Федеральное государственное образовательное учреждение

 высшего образования «Красноярский государственный медицинский

университет имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого»

Министерства здравоохранения Российской Федерации

Кафедра судебной медицины и патологической анатомии им. проф.

П.Г. Подзолкова с курсом ПО

**СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКАЯ ЭКСПЕРТИЗА**

 Сборник ситуационных задач с эталонами ответов для ординаторов, обучающихся по специальности 31.08.10 - Судебно-медицинская экспертиза

Красноярск

2018

УДК 616.12(076.1)

ББК 54.10

 К21

Составители: д-р мед. наук, проф. Чикун В.И.; канд. мед. наук, доц. Хлуднева Н.В.; ассист. Федин И.В.; к.м.н., канд. мед. наук, ассист. Глизер С.Э., канд. мед. наук, доц. Дядичкина Н.В.; канд. мед. наук, доц. Аверченко И.В., ассист. Панченко И.В., ассист. Корсакова Е.А.

Рецензенты: зав. каф. судебной медицины НГМУ д-р мед. наук, проф.В. П. Новоселов;

**Судебно-медицинская экспертиза** :сб. ситуац. задач с эталонами ответов для К21ординаторов, обучающихся по специальности 31.08.10 - Судебно-медицинская экспертиза / сост. В. И. Чикун, Н. В. Хлуднева, И. В. Федин [и др.]. – Красноярск : тип. КрасГМУ, 2018. – \_\_\_\_\_ с.

Ситуационные задачи с эталонами ответовполностью соответствуют требованиям федерального государственного образовательного стандарта высшего образования (2014) по специальности 31.08.10 - Судебно-медицинская экспертиза; адаптированы к образовательным технологиям с учетом специфики обучения по специальности 31.08.10 - Судебно-медицинская экспертиза.

Утверждено к печати ЦКМС КрасГМУ (протокол № \_\_\_ от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ г.)

УДК 616.12(076.1)

ББК 54.10

© ФГБОУ ВО КрасГМУ им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого Минздрава России, 2018

