тяжести вреда, причиненного здоровью человека.

## **Тема № 14. Судебно-медицинская экспертиза в случаях преступлений против половой неприкосновенности и половой свободы личности.**

### **Задача № 1.**

Из постановления известно, что 12.03.с.г. гр-н Е. пытался изнасиловать несовершеннолетнюю Т., 17 лет. Пострадавшая пояснила: в квартиру зашел сосед, сорвал с нее одежду, повалил на кровать, держал за руки и пытался совершить половой акт, но она вырвалась и убежала. За медицинской помощью не обращалась.

Спецанамнез. Менструация с 12 лет, по 4-7 дней, через месяц, безболезненные. Последняя началась 16.03.с.г. Половой жизнью не жила. При осмотре 18.03.с.г. состояние удовлетворительное, кожа телесного цвета. Вторичные половые признаки выражены хорошо, наружные половые органы сформированы правильно, по женскому типу. Слизистая преддверья влажлища розового цвета. Девственная плева высотой 0,6 см, мясистая; отверстие девственной плевы диаметром до 0,6 см, край девственной плевы тонкий, бледно-розового цвета, допускает введение кончика пальца, отмечается кольцо сокращения. На передней поверхности правого предплечья в средней трети 3 кровоподтека с нечеткими контурами 2x1,5 см желтоватого цвета.

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

При обследовании дермато-венерологом – венерических заболеваний не обнаружено.

1. Имел ли место половой акт?
2. Есть ли признаки венерических заболеваний?
3. Нарушена ли целостность девственной плевы?
4. Имеются ли телесные повреждения, если да – вид, характер, локализация, механизм образования, давность возникновения, определить тяжесть причиненного вреда здоровью человека?

### **Задача № 2.**

Из постановления известно, что гр-ка Г., 30 лет, 21.01.с.г. была изнасилована в своем доме гр-ном Н. Свидетельствуемая, пояснила, что 21.01.с.г. пришел домой ее знакомый, выгнал ее сожителя, закрыл дверь, ударил кулаком по голове и лицу, затем совершил с ней половой акт. За медицинской помощью не обращалась.

Спецанамнез. Были роды. С сожителем половой акт был 20.01.с.г. Данные осмотра (22.01.с.г.): состояние удовлетворительное, кожа бледная. На задней поверхности обоих плеч два фиолетово-желтоватых овальных кровоподтека размерами 1x1 см и 2x2 см. В области левой ягодицы овальный синий кровоподтек, 1x1,5 см. Девственная плева представлена миртовидными сосочками, «свежих» повреждений не обнаружено.

При судебно – биологического исследовании влагалищного содержимого гр-ки Г. обнаружены сперматозоиды (Акт №... от 28.01.с.г.)

Из данных консультации дермато-венеролога – венерических заболеваний не выявлено.

1. Имел ли место половой акт?
2. Есть ли признаки вензаболевания?
3. Нарушена ли целостность девственной плевы?
4. Имеются ли телесные повреждения, если да – вид, характер, локализация, механизм образования, давность возникновения, определить тяжесть причиненного вреда здоровью человека?

### **Задача № 3.**

Из постановления известно, что 31.03.с.г. около 17 часов, неизвестный мужчина изнасиловал гр-ку Б., 20 лет. Пояснила, что 31.03.с.г. около 17 часов гуляла по тропинке в парке, когда незнакомый мужчина догнал ее, бил кулаками по голове, потащил вниз к оврагам, снял брюки, положил на спину и совершил половой акт.

Спецанамнез. Менструация с 17 лет, регулярно, через 28 дней, последняя 10 дней назад. Не замужем. Жалобы на боли в правом боку.

При осмотре (01.04.с.г.): состояние удовлетворительное, кожа бледная. В области правого глаза кровоподтек 4х3 см, багрово-синего цвета. Вторичные половые признаки развиты по женскому типу. Девственная плева высокая, до 0,8 см в нижнем сегменте. Соответственно 3 и 6 часам циферблата часов, выемки глубиной до 0,6 см с кровоточащими при дотрагивании стеклянной палочкой краями, не заходящими друг за друга. Кольцо сокращения отсутствует.

В тампоне из половых путей гр-ки Б. при судебно – биологическом исследовании обнаружены сперматозоиды.

Согласно данным консультации дермато-венеролога диагностировано заболевание – острая гонорея.

1. Имел ли место половой акт?
2. Есть ли признаки венерических заболеваний?
3. Нарушена ли целостность девственной плевы?
4. Имеются ли телесные повреждения, если да – вид, характер, локализация, механизм образования, давность возникновения, определить тяжесть причиненного вреда здоровью человека?

### **Задача № 4.**

Из постановления известно, что: «13.04. с.г. в 18 часов на улице Попова, неизвестным лицом совершено изнасилование гр-ки А., 18 лет».

Свидетельствуемая пояснила, что 13.04 с.г. в 18 часов возвращалась домой, зашла в лифт, туда же забежал незнакомый парень, вытащил её за

руку на лестницу, к выходу на крышу. Снял брюки, трусы, уронил её на пол, совершил несколько половых актов во влагалище.

Спецанамнез. Менструация с 11 лет, по 4 дня, через 30-35 дней, последняя была 17 марта. Половой жизнью не жила, попыток не было.

При осмотре: состояние удовлетворительное, кожа телесного цвета. Вторичные половые признаки выражены хорошо. Наружные половые органы сформированы правильно. Слизистая преддверия влагалища, стенок влагалища бледно-розовая, со скудными слизистыми выделениями. Девственная плева высотой до 0,5 см с множественными выемками глубиной до 0,2 см, не достигающими до основания плевы, с бледно-розовыми краями, свободно заходящими друг за друга. Отверстие плевы пропускает 2 пальца эксперта, кольцо «сокращения» девственной плевы слабо выражено. Выделения из влагалища скудные, белесоватые, густые. Не подмывалась, за медицинской помощью не обращалась.

На марлевых тампонах из влагалища гр-ки А. обнаружены сперматозоиды (акт №... от 15.04. с.г.).

При консультации дермато-венеролога – венерических заболеваний не обнаружено.

1. Имело ли место половое сношение с потерпевшей?
2. Нарушена ли анатомическая целостность девственной плевы?
3. Имеются ли у потерпевшей венерические заболевания (заболевания, передающиеся половым путём), если да, то какая их стадия – острая, хроническая?
4. Имеются ли у потерпевшей телесные повреждения, если да, то их характер, локализация, тяжесть вреда здоровью?

### **Задача № 5.**

Из постановления известно, что: «05.05. с.г. около 1 часа гр-ку Б., 17 лет изнасиловал неизвестный мужчина.

Пояснила, что ночью 05.05 с.г. села в машину к незнакомому мужчине. Он увёз ее за город, затащил на какую-то дачу и изнасиловал.

Спецанамнез. Менструация с 11 лет, по 7 дней, через 28 дней. Половой жизнью не жила.

При осмотре: состояние удовлетворительное, кожа телесного цвета. Правильного телосложения, умеренного питания. Развита соответственно полу и возрасту. Вторичные половые признаки выражены хорошо. Девственная плева с избытком вещества, высотой до 0,4-0,6 см, край плевы бахромчатый, тонкий, легко растяжимый. Отверстие плевы пропускает 2 пальца руки эксперта, кольцо сокращения отсутствует.

На марлевых тампонах с влагалищным содержимым гр-ки Б. при биологическом исследовании спермы не обнаружено (акт №... от 08.05. с.г.)

При консультации дермато-венеролога венерических заболеваний не обнаружено.

1. Имело ли место половое сношение с потерпевшей?
2. Нарушена ли анатомическая целостность девственной плевы?
3. Имеются ли у потерпевшей венерические заболевания (заболевания, передающиеся половым путём), если да, то какая их стадия – острая, хроническая?
4. Имеются ли у потерпевшей телесные повреждения, если да, то их характер, локализация, тяжесть вреда здоровью?

#### **Эталон № 1.**

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

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

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

4. При экспертизе обнаружено повреждение в виде кровоподтеков на правом предплечье, они возникли от действия тупого предмета(предметов), высказаться о свойствах которого, в связи с отсутствием специфических признаков, не представляется возможным. Желтоватый цвет кровоподтеков указывает на давность возникновения в пределах 3-5 суток, что не противоречит указаниям дела. Согласно медицинских критериев (п.9) расценивается как повреждение, не причинившее вред здоровью человеку.

#### **Эталон № 2.**

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

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

3. Девственная плева представлена «миртовидными сосочками». Каких-либо «свежих» повреждений не обнаружено.

4. При экспертизе обнаружены повреждения в виде кровоподтеков на обоих плечах и левой ягодице, возникли от действия тупого предмета (предметов), высказаться о свойствах которого, в связи с отсутствием специфических признаков, не представляется возможным. Синий цвет кровоподтека на ягодице указывает на то, что он возник не за долго до обращения, в пределах 1-3 суток. Фиолетово-желтый цвет кровоподтека на плечах указывает на давность возникновения в пределах 3-5 суток. Эти

повреждения, согласно п.9 медицинских критериев, расцениваются как повреждения, не причинившие вред здоровью человека.