Ситуационные задачи

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| № | Оценочные средства | Эталон ответа | Уровень применения | Код формируемой компетенции |
| 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 ГКБ на имя гр.Т, 1994 года рождения, прихожу к выводам: 1-4. У гр.Т, после события 29 декабря 2009года, имелось повреждение в виде проникающее колото-резаного ранения передней брюшной стенки без повреждением внутренних органов с локализацией раны в левой подвздошной области. Вред здоровью определен.При объективном исследовании у Т. экспертом обнаружен линейный, протяженный, средне-срединный рубец по средней линии живота выше и ниже пупка с обходом пупка слева, относительно ровный по ширине, красновато-синюшного цвета, размером 17.0х06см, с упорядоченными, белесоватыми, поперечными рубцами. В левой подвздошной области, на 3см выше передне-верхней ости подвздошной кости, имеется, аналогичный срединному рубцу по своим свойствам, косо-направленный вниз и медиально линейный рубец размером 4.5х06см, в нижней части которого имеется поперечный, белесоватый рубец 1.5х0.1см. При пальпации рубца, каких либо уплотнений не выявлено. Ниже вышеуказанного рубца и медиальнее его, на уровне верхне-наружной ости подвздошной кости и на расстоянии 4см от ости подвздошной кости, имеется аналогичный по свойствам косо-направленный, линейный рубец размером 1.5х0.2см.1. Имелись ли повреждения у гр.Т., тяжесть причиненного вреда здоровью, давность?
2. Имелись ли в назначении комиссионной экспертизы нарушения, какие?
3. Правомерны ли действия эксперта при первичном проведении экспертизы?
4. Может ли быть привлечен к проведению комиссионной судебно-медицинской экспертизе специалист, работающий в медицинском университете?
5. Может ли экспертное учреждение самостоятельно потребовать медицинские документы из клиники?
 | 1. Данное ранение, согласно приказа МЗ и СР РФ № 194н от 24.04.2008г. п.6.1.15, отнесено к критерию, характеризующему квалифицирующий признак вреда, опасного для жизни человека. По указанному признаку, согласно правилам «Определения тяжести вреда, причиненного здоровью человека» (постановление Правительства РФ №522 от 17.08.2007г) квалифицируется как тяжкий вред здоровью. При экспертизе рубца давность – не менее нескольких месяцев к моменту проведения комиссионной экспертизы.
2. Нельзя привлечь лечащего врача в качестве эксперта.
3. Правомерны, так как медицинские документы являются объектом для проведения судебно-медицинской экспертизы.
4. Эксперт не работающий в ГСМЭУ может быть привлечен к производству СМЭ лишь с разрешения лица назначившего экспертизу.
5. Эксперт не может самостоятельно собирать объекты исследований и материалы дела необходимые для проведения судебно-медицинской экспертизы.
 | ТК ГИА | УК1, УК-2, УК-3, ПК-5, ПК-6, ПК-10 |
| 2 | 16.01.2007г., в доме произошло возгорание, в результате чего, после тушения пожара в доме был обнаружен труп гр-ки А., 1974г.р. Кожные покровы холодные, влажные. Трупные пятна разлитые, ярко-розового цвета, расположены на переднебоковых поверхностях тела, при дозированном надавливании не исчезают и цвета не меняют. Феномен идиомускулярной опухоли в виде вмятины. Трупное окоченение выражено во всех исследуемых группах мышц. Внутрипеченочная температура 23оС. Рот закрыт, слизистая губ серо-розовая, язык за линией зубов. Отмечается обильное наложение копоти черного цвета в области носовых ходов, на всей поверхности лица и волосистой части головы. На верхнем веке правого глаза овальный синюшно-фиолетовый кровоподтек, размером 1,9х2,3см. Скелетные мышцы светло-красного цвета влажные, блестящие. Сердце плотноватое на ощупь, размером 12,0х10,0х6,0см, массой 350гр. На разрезах полости не расширены, в них отмечается жидкая светло-красная кровь. В просвете трахеи небольшое количество сероватой слизи, с примесью черной копоти, слизистая розоватого цвета, влажная, гладкая, блестящая. Легкие тестоватые на ощупь, с многочисленными участками повышенной воздушности, с поверхности светло-красного цвета. В крови и моче обнаружен этиловый алкоголь в концентрации 2,1 и 3,5 промилле соответственно. Обнаружен карбоксигемоглобин в крови 66,5%.1. Определить причину смерти.2. Установить давность наступления смерти.3. Установить наличие телесных повреждений, механизм образования, прижизненность, тяжесть причиненного вреда здоровью человека и отношение к причине смерти.4. Установить наличие заболеваний и взаимосвязь с наступлением смерти.5. Определить степень алкогольного опьянения. | 1. Смерть наступила в результате острого отравления угарным газом, что подтверждается высоким содержанием карбоксигемоглобина в крови в концентрации 66,5%, розоватой окраской трупных пятен, внутренних органов, наличием алой, жидкой крови в полостях сердца, отеком легких.
2. Согласно стадии выраженности трупных явлений (трупные пятна разлитые, ярко-розового цвета, цвета не меняют; феномен идиомускулярной опухоли в виде вмятины; трупное окоченение выражено во всех исследуемых группах мышц; внутрипеченочная температура 23оС), смерть ее наступила в пределах не менее 1-х суток на момент проведения экспертизы трупа.
3. При экспертизе трупа обнаружено повреждение в виде кровоподтека верхнего века правого глаза, которое возникло прижизненно, в пределах не менее 1-3-х суток к моменту наступления смерти, от одного воздействия тупого твердого предмета (предметов) с ограниченной контактирующей поверхностью, или при ударе о таковой (таковые), в прямой причинно-следственной связи с наступлением смерти не состоит и согласно пункту 9 раздела 2 приказа МЗиСР РФ 194н от 24.04.2008г., расценивается как повреждение, не причинившее вред здоровью человека.
4. Каких-либо болезненных изменений со стороны внутренних органов при экспертизе трупа не выявлено.
5. Обнаружен этиловый алкоголь в крови 2,1 промилле и моче 3,5 промилле, что по аналогии с живыми лицами соответствует СРЕДНЕЙ степени алкогольного опьянения в стадии выведения.
 | ТК ГИА | УК-1, УК-2, УК-3, ПК-5, ПК-6, ПК-10 |
| 3 | 17.08.2010г., труп гр-на А., обнару­жен в р. Енисей на Абанской протоке. На трупе одежда: плавки. Кожные покровы, холодные, с явлениями мацерации кожных покровов кистей и стоп в виде побеления и набухания эпидермиса, озноблены по типу «гусиной кожи». Веки обоих глаз резко отечны, лицо одутловатое. Трупные пятна разли­тые, темно-фиолетового цвета, расположены на задне­боковых поверхностях тела, при дозированном надавливании пальцем бледнеют и восстанавливают свой цвет через 34 секунды. Феномен идиомускулярной опухоли в виде валика высотой 1,0см. Трупное окоченение хорошо и равномерно выражено во всех группах обычно исследуемых мышц. Внутрипеченочная температура 32оС. На левой брови повреждение с неровными краями, закругленными концами, в дне повреждения видны соединительно-тканные перемычки и кровоподтечные мягкие ткани. При вскрытии пазухи основной кости обнаружено около 2мл полупрозрачной сероватой жидкости, поверхность пазухи влажная. Ткань легких серо-пестрая, с чередованием участков бледно-серого цвета и участками ро­зово-красного цвета, с очагами эмфиземы ле­гочной ткани. Под легочной плеврой имеются расплывчатые красные кровоизлияния с нечеткими границами (пятна Рассказова-Лукомского-Пальтауфа). Отмечается пе­реполнение правой половины сердца кровью, ушко правого предсердия резко увеличенное, синюшное, ушко левого предсердия бледное, небольших разме­ров. В правых полостях сердца темная жидкая кровь, в левых полостях имеются рыхлые темно-красные свертки крови, по­лости желудочков резко расширены. В крови и моче обнаружен этиловый алкоголь в концентрации 2,4 и 2,1 промилле соответственно. Гистологически: Серозно-продуктивный альвеолит, очаговый отек легкого. Хронический пиелонефрит. В минерализате легкого и почки обнаружен диатомовый планктон.1. Определить причину смерти.2. Установить давность наступления смерти.3. Установить наличие телесных повреждений, механизм образования, прижизненность, тяжесть причиненного вреда здоровью человека и отношение к причине смерти.4. Установить наличие заболеваний и взаимосвязь с наступлением смерти.5. Определить степень алкогольного опьянения. | 1. Причиной смерти явилось утопление в воде (обтурационный тип утопления), что подтверждается обнаружением: диатомового планктона в легких и почке, расплывчатых красных кровоизлияний под плеврой легких (пятна Рассказова-Лукомского-Пальтауфа), жидкости в пазухе основной кости (признак Свешникова), жидкого состояния крови, эмфиземы легких, переполнения правой половины сердца жидкой кровью.
2. Согласно стадии выраженности трупных явлений (трупные пятна разли­тые, темно-фиолетового цвета, восстанавливают свой цвет через 34 секунды, феномен идиомускулярной опухоли в виде валика высотой 1,0см, трупное окоченение хорошо и равномерно выражено во всех группах обычно исследуемых мышц, внутрипеченочная температура 32оС), смерть его наступила в пределах не менее 6-8-ми часов на момент проведения экспертизы трупа.
3. При экспертизе трупа обнаружено повреждение в виде ушибленной раны левой брови, которое возникло прижизненно, незадолго к моменту наступления смерти, от воздействия тупого твердого предмета (предметов) с ограниченной контактирующей поверхностью, или при ударе о таковой (таковые), в прямой причинно-следственной связи с наступлением смерти не состоит, обычно у живых лиц вызывает временное нарушение функции органов и систем (временную нетрудоспособность) продолжительностью до 21 дня (включительно), что согласно приказу МЗиСР 194н от 24.04.2008г., пункты 8.1. отнесены к критериям, характеризующим квалифицирующий признак кратковременного расстройства здоровью. По указанному признаку, согласно правилам «Определения тяжести вреда, причиненного здоровью человека» (постановление правительства РФ № 522 от 17.08.2007г.) квалифицируются как ЛЕГКИЙ вред здоровью.
4. При экспертизе трупа обнаружено заболевание- хронический пиелонефрит, которое не состоит в прямой причинно-следственной связи с наступлением смерти.