### **Эталон № 3.**

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

2. При обследовании, согласно данным консультации венеролога обнаружено заболевание – острая гонорея, что свидетельствует в пользу полового акта.

3. На девственной плеве, соответственно 3 и 6 часам циферблата часов, выемки глубиной до 0,6 см, не совпадающие при складывании, кровоточащие при дотрагивании стеклянной палочкой, что указывает на то, что это разрывы и дает основание сделать вывод – девственная плева нарушена в своей анатомической целостности. Указанный вывод подтверждает отсутствие кольца сокращения.

4. Повреждение носило характер кровоподтека в области правого глаза, возникло от действия тупого предмета (предметов), высказаться о свойствах которого, в связи с отсутствием специфических признаков, не представляется возможным. Синий цвет кровоподтека указывает на то, что он возник не за долго до обращения, в пределах 1-3 суток. Согласно медицинских критериев, п.9, расценивается как повреждение, не причинившее вред здоровью человека.

### **Эталон № 4.**

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

2. Девственная плева высотой до 0,5 см с тонким растяжимым краем и выемками, не достигающими до основания плевы, такого же цвета и консистенции как окружающие участки, что дает основание утверждать, что девственная плева не нарушена, но допускает совершение полового акта за пределы ее. Указанный вывод подтверждается слабо выраженным кольцом сокращения.

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

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

### **Эталон № 5.**

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

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

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

4. Каких-либо телесных повреждений не обнаружено.

## **Тема № 15. Профессиональные и профессионально-должностные правонарушения медицинских работников.**

### **Задача №1.**

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 палаты 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.Отказной материала №99.

4.Медицинская карта №2157/370 из ЦРБ на имя Л. Андрея Владимировича 12.12.2007г.р.

6. 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, РВ, кал я/г. 07.10.10г.

8-30час. Осмотр педиатра. Со слов мамы наелся ранеток, в анамнезе спаечная болезнь. Назначения: Голод. Обзорный снимок кишечника. ОАК, 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.О.Очас. При рентгенографии хирургической патологии не выявлено.

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 двустволоков, 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 контрапертуру 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, внутрисердечно-адреналин 0.1%-0.3, дефибриляция, 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

на серозу шва, первый на 20см. от слепой кишки, второй на 2м от слепой кишки, 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. 07.10.10г. 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. Рентген-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,

гноино-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.**

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 3 000 000 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 кардиодилатации. 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 2-3ст. 06.04.2009г. Операция: балконная кардиодилатация. 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 2-3ст. 14.05.2009г. В просвете пищевода большое количество жидкости с бариевой взвесью. Кардия сомкнута, для аппарата непроходима. С помощью струны установлен зонд. 28.05.09г. Больной выписан в ЦРБ для зондового питания на 3 недели.*

*С материалами дела представлена «Медицинская карта №554 стационарного больного» из МУЗ «ЦРБ» на имя А. Дмитрия Григорьевича 31 год, согласно которой: «Поступил 02.06.2009г. Диагноз: Кардиоспазм 2-3ст. Выписной эпикриз: А.Д.Г. 31 год, находился в х/о с 02.06.09г. по 17.06.09г. с диагнозом: Кардиоспазм 2-3ст. Проводилось зондовое питание, инфузионная терапия. Пациент за время лечения набрал вес. Выписан из отделения с улучшением.*

*С материалами дела представлена «Медицинская карта стационарного больного №2-78-83» из ОГУЗ «Государственная областная клиническая больница» на имя А.Дмитрия Григорьевича 1978г.р., согласно которой: «Поступил 18.06.09г. из областной поликлиники с направительным диагнозом: Кардиоспазм 2-3ст. 25.06.09г. Операция: Биопсия лимфоузла малого сальника, гастротомия по Витцелю. Под наркозом выполнена верхне-средняя лапаротомия. Брюшная полость свободна от спаек, выпота нет, брюшина гладкая. При ревизии в кардиальном отделе желудка, распространяясь на пищевод, плотная, бугристая опухоль 10х8см, плотно охватывающая кардию, прорастающая по ходу левой желудочной артерии в поджелудочную железу. Верхний полюс опухоли вколочен в пищеводное отверстие диафрагмы. Определяются сращенные с опухолью плотные, увеличенные лимфоузлы малого сальника. Определяются также плотные, увеличенные парааортальные лимфоузлы. В 7-ом и 6-ом сегментах печени*

обнаружены плотные очаги размером 1.5см по диафрагмальной поверхности и 0.7см по висцеральной поверхности. Для исследования взят, после гидропрепаровки, лимфоузел малого сальника. При срочном цитологическом исследовании метастаз недифференцированного рака. У больного рак кардиального отдела желудка с переходом на пищевод, прорастанием тела и хвоста поджелудочной железы.