5. Обнаружен этиловый алкоголь в концентрации в крови 2,4 промилле, в моче 2,1 промилле, что по аналогии с живыми лицами соответствует СРЕДНЕЙ степени алкогольного опьянения в стадии всасывания.
 | ТК ГИА | УК-1, УК-2, УК-3, ПК-5, ПК-6, ПК-10 |
| 4 | Представлена «Карта осмотра трупа (приложение к протоколу осмотра трупа на месте его обнаружения)» № ХХХ от с.г., заполненная СМЭ Ивановым, согласно которой: Время осмотра с 15:40 мин. до 16.40 мин. Температура воздуха над трупом: -6°С. Местонахождение трупа – на улице, на снегу, в одежде, лежит на спине. Трупные явления: температура ректальная +17°С (15:45) и +16°С (16:40); трупное окоченение выражено в жевательных мышцах нижней челюсти и в мышцах верхних конечностей, намечается в мышцах нижних конечностей; образование идиомускулярной опухоли – тяж определяется пальпаторно; трупные пятна разлитые, ненасыщенные, багрово-синюшные, располагаются на задней поверхности туловища, при надавливании исчезают и восстанавливают свой цвет через 24 секунды. Повреждения: 3 раны, со свойствами колото-резанных, на груди. Множественные ссадины на животе и спине. Других сведений в «Карте осмотра трупа» нет.Вопросы: 1. Предположительная причина смерти?
2. Давность наступления смерти?
3. Имеются ли на трупе следы самообороны?
4. Предположите, какое было взаимное расположение потерпевшего и нападавшего в момент причинения каждого из повреждений, менялось ли их взаиморасположение?
5. Предположите, какое количество ударных воздействий было причинено потерпевшему?
 | 1. Причиной смерти может быть острая, либо обильная кровопотеря. Если произошло ранение сердца, то могла возникнуть острая тампонада. Если повреждены магистральные вены, то смерть могла произойти в результате воздушной эмболии.
2. Учитывая температуру воздуха над трупом, ректальную температуру, выраженность трупного окоченения, величину идиомускулярной опухоли, время восстановления трупных пятен при предполагаемой кровопотере, можно сделать предположение, что смерть гр-на наступила 6 – 9 часов назад, на момент осмотра трупа на месте его обнаружения.
3. Данных за самооборону на момент осмотра трупа на месте его обнаружения нет.
4. В момент получения повреждения гр-н мог находиться в любом положении (стоя, сидя, лежа и т.п.), обращенным передней частью тела к повреждающему объекту. Данных за то, что менялось ли взаиморасположение потерпевшего и нападавшего на момент осмотра трупа на месте его обнаружения нет.
5. Предполагаемое количество ударных воздействий на момент осмотра трупа на месте его обнаружения не менее 3.
 | ТК ГИА | УК-1, УК-2, УК-3, ПК-5, ПК-6, ПК-10 |
| 5 | Представлена «Карта осмотра трупа (приложение к протоколу осмотра трупа на месте его обнаружения)» № ХХХ от с.г., заполненная судмедэкспертом Полевым, согласно которой: Время начала и окончания осмотра с 04:30 минут до 04:40 минут. Температура воздуха +12°С. Местонахождение трупа – в подъезде, в одежде, лежит на спине. Трупные явления: кожные покровы лица, кистей, стоп на ощупь более прохладные, чем покрытые одеждой другие части тела; температура ректальная 35°С; трупное окоченение намечается в жевательных мышцах нижней челюсти; образование идиомускулярной опухоли – быстро появляется плотный тяж высотой 1,6см; трупные пятна синюшно-фиолетовые, насыщенные, разлитые, располагаются на задней поверхности туловища, при надавливании исчезают и восстанавливают свой цвет через 12 секунд. Повреждения: ссадина и кровоподтек в бровной области слева. Следы от в/в инъекций в локтевых сгибах. Примечание: рядом с трупом обнаружен использованный шприц. Других сведений в «Карте осмотра трупа» нет.Вопросы:1. Предположительная причина смерти? 2. Какие данные из карты осмотра трупа позволили предположить причину смерти? 3. Давность наступления смерти по трупному окоченению?4. Давность наступления смерти по трупным пятнам?5. Давность наступления смерти по величине идиомускулярной опухоли? | 1. Острое отравление наркотиками.2. Разлитые насыщенные трупные пятна синюшно-фиолетового цвета, в/в инъекции в локтевых сгибах, наличие использованного шприца рядом с трупов.3. Учитывая степень развития трупного окоченения можно предположить, что смерть гр-на наступила в пределах 2-6 часов до момента осмотра трупа на месте его обнаружения.4. Учитывая время восстановления трупных пятен, можно предположить, что смерть гр-на наступила в пределах 2-4 часов назад на момент осмотра трупа на месте его обнаружения.5. Учитывая величину идиомускулярной опухоли, можно предположить, что смерть гр-на наступила в промежуток от 1 до 3 часов назад на момент осмотра трупа на месте его обнаружения. | ТК ГИА | УК-1, УК-2, УК-3, ПК-5, ПК-6, ПК-10 |
| 6 | Представлена «Карта осмотра трупа (приложение к протоколу осмотра трупа на месте его обнаружения)» № ХХХ от с.г., заполненная судмедэкспертом Малышко, согласно которой: Время начала и окончания осмотра с 19:10 мин. до 19:50 мин. Температура воздуха +8°С. Местонахождение трупа – на улице, в одежде, лицом вниз, у подножия дома. Трупные явления: температура печеночная 35,5°С, ректальная менее 35°С на время 19:10 минут, печеночная 35,1 на время 19:50 минут; трупное окоченение отсутствует во всех группах мышц; образование идиомускулярной опухоли – быстро появляется плотный тяж высотой 1,5см; трупные пятна синюшно-фиолетовые, ненасыщенные, островчатые, располагаются на передней поверхности, при надавливании восстанавливают свой цвет через 12 секунд. Повреждения: раны (2) на голове, кровоподтек на верхнем веке правого глаза, патологическая подвижность костей свода черепа, лицевого скелета. Примечание: падение из окна 5-го этажа. Лицо, волосы на голове обильно опачканы кровью. Других сведений в «Карте осмотра трупа» нет.Вопросы:1. Предположительная причина смерти? 2. Давность наступления смерти по трупным пятнам?3.Давность наступления смерти по величине идиомускулярной опухоли?4. Давность наступления смерти по ректальной температуре?5. Давность наступления смерти по трупному окоченению? | 1. Сочетанная тупая травма тела.2. Учитывая время восстановления трупных пятен, можно предположить, что смерть гр-на наступила в пределах 2 часов до момента осмотра трупа на месте его обнаружения.3. Учитывая величину идиомускулярной опухоли, можно предположить, можно предположить, что смерть гр-на наступила в промежуток от 1 до 3 часов назад на момент осмотра трупа на месте его обнаружения.4. Учитывая температуру окружающей среды над трупом и ректальную температуру, смерть гр-на наступила в пределах 2 часов до момента осмотра трупа на месте его обнаружения.5. Учитывая степень развития трупного окоченения можно предположить, что смерть гр-на наступила в пределах 2 часов до момента осмотра трупа на месте его обнаружения. | ТК ГИА | УК-1, УК-2, УК-3, ПК-5, ПК-6, ПК-10 |
| 7 | ОБСТОЯТЕЛЬСТВА ДЕЛА: В направлении указано, что направляется труп г-на М., 56 лет, для установления причины смерти, наличия повреждений, определения тяжести вреда здоровью. Со слов родственников упал по пути на кухню и умер, медицинская помощь не оказывалась. НАРУЖНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ. Труп доставлен в рубашке серого цвета, спортивных брюках синего цвета, трусах черного цвета. Труп мужского пола. Кожные покровы бледно-серые за исключением головы, шеи и плечевого пояса, где отмечается синюшность кожных покровов. Трупные пятна сине-фиолетовые, насыщенные, расположены на задней поверхности туловища, при дозированном надавливании цвет не изменяют. Трупное окоченение хорошо выражено во всех исследуемых группах мышц. ПОВРЕЖДЕНИЯ: В левой лобной области ссадина неопределенной формы размером 4х2см с красно-коричневой поверхностью ниже уровня кожи. Каких-либо других повреждений не обнаружено. ВНУТРЕННЕЕ ИССЛЕДОВАНИЕ: Полость черепа: Кожно-мышечный лоскут головы блестящий, бледно-розового цвета с наличием бледно-вишневого кровоизлияния в левой лобной области размером 3х2см. Височные мышцы без кровоизлияний. Твердая мозговая оболочка перламутрового вида, не напряжена, блестящая. Сосуды мягкой мозговой оболочки расширены, полнокровны. Вещество головного мозга мягко-эластической консистенции. На разрезе слои определяются хорошо. Желудочки мозга не расширены, эпендима их бледная, блестящая. В плевральных и брюшной полостях жидкости и спаек нет. Листки плевры и брюшины гладкие, блестящие. В просвете аорты жидкая темная кровь. Почки парные, бобовидной формы, массой 280гр. обе, эластической консистенции, на разрезе слои определяются хорошо, корковый синюшного цвета, мозговой темно-синюшного цвета. Язык на разрезе мясистого вида, без кровоизлияний. Пищевод и трахея без особенностей. Легкие мягко-эластической консистенции, на разрезе однородного серо-синюшного цвета, режутся с похрустыванием. Стенки бронхов утолщены, выстоят над поверхностью разрезов. С поверхности разреза стекает жидкая темная кровь. В полостях сердца жидкая темная кровь. Эндокард бледно-серый, блестящий. Миокард однородного красно-коричневого цвета с единичными белесыми прожилками. В просвете легочного ствола тромботические массы в виде «наездника», при расправлении напоминает жгут диаметром около 0,8см, шероховатые с поверхности, крошковатой консистенции, слоистого строения на разрезе. В просвете дистальных отделов ветвей легочной артерии жидкая темная кровь. В полости желудка содержимого нет. Поджелудочная железа мягко-эластичной консистенции, на разрезе дольчатого вида. Печень массой 1620гр., поверхность гладкая, на разрезе желто-коричневого цвета. В просвете кишечника свойственное отделам содержимое. Произведены диагностические разрезы нижних конечностей с исследованием поверхностных и глубоких вен: слева в просвете жидкая кровь, справа на уровне голени в глубокой вене обнаружено расширение просвета, шероховатость внутренней оболочки, на последней определяются плотно припаянные тромботические массы серо-вишневого цвета. Данные лабораторных исследований: при судебно-химическом исследовании в крови обнаружено 1,1%о, в моче - 1,6%о этилового спирта. При судебно-гистологическом исследовании в стенке глубокой вены и окружающих тканях умеренная лифмо-гистиоцитарная инфильтрация с единичными лейкоцитами, склеротические изменения; со стороны интимы тромботические массы.1. Какова причина смерти?2. Какова давность наступления смерти?3. Имеются ли на трупе повреждения, прижизненность, давность, связь с наступлением смерти, степень тяжести?4. Принимал ли незадолго до смерти алкоголь, если да, то какова степень алкогольного опьянения?5. Страдал ли хроническими заболеваниями? | 1. Причиной смерти гр-на М. явилось заболевание – тромбофлебит глубокой вены правой голени, осложнившийся тромбоэмболией легочной артерии с развитием пульмоно-коронарного рефлекса, что подтверждается данными макроскопического исследования (синюшность головы и плечевого пояса, в просвете легочного ствола тромботические массы в виде «наездника»; справа на уровне голени в глубокой вене обнаружено расширение просвета, шероховатость внутренней оболочки, на последней определяются плотно припаянные тромботические массы серо-вишневого цвета) и судебно-гистологического исследования (в стенке глубокой вены и окружающих тканях умеренная лифмо-гистиоцитарная инфильтрация с единичными лейкоцитами, склеротические изменения; со стороны интимы тромботические массы).
2. Согласно трупным явлениям (Трупные пятна сине-фиолетовые, насыщенные, расположены на задней поверхности туловища, при дозированном надавливании цвет не изменяют. Трупное окоченение хорошо выражено во всех исследуемых группах мышц.) давность наступления смерти свыше одних суток и менее трех суток на момент проведения вскрытия.
3. При исследовании трупа обнаружено повреждение – ссадина в лобной области, которая возникла от воздействия твердого тупого предмета или при ударе о таковой незадолго до наступления смерти, в какой-либо связи с наступлением смерти не состоит и согласно пункту 9 раздела №2 приказа МЗиСР №194н от 24.04.2008г расценивается как повреждение, не причинившее вред здоровью человека.
4. При судебно-химическом исследовании в крови обнаружено 1,1%о, в моче - 1,6%о этилового спирта, что по аналогии с живыми лицами соответствует ЛЕГКОЙ степени опьянения в стадии выведения.
5. При исследовании трупа обнаружены хронические заболевания: Хронический бронхит, эмфизема. Диффузный мелкоочаговый кардиосклероз.
 | ТК ГИА | УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-5, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10 |
| 8 | ОБСТОЯТЕЛЬСТВА ДЕЛА: в направлении указано, что направляется труп гр-ки С., 1928г.р., для установления причины смерти, наличия телесных повреждений, степени тяжести телесных повреждений. Со слов родственников длительное время не вставала с кровати. НАРУЖНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ: Труп женщины правильного телосложения, повышенного питания. Кожные покровы бледно-серые. Трупные пятна сине-фиолетовые, насыщенные, расположены на задней поверхности туловища, при дозированном надавливании цвет не изменяют. Трупное окоченение хорошо выражено во всех исследуемых группах мышц. Отеки мягких тканей нижних конечностей. Повреждения: На передней поверхности правого предплечья кровоподтек неопределенной формы размером 4х2см, буровато-зеленого цвета. Полость черепа: кожный лоскут головы без кровоизлияний. Твердая мозговая оболочка перламутрового вида, напряжена. Листки мягкой мозговой оболочки приподняты, отечны. Головной мозг мягко-эластичной консистенции. На разрезе слои определяются хорошо. Желудочки мозга не расширены. На миндалинах мозжечка странгуляционная борозда шириной около 0,5см. ВНУТРЕННЕЕ ИССЛЕДОВАНИЕ: В правой плевральной полости 850мл прозрачной жидкости, в левой плевральной полости 1050мл прозрачной жидкости. В брюшной полости 2600мл аналогичной жидкости. В просвете аорты жидкая темная кровь и желто-красные эластичные свертки. Почки парные, бобовидной формы, массой по 170гр., капсула тонкая, снимается легко, поверхность под ней синюшного цвета, край разреза острый, на разрезе слои определяются с затруднением, корковый и мозговой слои темно-синюшного цвета. Пищевод и трахея без особенностей. Легкие повышенной воздушности, режутся с хрустом, на разрезе серо-синюшного цвета с бурым оттенком. Стенки бронхов утолщены, выстоят над поверхностью разреза, вдоль них белесые прожилки. С поверхности разреза стекает прозрачная жидкость. Сердце размером 16х12х10см, массой 510гр., в полостях сердца жидкая темная кровь и желто-красные свертки. Толщина стенки левого желудочка 1,8см, правого 0,6см. Длина окружности двухстворчатого клапана 12,5см, трехстворчатого 14,0см, аортального клапана 8,0см, легочного ствола 8,5см. Миокард эластичной консистенции, на разрезе коричневого цвета с множественными белесыми прожилками и участком разрастания плотной белесой ткани в области передней и боковой стенки левого желудочка, на площади 5х4см. Коронарные артерии на разрезе не спадаются, просвет их сужен эксцентрически расположенными бляшками до ¾ диаметра. В полости желудка содержимого нет. Печень размерами 29х24х23х12см, массой 1920гр., поверхность гладкая, передний край закруглен, ткань плотно-эластичная, на разрезе пестрого вида, за счет темно-вишневых вкраплений на коричневом фоне. Селезенка размером 14х11х6см, массой 290гр., плотной консистенции, капсула гладкая, край разреза острый, на разрезе темно-синюшного цвета. В просвете тонкого и толстого кишечника свойственное отделам содержимое. При судебно-химическом исследовании в крови и моче этиловый спирт не обнаружен.1. Какова причина смерти?2. Какова давность наступления смерти?3. Имеются ли на трупе повреждения, прижизненность, давность, связь с наступлением смерти, степень тяжести?4. Принимал ли незадолго до смерти алкоголь, если да, то какова степень алкогольного опьянения?5. Страдал ли хроническими заболеваниями? | * + - 1. Причиной смерти гр-ки С. явилось заболевание – хроническая ишемическая болезнь сердца, морфологическими проявлениями которой явились: крупноочаговый постинфарктный кардиосклероз, диффузный мелкоочаговый кардиосклероз, гипертрофия миокарда. Прогрессия заболевания обусловила развитие осложнения – хронической сердечной недостаточности в стадии декомпенсации, что подтверждается расширением полостей сердца (длина окружности двухстворчатого клапана 12,5см, трехстворчатого 14,0см), явлениями хронического венозного застоя (бурая индурация легких, цианотическая индурация почек и селезенки, мускатная печень), водянка полостей, отеки нижних конечностей.
1. Согласно трупным явлениям (Трупные пятна сине-фиолетовые, насыщенные, расположены на задней поверхности туловища, при дозированном надавливании цвет не изменяют. Трупное окоченение хорошо выражено во всех исследуемых группах мышц.) давность наступления смерти свыше одних суток и менее трех суток на момент проведения вскрытия.
2. При исследовании трупа обнаружено повреждение – кровоподтек на предплечье, который возник от воздействия твердого тупого предмета или при ударе о таковой в срок за 3-5 суток до наступления смерти, в какой-либо связи с наступлением смерти не состоит и согласно пункту 9 раздела №2 приказа МЗиСР №194н от 24.04.2008г расценивается как повреждение, не причинившее вред здоровью человека.
3. При судебно-химическом исследовании в крови и моче этиловый спирт не обнаружен.
4. При исследовании трупа обнаружено хроническое заболевание: Хронический бронхит, эмфизема.
 | ТК ГИА | УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-5, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10 |
| 9 | 02.08.2009г., в помещении между гр-ном К., 1981г.р., и неизвестным молодым человеком возникла ссора. В результате возникшей ссоры неизвестный молодой человек нанес неустановленным предметом удар в область шеи гр-ну К., в результате чего гр-н К., умер на месте происшествия. Кожные покровы сероватого цвета, тепловатые на ощупь; определяются обильные потеки буро-красной, подсохшей жидкости, на передней поверхности шеи, распространяющиеся на переднюю поверхность грудной клетки и живота. Трупные пятна островчатые, багрово-синюшные, ненасыщенные, расположены на задней поверхности туловища, при дозированном надавливании исчезают и восстанавливают свой цвет через 20 секунд. Трупное окоченение хорошо выражено в мышцах лица и верхних конечностях. Феномен идиомускулярной опухоли в виде тяжа высотой 1,0см. Внутрипеченочная температура 34,2оС. На левой переднебоковой поверхности шеи располагается линейная косо-вертикальная с ровными кровоподтечными краями, с острыми концами, длиной при сведенных краях 7,2см, в дне раны видны кровоподтечные мягкие ткани, пересеченные сосудисто-нервный пучок и кивательные мышцы. Мышцы шеи, груди и живота красно-коричневого цвета, малокровные. Имеется темно-красное студневидное кровоизлияние, располагающееся в мягких тканях шеи на уровне повреждения. При ревизии на уровне кровоизлияния по ходу раневого канала обнаружено линейное горизонтальное повреждение передненаружной стенки общей сонной артерии справа, края повреждения ровные, концы острые. Легкие тестовато-воздушной консистенции на ощупь, с поверхности серо-синюшного цвета с множеством темно-красных, неправильно-овальных кровоизлияний, располагающихся под легочной плеврой по задней поверхности всех долей правого и левого легких. Сердце конусовидной формы, плотное на ощупь, имеются слабо выраженные полосовидные кровоизлияния располагающиеся под эндокардом левого желудочка. Почки парные, бобовидные, на разрезе красно-коричневого цвета, малокровные, границы между корковым и мозговым слоями прослеживаются. Печень желто-коричневого цвета, мелкозернистая с поверхности, на разрезе ткань ее желто-коричневая, малокровная, с четкой структурой. В крови обнаружен этиловый алкоголь в концентрации 0,4 промилле, в моче этиловый алкоголь не обнаружен. Гистологически: резкое малокровие органов, мультилобулярный цирроз печени. 