1. Какая форма рака желудка выявлена у А.?
2. Имеются ли нарушения отраслевого стандарта ведения гастроэнтерологического пациента, если да, то какие?
3. Имелись ли данные и показания для более раннего проведения оперативного вмешательства (лапаротомии или эндоскопическим способом)?
4. Имеется ли причинно-следственная связь между действиями медицинского персонала ГБУЗ НСО «ГНОКБ» и наступившей смертью А. Д.Г.?

### Задача №3.

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 В.С. 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.**

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 тромбоз глубоких вен 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 10х8см. Для выявления гнойного отделяемого истице была произведена диагностическая пункция инфильтрата, показавшая отсутствие гнойного содержимого (нарыва), наложена асептическая повязка, показано

антибактериальное, антиаллергическое лечение, сухое тепло (спиртовой компресс).

С данным заключением эксперта Б. Н.М. не согласна, считает, что ей изначально был поставлен неверный диагноз, произведена травмирующая пункция в месте венозной патологии, назначено неверное лечение, которое усугубило ее состояние, в результате чего ей потребовалась экстренная медицинская помощь, которую она получила в другом медучреждении, так как уже не доверяла хирургу.

С материалами дела представлена «Медицинская карта амбулаторного больного» на имя Б. Наталии Михайловны 1954г.р., согласно которой: «23.06.09г. Хирург: Жалобы на боли в н/3 левого бедра. Локально: В области н/3 левого бедра имеется уплотнение 10.0х8.0см Произведена пункция. Отделяемого не получено. Ас.повязка. Диагноз: Инфильтрат н/3 левого бедра».

С материалами дела представлена «Медицинская карта стационарного больного» из 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

доплерография 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 Б.Н.М. суду пояснила: 23 июня 2009г. я обратилась к хирургу в поликлинику №3, в связи с тем, что у меня на голени и бедре внутренней части левой ноги появились шишки. Хирург осмотрел меня, сказал, сейчас сделаем прокол. Я спросила, может не надо

*прокол делать, но он резко ответил «быстро идите». Мне пришлось согласиться. Он сделал прокол, что-то долго там делал. Было очень больно. После этого мне стало плохо, медсестра мне дала нашатырь. Врач сказал, либо пройдет, либо нарвет. Затем он сказал, что видимо, кто-то укусил меня, назначил мне компресс на ночь, таблетки амоксиклав и супрастин, сухое тепло днем, поставил диагноз инфильтрат. Я еще спросила, у него можно ли мазать ногу мазью Вишневского, он сказал, что не надо. Я начала лечиться и у меня на ноге пошла синева. К нам в гости приехал родственник, он работает врачом. Я ему показала ногу. Он сказал, что это не инфильтрат, а тромбоз флебита. 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 вверх 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 10х8см, плотной консистенции, болезненное при пальпации, с кожной складкой неподвижны, ограничены здоровыми тканями. Признаки флюктуации отсутствовали. Была произведена диагностическая манипуляция (пункция инфильтрата), гнойного содержимого не получено, наложена асептическая повязка. 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.**

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 ХХ, 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 12х6х0,5см.), на боль, кровоподтек мягких тканей в верхней трети и средней трети левой голени. Автотравма 04.12.2009г. Во дворе сбил автомобиль при движении задним ходом. Объективно: Кровоподтек мягких тканей в нижней трети правой голени и голеностопном суставе, кровоподтек мягких тканей в верхней трети и в средней трети левой голени, клинически и рентгенологически без костных повреждений. Диагноз: Растяжение связок правого голеностопного сустава и правого коленного сустава, ушиб, кровоподтек мягких тканей в верхней трети и средней трети левой голени с медиальной стороны (на фоне 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 О.1934г. рождения, результатов лабораторных исследований, данных медицинской документации на имя умершей, учитывая обстоятельства дела, указанные в постановлении и в представленных материалах уголовного дела, прихожу к следующим выводам: 1. При исследовании трупа гр-ки О. установлена совокупность телесных повреждений обеих нижних конечностей и грудной клетки справа: 1.1 Закрытая тупая травма преимущественно мягких тканей нижних конечностей на уровне нижних отделов бедер, обоих коленных суставов, всей правой голени и области правой стопы, верхних 2/3 левой голени: 1.2 Закрытые, полные, поперечные, сгибательного характера, неосложненные переломы правых 3-5 ребер по средне-ключичной линии с очаговыми кровоизлияниями в окружающие мягкие ткани и под реберную плевру; очаговое скопление мелкоочагово-сливных кровоизлияний (на участке 7х5см.) в подкожно-жировой клетчатке в проекции грудины на уровне прикрепления 2-4 ребер. 2. Вместе с тем, при исследовании трупа гр-ки Обориной Н.Г. обнаружены патоморфологические изменения, характерные для остро развившегося незадолго до наступления смерти пострадавшей патофизиологического состояния острой кровопотери и декомпенсированного шока с явлениями элементов «централизации кровообращения»: Объективным подтверждением декомпенсации шока и кровопотери в данном случае могут служить достаточно выраженные морфологические проявления острых расстройств микроциркуляции в легких и почках с нарушением реологических свойств крови, а также слабо выраженные трупные пятна, картина преобладающего малокровия внутренних органов брюшной полости, относительное запустение камер сердца и наличие мелкоточечного кровоизлияния под внутренней оболочкой сердца в левом желудочке (то есть свойственные декомпенсированному шоку признаки дефицита наполнения кровью камер сердца).*

*3. На основании вышеизложенного, смерть О. последовала от причиненной закрытой тупой травмы нижних конечностей, включавшей в*

себя закрытый перелом тела правой малоберцовой кости, очаговые разможнения мягких тканей, обширные и глубокие кровоизлияния в последние, протяженные отслоения кожно-мякотканых 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-мякотканых 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 дуэстволок, 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 09.00 час. 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. 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.

3. 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 контрастирование и т.д.) или более раннего проведения инвазивных методов дифференциальной диагностики (лапаротомия, лапароскопия).

4. 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 обращения больного А.Д.Г. в ГБУЗ НСО «ГНОКБ» онкопроцесс был представлен

генерализованной формой рака, при котором неизбежен неблагоприятный исход, что исключает причинно-следственную связь действий медицинского персонала ГБУЗ НСО «ГНОКБ» с наступившей смертью А. Д.Г.

### 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 СР №194Н от 24 апреля 2008 г., ухудшение состояния здоровья человека, вызванное характером и тяжестью травмы,.....поздними сроками начала лечения ....и др. причинами, не рассматривается как причинение вреда здоровью.

2. В соответствии с должностной инструкцией, утвержденной в МУЗ «ЦРБ» врач-рентгенолог проводит диагностические рентгенологические исследования, разрешенные для применения в медицинской практике, при необходимости, участвует в разработке плана обследования больного, организует или самостоятельно проводит необходимые рентгенологические исследования, в зависимости от состояния пациента определяет необходимость дополнительных методов обследования. Следовательно, обязанностью врача-рентгенолога является оказание медицинской помощи в объеме разрешения вопроса о показаниях к проведению рентгенологического исследования, выполнении рентген-исследования на предмет выявления заболевания или последствий травмы, постановки рентгенологического диагноза. Рентгенологический метод является основным в диагностике переломов, в связи с чем, полученные рентгенологические данные могут

являться основанием для формулировки и окончательного диагноза врачом-травматологом или хирургом. В экстренном случае, в функциональные обязанности врача, в соответствии с действующим законодательством, входит оказание неотложной медицинской помощи. В данном случае врачом-рентгенологом оказана медицинская помощь К.В.Н. и выставлен рентгенологический диагноз в полном соответствии с должностной инструкцией и функциональными обязанностями врача.

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 доплерографии 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, разможения 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 предупредить 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 из 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 рентгенологическое 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.

## **Тема № 16. Решение экспертных задач.**

### **Задача № 1.**

Гн-н С., 45 лет, 8.03.с.г., бреясь электробритвой, почувствовал боль и жжение в области подбородка. В тот же день обратился за медицинской помощью в хирургический кабинет районной поликлиники. В медицинской карте амбулаторного больного отмечено, что в области подбородка по средней линии имеется повреждение кожи округлой формы серовато-белого цвета, 0,5х0,5см, плотноватое на ощупь с валикообразными краями и

западающим центром. Кожа вокруг повреждения не изменена. Наложена асептическая повязка с раствором фурациллина (1:5000) и введено 0,5 мл столбнячного анатоксина. В результате проведённого лечения повреждение на подбородке зажило вторичным натяжением с образованием рубца. Больничный лист выдан на срок 14 дней. Затем, потерпевший обратился в страховую компанию с заявлением о выплате страховой суммы в связи с несчастным случаем, произошедшим из-за технической неисправности электробритвы. Через 2 мес. после происшествия при проведении СМЭ у потерпевшего выявлено наличие в области подбородка по средней линии рубца овальной формы, 0,5x0,5см, красноватого цвета, плотного на ощупь; механизм образования которого предложено установить путём проведения комплексной экспертизы электробритвы.