1. Определить причину смерти.2. Установить давность наступления смерти.3. Установить наличие телесных повреждений, механизм образования, прижизненность, тяжесть причиненного вреда здоровью человека и отношение к причине смерти.4. Установить наличие заболеваний и взаимосвязь с наступлением смерти.5. Определить степень алкогольного опьянения. | Причиной смерти явилась острая кровопотеря, развившаяся в результате проникающего колото-резаного ранения шеи с повреждением мягких тканей и левого сосудисто-нервного пучка, что подтверждается малокровием трупных пятен и внутренних органов, наличием полосовидных кровоизлияний под эндокардом левого желудочка (пятна Минакова), кровоизлияниями в мягкие ткани в области повреждения.Согласно стадии выраженности трупных явлений (трупные пятна островчатые, багрово-синюшные, восстанавливают свой цвет через 20 секунд, трупное окоченение хорошо выражено в мышцах лица и верхних конечностях, феномен идиомускулярной опухоли в виде тяжа высотой 1,0см, внутрипеченочная температура 34,2оС), смерть его наступила в пределах 4-6-ти часов на момент проведения экспертизы трупа.При экспертизе трупа обнаружено повреждение в виде проникающего колото-резаного ранения шеи, данное повреждение является прижизненным, что подтверждается наличием кровоизлияний, располагающихся в мягких тканях в области расположения раны, возникла от 1-го воздействия клинка колюще-режущего предмета (орудия, оружия), имеющего острой лезвие и обух, находится в прямой причинно-следственной связи с наступлением смерти и согласно приказу МЗиСР РФ 194н от 24.04.2008г. отнесено к критериям вреда, опасного для жизни человека, что по указанному признаку, согласно правилам «Определения тяжести вреда, причиненного здоровью человека» раздел 6.2.3 (постановление правительства РФ № 522 от 17.08.2007г.) квалифицируется как ТЯЖКИЙ вред здоровью.При экспертизе трупа обнаружено заболевание- мультилобулярный цирроз печени, которое не состоит в прямой причинно-следственной связи с наступлением смерти. Обнаружен этиловый алкоголь в концентрации в крови 0,4 промилле, в моче этиловый алкоголь не обнаружен, что по аналогии с живыми лицами соответствует НЕЗНАЧИТЕЛЬНОМУ влиянию алкоголя.  | ТК ГИА | УК-1, УК-2, УК-3, ПК-5, ПК-6, ПК-10 |
| 10 | Труп гр-на Л. 45лет, обнаружен на полу в доме, где ранее проживал. В лобной области ссадина 1,5х0,8см с буровато-красным подсохшим дном. Трупные пятна разлитые, насыщенные, багрово-синюшные, на заднебоковых поверхностях тела, при дозированном надавливании не бледнеют. Трупное окоченение хорошо выражено во всех группах обычно исследуемых мышц; внутрипеченочная температура 20˚, идиомускулярная опухоль: вмятина на месте удара… Переполнение темно-красной жидкой кровью без сгустков в полости сердца, острое об­щее венозное полнокровие, красный цвет легких на разрезе,… мышца сердца на разрезе красно-коричневого цвета, с участками неравномерного кровенаполнения, на задней стенке левого желудочка, по ходу огибающей ветви левой коронарной артерии, на участке 3х4см бледно-красного цвета с четким краевым (геморрагическим) «венчиком» …, выраженный отек мягких мозговых оболочек. Гистологически: неравномерное полнокровие внутренних органов, сливные кровоизлияния в миокарде с лейкоцитарной инфильтрацией, глыбчатый распад миофибрилл; микроциркуляторные расстройства в легких, почке, мелкоочаговый внутриальвеолярный эритродиапедез. При судебно-химическом исследовании: этиловый алкоголь в крови 0,3‰, в моче 0,5‰.Вопросы:1. Определить причину смерти?
2. Определить давность наступления смерти?
3. Имеются ли телесные повреждения, если да – их вид, характер, локализация?
4. Какой механизм образования повреждений, давность возникновения, тяжесть причиненного вреда здоровью человека, отношение к причине смерти?
5. Употреблял ли алкоголь незадолго до наступления смерти, если да, определить степень опьянения и отношение к причине смерти?
 | 1. Обнаруженная при экспертизе трупа гр-на Л., 45 лет, совокупность признаков: изменения со стороны мышцы сердца красно-коричневый цвета, с участками неравномерного кровенаполнения, на задней стенки левого желудочка, по ходу огибающей ветви левой коронарной артерии, на участке 3х4см бледно-красного цвета с четким краевым (геморрагическим) «венчиком», сливные кровоизлияния в миокарде с лейкоцитарной инфильтрацией, глыбчатый распад миофибрилл, выраженный отек мягких мозговых оболочек; а так же насыщенные, багрово-синюшные трупные пятна, переполнение полостей сердца жидкой кровью, без сгустков, острое об­щее венозное полнокровие, красный цвет легких на разрезе, дает основание считать, что смерть наступила в результате острого трансмурального инфаркта миокарда задней стенки левого желудочка в некротической стадии, осложнившегося развитием кардиогенного шока: шунтирование кровотока в почке, легком, мелкоочаговый внутри-альвеолярный, эритродиапедез в легком.2. Исходя из трупных явлений на момент осмотра: трупные пятна при надавливании не бледнеют, трупное окоченение хорошо выражено во всех группах обычно исследуемых мышц, внутрипеченочная температура 20˚, идиомускулярная опухоль: вмятина на месте удара, смерть наступила в пределах 1 суток на момент осмотра трупа.3. При медицинском исследовании трупа обнаружена ссадина в лобной области, буровато-красное дно ссадины указывает на прижизненность повреждения. Эти повреждения возникли от воздействия твердого тупого предмета (предметов), в период 1 суток часов к моменту наступления смерти.4. Выявленное повреждение в связи с наступлением смерти не состоит и согласно пункту 9 раздела № 2 приказа МЗ и СР РФ 194н от 24.04.2008г. расценивается, как повреждение, не причинившие вред здоровью человека. 5. При судебно-химическом исследовании обнаружен этиловый алкоголь в крови 0,3‰, в моче 0,5‰, что по аналогии с живыми лицами расценивается как незначительное влияние этилового алкоголя на организм.  | ТК ГИА | УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-5, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10 |
| 11 |  Обнаружен труп гр-на Ф., 55 лет, дома, в положении лежа на кровати 14.10.с.г. Трупное окоченение отсутствует во всех группах мышц, идиомускулярная опухоль определяется в виде валика высотой 1,5см, трупные пятна багрово-синюшные, на передней поверхности тела, при дозированном надавливании исчезают и восстанавливаются через 10сек, температура печени 35,8˚. Кожные покровы лица бледно-серые с синюшным оттенком, лицо слегка одутловатое... На задней поверхности левого плеча в нижней трети округлый багрово-синюшный кровоподтек 4х3см… Печень на разрезе красно-коричневого цвета, с выраженным желтым прокрашиванием, жидкое состояние крови в полостях сердца и крупных сосудов, резкое полнокровие внутренних органов, кровоизлияния по плевру и эпикард…, поджелудочная железа дрябловатая, слабо обложена жиром, с поверхности бурого цвета, на разрезе дольчатость сохранена, с множеством темно-вишневого цвета кровоизлияниями…, отек головного мозга. Гистологически: в поджелудочной железе очаговые участки кровоизлияний, некрозов, неравномерное кровенаполнение судов микроциркуляции в почках и в легких; венозное полнокровие внутренних органов. При судебно-химическом исследовании обнаружен этиловый спирт в крови- 1,4промилле, в моче- 3,5промилле. Вопросы:Определить причину смерти?Определить давность наступления смерти?Имеются ли телесные повреждения, если да – их вид, характер, локализация? Какой механизм образования повреждений, давность возникновения, тяжесть причиненного вреда здоровью человека, отношение к причине смерти?Употреблял ли алкоголь незадолго до наступления смерти, если да, определить степень опьянения и отношение к причине смерти? | 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.  | ТК ГИА | УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-5, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10 |
| 12 |  Во дворе дома 09.03.с.г., обнаружен труп гр-ки З., 33лет. Трупное окоченение отсутствует во всех группах мышц; идиомускулярная опухоль определяется в виде валика высотой 2,0см. Трупные пятна при дозированном давлении исчезают и восстанавливаются через 10сек; температура печени 35˚. На передней поверхности правого плеча в верхней трети багрово-синюшный кровоподтек 4х3см… Масса сердца 550гр, дряблое на ощупь, полости расширены, мышца на разрезе красно-коричневого цвета, с участками неравномерного кровенаполнения в виде более бледных (светлых) участков; в средней трети передней коронарной артерии имеются тромботические наложения, диффузное разрастание плотной соединительной ткани в виде тяжей…, в просвете аорты жидкая кровь с рыхлыми сгустками… Мелкоточечные красные кровоизлияния под эпикардом. Гистологически: … неравномерное полнокровие внутренних органов, сливные кровоизлияния в миокарде с единичными лейкоцитами, контрактурные повреждения 2,3 порядка (при поляризационной микроскопии), ангиоспазм, стазы в капиллярах и диапедезные кровоизлияния в головном мозге; микроциркуляторные расстройства в легких, почке, мелкоочаговый внутриальвеолярный, эритродиапедез в легком. При судебно-химическом исследовании концентрация глюкозы в крови – 1,0ммоль/л, этиловый спирт в крови- 0,8‰, в моче- 0,5‰. Вопросы:* + - 1. Определить причину смерти?
			2. Определить давность наступления смерти?
			3. Имеются ли телесные повреждения, если да – их вид, характер, локализация?
			4. Какой механизм образования повреждений, давность возникновения, тяжесть причиненного вреда здоровью человека, отношение к причине смерти?
			5. Употреблял ли алкоголь незадолго до наступления смерти, если да, определить степень опьянения и отношение к причине смерти?