1. Определить наличие телесных повреждений.
2. Определить механизм возникновения повреждения.
3. Установить давность возникновения повреждения.
4. Определить тяжесть причиненного вреда здоровью.
5. Изгладимо ли повреждение?

## **Задача № 2.**

На пляже 20.07.с.г., в 12 часов, обнаружен труп гр-на П., 27 лет. В этот день, около 11 часов, была сильная гроза. Голова повернута вправо, руки отведены от туловища под прямым углом и согнуты в локтевых суставах. Ноги находятся в воде. Из одежды на трупе только синие плавки. Трупное окоченение выражено в мышцах нижней челюсти; отсутствует в мышцах верхних и нижних конечностей. Трупные пятна разлитые, фиолетовые на задней поверхности туловища, при дозированном давлении исчезают и восстанавливаются через 20 секунд. Температура печени при глубокой термометрии 35° С. При ударе ребром металлической линейки по передней поверхности плеча образуется валик высотой 2см. Глаза закрыты, зрачки диаметром по 0,5см, соединительные оболочки глаз серого цвета, без кровоизлияний. Отверстия рта, носа, ушей чистые, свободные. Кости свода черепа, лицевого скелета на ощупь целы. На коже в правой подвздошной области обнаружен своеобразный рисунок в виде древовидного разветвления, красновато-бурого цвета, переходящего на переднюю поверхность правого бедра. Других повреждений не обнаружено. В 30 см от трупа находится пляжный лежак с обугливанием и расщеплением в центре. На скуловой области справа округлый кровоподтёк 4x3 см багрово синего цвета.

1. Высказать суждение о предполагаемой причине смерти.
2. Решить вопрос о давности наступления смерти.
3. Решить вопрос о наличии телесных повреждений.
4. Механизм и давность возникновения повреждений.
5. Определить тяжесть, причиненного вреда здоровью человека.

### **Задача № 3.**

Из постановления известно, что «20.02 с.г. г-н В. изнасиловал несовершеннолетнюю Н., 16 лет». Свидетельствуемая пояснила, что 20.02. с.г. сосед по даче, гр-н В., её изнасиловал: пугал ножом, угрожал убить.

Спецанамнез: менструации с 12 лет, регулярно, через 28 дней, по 3-4 дня, безболезненные, умеренные. Последние 29.01. с.г. Половую жизнь отрицает; после случившегося подмывалась, за медицинской помощью не обращалась.

При освидетельствовании (21.02. с.г.): телесных повреждений не обнаружено. Половые органы сформированы правильно. Слизистая преддверия влагалища бледно-розовая, девственная плева кольцевидная, мясистая, высотой 0,7 см. соответственно 5 и 7 часам циферблата часов выемки, доходящие до основания плевы, с белесоватыми утолщенными краями, не заходящими друг за друга. Отверстие плевы пропускает 2 пальца, кольцо сокращения не определяется.

При судебно-биологическом исследовании сперматозоидов в тампонах из половых путей гр-ки Н. не обнаружено.

Венерических заболеваний при консультации в кожно-венерическом диспансере не обнаружено.

1. Имело ли место половое сношение с потерпевшей?
2. Нарушена ли анатомическая целостность девственной плевы?
3. Имеются ли у потерпевшей венерические заболевания?
4. Имеются ли у потерпевшей телесные повреждения, если да, то их характер, локализация?
5. Давность возникновения, механизм образования тяжести вреда, причиненного здоровью человека.

### **Задача № 4.**

10 апреля с.г. около 13 часов гр-н Д., 30 лет, находясь в состоянии алкогольного опьянения, выпил около 180 мл уксусной эссенции, доставлен в больницу без сознания. Сделано промывание желудка, вводились различные медикаментозные средства, проводился закрытый массаж сердца, однако 11 апреля в 18 часов 35 мин он умер. Кожные покровы и склеры слегка желтушные. На подбородке, начиная от углов рта, в виде потеков к углам нижней челюсти расположены участки поврежденного эпидермиса буро-коричневого цвета, плотные на ощупь. Кайма губ плотная, буро-коричневого цвета. В области левой локтевой ямки множественные, расположенные группами (по 2-5), точечные раны, покрытые темно-красными корочками. Вокруг них багрово-синие кровоподтеки до 3х4 см. Слизистая языка и пищевода набухшая, серо-красная, снимается пластами при легком поскобливании ножом; в нижнем отделе пищевода она отсутствует, подслизистый слой буро-красного цвета. Слизистая верхних дыхательных путей ярко-красная, набухшая с точечными кровоизлияниями, в просвете трахеи и бронхов – вязкая слизь. Легкие воздушны... Сердце дряблое, размерами