 | 1. Обнаруженная при экспертизе трупа гр-ки З.,33 лет, совокупность признаков: масса сердца 550гр, дряблая на ощупь с расширенными полостями, на разрезе мышца красно-коричневого цвета, с участками неравномерного кровенаполнения в виде более бледных (светлых) участков; сливных кровоизлияний в миокарде с единичными лейкоцитами, контрактурные повреждения 2,3 порядка, ангиоспазм, в средней трети передней коронарной артерии наличие тромботический наложений, а так же наличие в просвете крупных со­судов жидкой крови с рыхлыми сгустками…, мелкоточечных красных кровоизлияний под эпикардом; неравномерного полнокровия внутренних органов, есть основание считать, что смерть гр-ки З., 33лет, наступила в результате острого инфаркта миокарда передней стенки левого желудочка в донекротической стадии, осложнившегося развитием кардиогенного шока, о чем свидетельствует: шунтирование кровотока в почке, легком, мелкоочаговый внутриальвеолярный, эритродиапедез в легком, отек легких, мягкой оболочки и вещества головного мозга.2. Исходя из трупных явлений на момент обнаружения: трупное окоченение отсутствует во всех группах мышц, идиомускулярная опухоль определяется в виде валика высотой 1,5см. Трупные пятна при дозированном надавливании исчезают и восстанавливаются через 10сек., температура печени 35˚, смерть наступила в пределах 3-6 часов на момент осмотра трупа.3. При наружном исследовании трупа обнаружен кровоподтек, на передней поверхности правого плеча в верхней трети.4. Учитывая, что цвет кровоподтека багрово-синюшный - повреждение является прижизненным, возникло от воздействия твердого тупого предмета или при ударе о таковой, незадолго до наступления смерти и к причине смерти отношения не имеет, согласно п. 9 раздела №2 приказа МЗиСР РФ 194н от 24.04.2008г. расценивается как повреждение, не причинившее вред здоровью человека. 5. При судебно-химическом исследовании обнаружен этиловый алкоголь в крови 0,8‰, в моче- 0,5‰. Такая концентрация алкоголя в крови у живых лиц соответствует легкой степени опьянения. | ТК ГИА | УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-5, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10 |
| 13 | ОБСТОЯТЕЛЬСТВА ДЕЛА. В постановлении о назначении судебно-медицинской экспертизы указано, что «05.02.03г около 17 часов в ком. 000 по ул. Калинина, гр. С. нанес удар по голове гр. Ю., в результате чего Ю. от полученной травмы скончался 18.02.03г».ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКАЯ ЧАСТЬ. Представлена история болезни, заполненная на гр. Ю., 1964 г.р., который 05.02.03 в 17-40 бригадой скорой помощи был доставлен в 1 нейрохирургическое отделение ГБСМП в крайне тяжелом состоянии. Сознание нарушено по типу кома 1-2. обстоятельства травмы неизвестны. Взят по адресу: Калинина, 000, комната 000. ЧДД 18 в минуту Живот напряжен. Слабая реакция на болевые раздражители – движения в руках и ногах. Явных парезов нет. слева зрачок средний, на свет реагирует. Справа глазное яблоко отсутствует (протез). Асимметрии лица нет. сухожильные рефлексы угнетены. Симптом Кернига 130°. Намечены патологические стопные знаки. Рваная рана левой ушной раковины. Из правого носового хода следы крови. Ушибы мягких тканей височной части головы. При ЭХО-ЭС смещение срединных структур головного мозга справа налево 1,5 мм. Диагноз при поступлении: зчмт, ушиб головного мозга; рвано-ушибленная рана левой ушной раковины; ушибы мягких тканей головы. Больной госпитализирован в отделение реанимации, где был осмотрен нейрохирургом, хирургом, стоматологом. Операции: 1) 05.02.03 Лапароцентез. Патологического отделяемого не получено. 2) 05.02.03 ПХО раны левой ушной раковины. 3) 10.02.03 Верхняя трахеостомия. Течение травматической болезни осложнилось абсцедирующей пневмонией, гипоксическим отеком головного мозга. несмотря на проводимое лечение, состояние больного прогрессивно ухудшалось. 18.02.03 наступила остановка дыхания, сердечной деятельности в 17-15.ПОСМЕРТНЫЙ ДИАГНОЗ. Сочетанная травма тяжелой степени. Повторная черепно-мозговая травма, закрытая черепно-мозговая травма, ушиб головного мозга тяжелой степени. Краниоспинальная травма? Ушиб верхне-шейного отдела спинного мозга. Рваная рана левой ушной раковины. Ушибы мягких тканей головы. Алкогольное опьянение. Осложнения. Двусторонняя абсцедирующая пневмония, отек – набухание головного мозга с дислокацией ствола. Фоновое заболевание. Диссеминированный туберкулез легких в стадии инфильтрации, ---?Операции: 1) 05.02.03 Лапароцентез. 2) 05.02.03 ПХО раны левой ушной раковины. 3) 10.02.03 Верхняя трахеостомия. Алкоголь – в крови – 3,02 промилле, в моче – 4,46 промилле. НАРУЖНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ. Труп мужчины, доставлен без одежды, среднего телосложения, удовлетворительного питания, длиной тела 175 см. Кожа бледно-серая, холодная на ощупь во всех отделах, в отлогих местах тела сливные, фиолетовые, не исчезающие и не меняющие цвет при надавливании трупные пятна. Трупное окоченение достаточно выражено во всех обычно исследуемых группах мышц. Склеры левого глаза мутные, тусклые, суховаты, кровоизлияний в соединительные оболочки глаза не отмечается, левый зрачок 0,4 см диаметром. Вместо правого глаза стеклянный протез. Голова правильной формы. Грудная клетка цилиндрическая, эластичная, упругая, ребра на ощупь целы. Живот на одном уровне с грудной клеткой. Естественные отверстия тела и полости рта и носоглотки свободны, чистые. Слизистая оболочка губ синюшная, подсохшая. Анальное отверстие сомкнуто, кожа вокруг него слегка обпачкана каловыми массами. Половые органы развиты правильно по мужскому типу. Кости конечностей целы.ПОВРЕЖДЕНИЯ. Слева по центру ушной раковины рваная рана с полным разрывом на глубину 1,5 см, обработанная бриллиантовой зеленью. Других повреждений, кроме следов медицинских манипуляций, при наружном исследовании не обнаружено.ВНУТРЕННЕЕ ИССЛЕДОВАНИЕ: Полость черепа: в кожно-мышечном лоскуте головы слева в височной области кровоизлияние диаметром 7 см с пропитыванием височных мышц кровью. Справа в лобно-височной области аналогичное кровоизлияние диаметром 12 см. В теменно-затылочной области с центром в проекции лямбдовидного шва кровоизлияние диаметром 6 см. Кожно-мышечный лоскут головы в остальных отделах гладкий, влажный, блестящий. В височной кости справа на границе с лобной, на 3 см выше края орбиты, ориентированная справа налево линия перелома, заканчивающаяся по наружному правому краю турецкого седла. Эпидурально в зоне перелома пластинчатое кровоизлияние. Твердая мозговая оболочка серо-перламутрового цвета, цела, блестящая, гладкая, влажная, просвет ее синусов выполнен жидкой темной кровью с темно-вишневыми свертками. Субарахноидально справа по наружной поверхности лобной доли кровоизлияние диаметром 3 см, кровоизлияние по наружной поверхности височной доли диаметром 3 см и в верхнем отделе постцентральной извилины диаметром 4 см; слева кровоизлияние по наружной поверхности височной доли 5 см диаметром. В черве мозжечка кровоизлияние диаметром 2 см. По базальной поверхности правой височной и лобной долей ржавые кровоизлияния с полостями в височных долях с прозрачным содержимым диаметром по 2 см с каждой стороны. Сосуды Вилизиева круга с тонкими стенками, пустым просветом. Борозды мозга сглажены, извилины уплощены, на миндаликах мозжечка полоса вдавления от краев большого затылочного отверстия шириной 1 см, с пятнистыми кровоизлияниями в глубине полосы. Головной мозг дрябло-эластичный, на разрезах с четкой границей серого и белого вещества и мраморным рисунком подкорковых ядер. Поверхности разрезов тускловаты, липнут к лезвию ножа. Желудочки мозга симметричны, обычного объема, эпендима их бледно-серая, блестящая, влажная, в полостях желудочков следы прозрачной соломенного цвета жидкости. Сосудистые сплетения обычного вида, полнокровны.При ревизии шейного отдела позвоночного столба в связках атланто-затылочного и атланто-аксиального сочленений множественные вертикально ориентированные темно-красные кровоизлияния полосовидной формы.ОРГАНЫ ГОЛОВЫ И ШЕИ. Язык синюшный, влажный, обложен серовато-желтым, не снимающимся налетом. Слизистые оболочки носоглотки синюшные, влажные, блестящие. Небные миндалины округлые, диаметром по 1,5 см, с бугристой поверхностью, без наложений, синюшные. В мягких тканях шеи повреждений и кровоизлияний не обнаружено. Вход и просвет гортани свободен, слизистая оболочка ее бледно-серая. Подъязычная кость и хрящи гортани целы, в мягких тканях ее повреждений не обнаружено. Просвет трахеи и главных бронхов свободен, хрящи трахеи целы. Щитовидная железа обычных размеров, с равновеликими долями, плотно-эластичная, темно-коричневая, на разрезе полнокровна, дольчатого строения. Просвет пищевода свободен, слизистая его бледно-серая – продольно-складчатая.ГРУДНАЯ ПОЛОСТЬ. В верхней полой вене до ее середины через подключичную вставлен пластиковый катетер, вокруг него кольцевидный спаянный со стенкой вены смешанный тромб. В нижней доле левого легкого и в верхней доле правого легкого множественные мелкие треугольные темно-красные основанием к плевре с диаметром основания не более 1 см очаги с некрозом легочной ткани. В плевральных полостях следы прозрачной жидкости. Легкие выполняют 2\3 полостей, с блестящей, гладкой и влажной плеврой. Под висцеральной плеврой, особенно, в прикорневых отделах легких и по базальным поверхностям, множественные точечные кровоизлияния. Легкие синюшные в передних и темно-синюшные в задних отделах. При ощупывании легкие тестоватой консистенции. На разрезах легкие темно-красные с обычным рисунком. С поверхности разреза из сосудов стекает темная жидкая кровь в повышенном количестве, с разреза легочной ткани – пенистая желто-красная, прозрачная жидкость в повышенном количестве. Просвет воздухопроводящих путей свободен. Слизистые оболочки воздухопроводящих путей светло-розовые, набухшие. Бифуркационные лимфоузлы располагаются в виде пакетов диаметром от 1 до 2 см, эластичные, не спаянные между собой и с окружающими тканями, темно-синюшные, на разрезах сочные, с обычным рисунком. В полости перикарда следы прозрачной жидкости, листки его гладкие, влажные, блестящие. Под эпикардом единичные точечные рассеянные темно-красные кровоизлияния. Сердце дрябло-эластичное, 11х9х8 см, с избыточным отложением жира под эпикардом. В полостях сердца немного жидкой темной крови с мелкими единичными темно-вишневыми свертками. Миокард розовато-синюшный, эластичный, неравномерного кровенаполнения. Толщина стенки правого желудочка 0,3 см, левого 1,2 см. Клапаны и пристеночный эндокард тонкий, полупрозрачный, клапаны сформированы правильно, под