11x10x5 см, массой 290 г. Мышца сердца на разрезе коричневого цвета, тусклая. В стенках венечных артерий и аортах – единичные мелкие желтоватые бляшки. Печень дряблая, на разрезе буро-желтого цвета... Почки дряблые, на разрезе ткань их темно-вишневая, рисунок слоев смазан. Слизистая желудка, верхнего отдела тонкого кишечника резко набухшая, темно-красная, местами почти черного цвета с утолщенными складками.

При гистологическом исследовании: диффузная геморрагическая инфильтрация слизистой желудка и верхнего отдела тонкого кишечника; выраженная белковая дистрофия печени с очаговыми некротическими изменениями; диффузный, резко обозначенный некротический нефроз; мелкоочаговая серозная пневмония; белковая дистрофия миокарда; острая гиперплазия селезенки; отек мозга.

При судебно-химическом исследовании органов обнаружены следы уксусной кислоты; в крови, моче – этиловый алкоголь в концентрации соответственно 1,5 и 2 промилле.

1. Определить причину смерти.

2. Имеются ли телесные повреждения, если да, то их вид, характер, локализация, механизм и давность возникновения, тяжесть причиненного вреда здоровью человека, отношение к причине смерти?

3. Страдал ли заболеваниями, если да – отношение к причине смерти?

4. Употребляя ли алкоголь, если да – степень опьянения?

5. Отношение к причине смерти алкогольного опьянения.

### **Задача № 5.**

Труп г-ки О., 25 лет, обнаружен в квартире 24.05 с.г. с признаками насильственной смерти. На момент обнаружения труп на ощупь холодный, окоченение выражено во всех группах мышц, трупные пятна багрово-синюшные на заднебоковых поверхностях трупа, при дозированном давлении бледнеют, восстанавливают свой цвет через 15 минут, внутripеченочная температура 17°C, феномен идиомускулярной опухоли отрицательный. На шее на границе средней и нижней трети имеется одиночная, замкнутая, равномерно вдавленная, горизонтально расположенная странгуляционная борозда с темно-красным дном ниже уровня кожи и наличием кровоизлияний в мышцы шеи на ее уровне и поперечным сгибательным переломом правого рожа подъязычной кости. Синюшность и одутловатость лица. Экхимозы в конъюнктиву век. На задней поверхности правого предплечья в средней трети 4 ссадины, серповидной формы 1,2x0,1 см каждая с темно-красным дном. В просвете крупных сосудов и полостях сердца жидкая темная кровь; под плеврой, эпикардом точечные темно-красные кровоизлияния. В крови и моче обнаружен алкоголь в концентрации 3,5 и 2,8 промилле соответственно.

1. Определить причину смерти.

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

3. Установить наличие заболеваний и взаимосвязь с наступлением смерти.

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

5. Установить давность наступления смерти.

#### **Эталон № 1.**

1. Повреждение носило характер кратерообразного западающего участка в области подбородка с исходом в рубец.

2. Особенности повреждения – западающий кратерообразный участок в области подбородка - укладываются в характеристику электротравмы с наличием электрометки на уровне контакта.

3. Из-за отсутствия детального описания повреждения на момент обращения решить вопрос о давности возникновения не представляется возможным. Вопрос может быть решен следственным путем.

4. Согласно Медицинских критериев (194 н) п. 6.2 повреждение не несло вреда здоровью опасного для жизни, но потребовало лечения на срок менее 21 дня (14 дней), т.е. вызвало временное нарушение функций органов и является п. 8.1 легким вредом, причиненным здоровью человека.

5. Повреждение является неизгладимым.

#### **Эталон № 2.**

1. Обнаружение в подвздошной области с переходом на переднюю поверхность правого бедра изменения кожи в виде древовидного рисунка красно-бурого цвета в совокупности с обстоятельствами дела (была гроза), а также обнаружение рядом с трупом обугленного с расщеплением в центре лежака дает основание полагать о наступлении смерти от воздействия атмосферного электричества.