эндокардом левого желудочка сердца рассеянные мелкопятнистые кровоизлияния в небольшом количестве. Аорта эластична, со следами жидкой крови в просвете и рассеянными липидными пятнами в интиме. Коронарные артерии с тонкими стенками, пустым просветом. БРЮШНАЯ ПОЛОСТЬ. Органы расположены анатомически правильно. В полости следы прозрачной жидкости соломенного цвета. Листки брюшины гладкие, влажные, блестящие. В просвете желудка и кишечника содержимое соответствует отделам, слизистые оболочки их бледно-серые. Мезентериальные лимфоузлы располагаются раздельно, диаметр их не более 1 см, эластичны. Печень 26х20х18х13 см, эластичная, желто-коричневая с поверхности и на разрезах, полнокровная, со смазанным рисунком долек. В желчном пузыре 15 мл жидкой темно-зеленой желчи, слизистая оболочка его темно-зеленая, бархатистая. Просвет внепеченочных желчевыводящих путей свободно проходим. Поджелудочная железа обычных размеров, плотно-эластичная, бледно-серая, на разрезах - дольчатого строения. Надпочечники листовидной формы, обычных размеров, на разрезах граница слоев отчетливо выражена. Почки равновелики, 11х6х5 см, дрябло-эластичные. Капсула сползает при надрезе, обнажая ровную поверхность. По краю разреза паренхима наползает на капсулу. На разрезах корковый слой - синюшный, с темно-красным крапом и подчеркнутым рисунком, мозговой слой также с подчеркнутым рисунком, граница слоев отчетливо выражена. Слизистые оболочки лоханок и чашечек бледно-синюшные, гладкие, блестящие, просвет последних свободен. Мочеточники проходимы на всем протяжении, с бледно-серой слизистой. Мочевой пузырь пуст, слизистая оболочка его складчатая, бледно-серая, уретра свободно проходима. Из трупа для судебно-гистологического исследования взяты кусочки внутренних органов на патоморфологические изменения.В качестве вещественного доказательства взята кровь на марле.  Вопросы:1. Какие повреждения были обнаружены на трупе?
2. Причина смерти?
3. Мок ли потерпевший совершать активные действия?
4. Время наступления смерти?
5. Состояние опьянения?
 | * 1. При судебно-медицинской экспертизе трупа обнаружены телесные повреждения в виде: а) Закрытая черепно-мозговая травма – рваная рана левой ушной раковины, кровоизлияния в коже головы слева в височной, справа в лобно-височных, в теменно-затылочной областях, линейный перелом правой височной кости, распространяющийся на основание черепа, субарахноидальные кровоизлияния в правых лобной, височной и теменной долях, в левой височной доле, в черве мозжечка; б) закрытая спинальная травма – кровоизлияния в связки 1-2 шейных позвонков. Все повреждения причинены в короткий промежуток времени. Повреждения являются опасными для жизни в момент причинения, обусловили тяжкий вред здоровью и имеют прямую причинную связь со смертью.
	2. Смерть наступила в результате сочетанной травмы тела (см. п.1), сопровождавшейся переломом костей черепа и очагами ушиба головного мозга, осложнившейся отеком и набуханием головного мозга с дислокацией. Вывод подтверждается картиной, найденной на вскрытии, и данными медицинской документации.
	3. Учитывая литературные данные, после получения вышеуказанных телесных повреждений, потерпевший мог совершать целенаправленные действия, в том числе передвигаться от нескольких минут до нескольких часов, однако, наличие повреждения червя мозжечка вероятность самостоятельных действий потерпевшего после травмы очень низка.
	4. Смерть пострадавшего наступила 18.02.03 в 17 часов 15 минут.
	5. При поступлении пострадавшего в стационар в крови обнаружен этиловый спирт, концентрация которого соответствует тяжелой степени алкогольного опьянения по аналогии с живыми лицами.
 | ТК ГИА | УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-5, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10 |
| 14 | ОБСТОЯТЕЛЬСТВА ДЕЛА. В постановлении о назначении судебно-медицинской экспертизы указано, что «09.04.2009 по адресу: г.К….., ул. Мира, д.00 был обнаружен гр. Ю., 1974г.р. в бессознательном состоянии и доставлен скорой медицинской помощью в МУЗ «ГКБ №6». 14.04.2009 гр. Ю. умер в МУЗ «ГКБ №6» не приходя в сознание».ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКАЯ ЧАСТЬ.Представлен Акт судебно-медицинского исследований от 15.05.09г. представлена медицинская карта стационарного больного из ГКБ № 6 на имя Ю., 1974 г.р., который 09.04.09г. в 1-05 бригадой скорой помощи был доставлен в токсикологическое отделение с нарушением сознания. Подобран в бессознательном состоянии на ул. Юшкова, 00. При поступлении кома 1-2. Кожные покровы умеренно гиперемированы. В области лба и волосистой части головы имеется ссадина. Зрачки равны, фотореакция слабая. Рефлексы снижены. Мышечный тонус снижен симметрично. Дыхание спонтанное, ЧДД 18\мин, дыхание везикулярное, хрипов нет. АД 120\80 мм.рт.ст. Пульс 82\мин. Изо рта определяется запах алкоголя. Живот при пальпации мягкий. Печень по краю реберной дуги. Проведена компьютерная томография головного мозга № 14597 от 09.04.09г.: КТ-картина обширного травматического повреждения головного мозга: массивное субарахноидальное кровоизлияние по всем полям; в лобно-височно-теменной области слева определяется субдуральная гематома до 16 мм в глубину и до 129 мм по протяженности; срединные структуры смещены слева направо до 10 мм; в охватывающей цистерне и сильвиевых щелях кровь, которой пропитано и мозговое вещество лобных долей; желудочковая система компримирована слева. Больной осмотрен нейрохирургом, переведен в НХО-1. 09.04.09г. произведена операция: КПТ черепа в лобно-теменной области слева, удаление острой субдуральной гематомы. Под интубационным наркозом в положении больного лежа на спине. Кожа рассечена дугообразным разрезом в левой лобно-теменной области, основанием к виску. Теменная, височная и лобная кости скелетированы в пределах раны. Визуализируется линейный перелом теменной кости. Из 5 фрезевых отверстий через линию перелома сформирован и удалён костный лоскут. Твердая мозговая оболочка напряжена, пульсация отсутствует, вскрыта. Аспирировано и отмыто около 80 мл крови в виде сгустков. Обширное контузионное поражение лобной, височной и теменной долей, массивное субарахноидальное кровоизлияние. Вещество мозга выбухает в дефект, при пункции крови не получено. Появилась слабая пульсация вещества мозга. Гемостаз. Твердая мозговая оболочка ушита наводящими швами до активного дренажа, установленного субдурально. Пластика костным лоскутом не выполнена из за выраженного отёка мозга. Послойные швы на рану до активного дренажа. Ас. повязка. В послеоперационном периоде больной переведен в отделение реанимации. 11.04 состояние больного крайне тяжелое, кома 2-3. ИВЛ. АД 75\45 мм.рт.ст. Пульс 94\мин. 12.04 состояние больного терминальное, кома 2-3. Зрачки равны, умеренно расширены, без реакции на свет, взор фиксирован прямо. АД 65\30 мм.рт.ст. Пульс 117\мин. Несмотря на проводимую терапию состояние больного оставалось крайне тяжелым, прогрессировала мозговая недостаточность, на фоне неуправляемой артериальной гипотонии в 1-45 14.04.09г. произошла остановка сердечной деятельности, констатирована смерть больного. ПОСМЕРТНЫЙ ДИАГНОЗ. Закрытая черепно-мозговая травма (09.04.09г.), ушиб головного мозга тяжелой степени. Острая субдуральная гематома в левой теменно-височной области (80 мл). Ушибы и ссадины волосистой части головы. Осложнения. Постдислокационные ишемические поражения ствола на мезэнцефальном уровне. Двусторонняя нижнедолевая пневмония. Сопутствующее заболевание: хронический алкоголизм.Алкоголь – в крови 2,56 промилле, в моче 0,6 промилле.НАРУЖНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ. Труп мужчины, доставлен без одежды, среднего телосложения, правильного удовлетворительного питания, длиной тела 185 см. Кожа бледно-серая, холодная на ощупь во всех отделах, в отлогих местах тела сливные, фиолетовые, не исчезающие и не меняющие цвет при надавливании трупные пятна. Трупное окоченение достаточно выражено во всех обычно исследуемых группах мышц. Склеры глаз мутные, тусклые, суховаты, кровоизлияний в соединительные оболочки глаз не отмечается, зрачки равновелики по 0,5 см диаметром. Голова правильной формы, кости черепа и лицевого скелета на ощупь целы. Грудная клетка цилиндрическая, эластичная, упругая, ребра на ощупь целы. Живот на одном уровне с грудной клеткой. Естественные отверстия тела и полости рта и носоглотки свободны, чистые. Слизистая оболочка губ синюшная, подсохшая. Анальное отверстие сомкнуто, кожа вокруг него чистая. Половые органы развиты правильно. Кости конечностей целы. ПОВРЕЖДЕНИЯ. Синюшные кровоподтеки в местах инъекций: на предплечьях, правой кисти и правом локтевом сгибе. В центре лобной области на 7 см выше надбровных дуг Г-образная с осадненными краями рана, открытым прямым углом влево с длиной ребер по 1 см, со слегка подрытым левым краем, глубиной до кости с тканевыми перемычками в глубине. В зоне раны кровоизлияние в коже диаметром 1,5 см. Слева в лобно-теменной области с переходом на височную область дугообразный операционный разрез длиной 15 см, ушитый. Желтовато-синюшный кровоподтек в левой скуловой области с переходом на нижнее веко диаметром 7 см. Каких-либо иных повреждений при исследовании не обнаружено. При проведении воздушной пробы – воздух из плевральных полостей и полостей сердца не получен. При проведении судебно-медицинского исследования трупа использовались: кожные разрезы по методу Шора.