2. Учитывая наличие трупного окоченения в мышцах нижней челюсти, результаты динамометрии трупных пятен и глубокой термометрии печени есть основание считать, что давность поступления смерти в пределах 2,5-5,5 часов на момент обнаружения трупа.

3. Обнаружено повреждение в виде кровоподтека на лице.

4. Это повреждение возникло от действия твердого тупого предмета (предметов), высказаться о свойствах которого в связи с отсутствием специфических признаков не представляется возможным. Багрово-синий цвет кровоподтека свидетельствует, что он возник незадолго до наступления смерти и к причине смерти отношения не имеет.

5. Кровоподтек на лице не влечет за собой кратковременного расстройства здоровья и незначительной стойкой утраты общей трудоспособности и расценивается как повреждение, не причинившее вред здоровью человека.

### **Эталон № 3.**

1. В тампонах из половых путей гр. Н. сперматозоидов не обнаружено, что не исключает половой акт.

2. На девственной плеве, соответственно 5 и 7 часам циферблата часов обнаружены выемки, доходящие до основания плевы с незаходящими друг за друга краями; эти выемки характерны для разрывов. Учитывая, что края утолщены, белесоватого вида есть основания считать, что эти разрывы старые, решить вопрос о давности нарушения плевы не представляется возможным в связи с заживлением.

3. Согласно данным консультации дерматовенеролога венерических заболеваний не обнаружено.

4,5. Каких-либо телесных повреждений при экспертизе несовершеннолетней Н. не обнаружено.

### **Эталон № 4.**

1. Обнаружение при экспертизе трупа ожогов кожных покровов, в окружности рта, слизистой оболочки полости: рта, пищевода, желудка начальных отделов кишечника (подтвержденные гистологически) характерных изменений печени, почек (очаговые некрозы), признаков гемолиза крови, а также обнаружение следов уксусной кислоты при судебно-химическом исследовании дает основание утверждать, что причиной смерти явилось отравление уксусной кислотой, что укладывается в обстоятельства дела.

2. Каких-либо телесных повреждений, за исключением признаков оказания медицинской помощи (точечные раны в локтевой ямке) не обнаружено.

3. При исследовании трупа обнаружены атеросклеротические бляшки в венечных артериях, эти болезненные изменения отношения к причине смерти не имеют.

4. При судебно-химическом исследовании в крови и моче обнаружен алкоголь. Концентрация спирта в крови у живых лиц соответствует средней степени опьянения.

5. Алкогольное опьянение отношения к причине смерти не имеет.

### **Эталон № 5.**

1. Обнаружение при экспертизе трупа гр-ки О., 25 лет, расположенной на границе средней и нижней трети шеи одиночной, горизонтальной, замкнутой, равномерно вдавленной странгуляционной борозды, кровоизлияний в мышцы шеи в проекции странгуляционной борозды, полного поперечного сгибательного перелома правого рожка подъязычной кости, является характерным для затягивания петли рукой постороннего человека – удушение петлей. Указанный вывод подтверждается обнаружением признаков асфиктической смерти: кровоизлияния под

висцеральную плевру легких, полнокровие внутренних органов, жидкое состояние крови в полостях сердца.

2. При судебно-медицинской экспертизе трупа обнаружены повреждения в виде ссадин серповидной формы на правом предплечье, которые, учитывая, что дно их темно-красное, западающее, возникли прижизненно от тупого предмета (предметов), в том числе и ногтей человека. Данные повреждения у живых лиц не влекут за собой кратковременного расстройства здоровья или незначительной стойкой утраты общей трудоспособности и как вред здоровью не расценивается, согласно медицинских критериев (194н) п.9.

Повреждения в виде ссадин в причинной связи с наступлением смерти не состоят, были причинены незадолго до наступления смерти.

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

4. Согласно данным судебно-химического исследования в крови обнаружен этиловый алкоголь в концентрации 3,5 промилле, в моче 2,8 промилле, данная концентрация алкоголя в крови у живых лиц соответствует тяжелой степени алкогольного опьянения, к причине смерти отношения не имеет.

5. Учитывая, что на момент обнаружения труп на ощупь холодный, трупное окоченение выражено во всех группах мышц, трупные пятна при дозированном давлении бледнеют, восстанавливают цвет через 15 минут, внутрипеченочная температура 17°C, феномен идиомускулярной опухоли отрицательный, есть основания считать, что давность наступления смерти на момент осмотра трупа 20,5-23,5 часов.

---

Типография КрасГМУ

Подписано в печать 20.05.11. Заказ № 1711

Тираж 25 экз.

660022, г.Красноярск, ул.П.Железнякa, 1