ВНУТРЕННЕЕ ИССЛЕДОВАНИЕИзвлечение органокомплекса произведено по методу Шора, с распилом ребер спереди. Череп вскрывался угловым распилом. Доступ к спинному мозгу осуществлялся сзади по методу Медведева. ПОЛОСТЬ ЧЕРЕПА В кожно-мышечном лоскуте головы кровоизлияние по ходу операции и кровоизлияние в левой теменной области с центром в 5 см от средней линии и кзади на 3 см от венечного шва диаметром 5 см. Слева в теменной и височной костях трепанационное отверстие 5х7 см, ориентированное горизонтально. От верхнезаднего угла отверстия, расположенного в 8 см от стреловидного шва и в 5 см от середины лямбдовидного шва, вправо и кзади идет линия перелома, заканчивающаяся на вершине лямбдовидного шва. Края линии перелом четко сопоставимы. Справа множественные трещины по крыше орбиты, распространяющиеся на дырчатую пластинку решетчатой кости. Субдурально в передних черепных ямках гематома из темно-вишневых свертков объемом 50 мл. По полюсным и базальным поверхностям лобных долей: слева смыкающиеся между собой темно-красные кровоизлияния диаметром 9 см диффузного характера, на фоне которого слева на участке диаметром 3 см более темные пятнистые кровоизлияния с 5-ю эрозиями мягких мозговых оболочек в центре участка, справа на участке 4 см диаметром аналогичные по характеристикам кровоизлияния с эрозиями. По полюсной поверхности правой височной доли аналогичные по характеристикам кровоизлияния с 3 эрозиями в центре полюса на участке диаметром 3 см. Указанные кровоизлияния распространяются на вещество мозга на глубину коры. Борозды мозга сглажены, извилины уплощены, на миндаликах мозжечка кольцевидная с диффузными субарахноидальными кровоизлияниями полоса вдавления от краев большого затылочного отверстия шириной 0,5 см, внутри борозды мозжечок и продолговатый мозг кашицеобразные темно-красного цвета. Головной мозг дряблый, на разрезах с четкой границей серого и белого вещества и мраморным рисунком подкорковых ядер. Поверхности разрезов тускловаты, липнут к лезвию ножа. Желудочки мозга симметричны, обычного объема, эпендима их бледно-серая, блестящая, влажная, в полостях желудочков следы прозрачной соломенного цвета жидкости. Сосудистые сплетения обычного вида, полнокровны. ОРГАНЫ ШЕИ, ГРУДНОЙ И БРЮШНОЙ ПОЛОСТЕЙ: язык синюшный, влажный, обложен серовато-желтым, не снимающимся налетом. Слизистые оболочки носоглотки синюшные, влажные, блестящие. В мягких тканях шеи повреждений и кровоизлияний не обнаружено. В плевральных полостях следы прозрачной жидкости, легкие выполняют 2\3 полостей, с блестящей, гладкой и влажной плеврой. Органы брюшной полости расположены анатомически правильно, в полости следы прозрачной жидкости соломенного цвета. Листки брюшины гладкие, влажные, блестящие. Просвет пищевода свободен, слизистая его бледно-серая, продольно складчатая. Вход и просвет гортани свободен, слизистая оболочка ее бледно-серая. Подъязычная кость и хрящи гортани целы, в мягких тканях ее повреждений не обнаружено. Просвет трахеи и главных бронхов свободен, хрящи трахеи целы. Щитовидная железа обычных размеров, с равновеликими долями, плотно-эластичная, темно-коричневая, на разрезе полнокровна, дольчатого строения. Аорта эластична, со следами жидкой крови в просвете и гладкой интимой. Легкие синюшные в передних и темно-синюшные в задних отделах, тестоватой консистенции, на разрезах темно-красные с обычным рисунком, полнокровны. Слизистые оболочки воздухо-проводящих путей светло-розовые, набухшие. Бифуркационные лимфоузлы диаметром от 1 до 2 см, эластичные, не спаянные между собой и с окружающими тканями, темно-синюшные, на разрезах сочные, с обычным рисунком. В полости перикарда следы прозрачной жидкости, листки его гладкие, влажные, блестящие. Сердце дрябло-эластичное, 11х10х9 см. В полостях сердца смешанные свертки крови с мелкими единичными темно-вишневыми свертками. Миокард розовато-синюшный, эластичный, неравномерного кровенаполнения. Толщина стенки правого желудочка 0,3 см, левого 1,2 см. Клапанный и пристеночный эндокард тонкий, прозрачный, клапаны сформированы правильно. Коронарные артерии с тонкими стенками, пустым просветом. Желудок пустой, содержимое кишечника отделам соответствует, слизистые оболочки желудочно-кишечного тракта грязно-серые из-за аутолиза. Мезентериальные лимфоузлы располагаются раздельно, диаметр их не более 1 см, эластичны. Печень 26х18х15х13 см, плотно-эластичная, коричневая с поверхности и на разрезах, полнокровная, со смазанным рисунком долек. Просвет внепеченочных желчевыводящих путей свободно проходим. Поджелудочная железа обычных размеров, плотно-эластичная, бледно-серая, на разрезах – дольчатого строения. Селезенка 6х4х3 см, эластичная, синюшная, на разрезах без соскоба. Надпочечники листовидной формы, обычных размеров, на разрезах граница слоев четкая. Почки равновелики, 11х6х5 см, дрябло-эластичные. Капсула сползает при надрезе, обнажая ровную поверхность. По краю разреза паренхима слегка наползает на капсулу. На разрезах корковый слой - синюшный, с подчеркнутым рисунком, мозговой слой также с подчеркнутым рисунком, граница слоев отчетливо выражена с полнокровием юкстамедуллярной зоны. Слизистые оболочки лоханок и чашечек бледно-синюшные, гладкие, блестящие, просвет их свободен. Мочеточники проходимы на всем протяжении, с бледно-серой слизистой. Мочевой пузырь пуст, слизистая оболочка его складчатая, бледно-серая, уретра свободно проходима. ПОЗВОНОЧНИК И СПИННОЙ МОЗГ: при ревизии позвоночного столба повреждений не обнаружено, кроме вертикально ориентированных полосчатых темно-красных кровоизлияний в задней атлантозатылочной мембране. Эпи- и субдуральные пространства свободны, твердая мозговая оболочка напряжена, бледно-серая, блестящая, мягкие мозговые оболочки тонкие, прозрачные, спинной мозг дряблый, на разрезах обычного рисунка. А К Т Судебно-гистологического исследования. Судебно-медицинским экспертом, произведено исследование кусочков внутренних органов от трупа гр. Ю., 1974 г.р. ЗАКЛЮЧЕНИЕ. Головной мозг – диффузные и очаговые субарахноидальные, распространяющиеся на головной мозг до белого вещества кровоизлияния с очаговой лейкоцитарной инфильтрацией и гемолизом эритроцитов, с выпадением нейронов в зоне повреждений, с внеклеточным выпадением гемосидерина. В стволовых отделах мозга выраженная внеклеточная гипергидратация с перивазальными кровоизлияниями с очагами выпадения нейронов, стазом крови в сосудах. Печень – дискомплексация печеночных балок, жировым гепатозом 1-2 степени, стаз крови в сосудах. Воспаления не выявлено. Легкие – неравномерно выраженный внутриальвеолярный отек с геморрагическим компонентом, межуточный отек, очаговые внутриальвеолярные скопления гемосидерофагов, гнойный эндобронхит, очаговая гнойная бронхопневмония. Миокард – стаз крови в сосудах, межуточный отек, очаги неравномерной гипертрофии кардиоцитов. Апоневроз – очаговые кровоизлияния с гемолизом эритроцитов, неравномерно выраженной лейкоцитарной инфильтрацией, внеклеточным выпадением гемосидерина. Вопросы:1.Повреждения обнаруженные при исследовании?2.Степень тяжести вреда причиненного здоровью человека?3.Время наступления смерти, причина смерти?4.Могли ли данные повреждения образоваться от падения с «высоты собственного роста»?5.Состояние опьянения? | .При судебно-медицинской экспертизе обнаружены следующие телесные повреждения: открытая черепно-мозговая травма – Г-образная рвано-ушибленная рана в центре лобной области, кровоизлияние в коже левой теменной области, линейный перелом левой теменной кости, множественные трещины крыши правой орбиты, распространяющиеся на дырчатую пластинку решетчатой кости, субдуральная плащевидная гематома в передних черепных ямках объемом 50 мл, субарахноидальные и внутримозговые кровоизлияния по полюсным и базальным поверхностям обеих лобных долей головного мозга и по полюсной поверхности правой височной.2.Обнаруженная при настоящей экспертизе, ЧЕРЕПНО-МОЗГОВАЯ ТРАВМА причинила вред, опасный для жизни человека и согласно пункту 4.а Правил определения степени тяжести вреда, причиненного здоровью человека (Постановление Правительства РФ от 17 августа 2007 г. N 522) и пункта 6.1. приказа МЗиСР РФ 194н от 24.04.2008.г., квалифицируется, как обусловившая тяжкий вред здоровью. Черепно-мозговая травма имеет прямую причинную связь со смертью.3.Смерть наступила в 1-45 14.04.09. в результате черепно-мозговой травмы, с переломом костей свода и основания черепа, ушибом головного мозга, осложнившейся отеком и дислокацией последнего с некрозом стволовых отделов мозга и мозжечка. Вывод подтверждается клинико-морфологической картиной - при поступлении кома 1-2, на операции и при исследовании трупа обнаружены перелом левой теменной кости, субдуральная гематома и ушибы головного мозга4.Маловероятно, что повреждения могли быть получены пострадавшим при падении с высоты собственного роста из положения стоя. 5.При поступлении пострадавшего в стационар в крови обнаружен этиловый спирт, концентрация которого соответствует тяжелой степени алкогольного опьянения по аналогии с живыми лицами. | ТК ГИА | УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-5, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10 |
| 15 | ОБСТОЯТЕЛЬСТВА ДЕЛА. В постановлении о назначении судебно-медицинской экспертизы указано, что «24.02.2008г. в ГКБ №6 от подъезда дома №0 по ул. 0 Мира г.К…… был доставлен С., 1956 г.р., который скончался в 23 часа 30 минут 24.03.2008г. в ГКБ №6 г.К…..»ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКАЯ ЧАСТЬ. Представлен акт судебно-медицинского исследования от 05.03.2008, согласно которой: «Представлен акт о смерти С., 51 год, поступил в крайне тяжелом состоянии в 23-00 24.02.08г. по скорой помощи. Жалобы собрать не представляется возможным из-за тяжести состояния. Документов при себе не было. Был найден возле подъезда в сугробе по адресу: Мира, 0. Состояние крайней тяжести. АД, пульс не определяются на периферических сосудах. Зрачки расширены. Фотореакция вялая. Дыхание спонтанное, ослаблено. Кожа и видимые слизистые бледные, прохладные на ощупь. Живот мягкий, на пальпацию не реагирует. Реанимационные мероприятия в течение 30 минут – без эффекта. В 23-30 24.02.08г. констатирована смерть больного. НАРУЖНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ. Труп мужчины, доставлен без одежды, среднего телосложения, пониженного питания, длиной тела 175см. Кожа бледно-серая, холодная на ощупь во всех отделах, в отлогих местах тела сливные, фиолетовые, не исчезающие и не меняющие цвет при надавливании трупные пятна. Трупное окоченение достаточно выражено во всех обычно исследуемых группах мышц. Склеры глаз мутные, тусклые, суховаты, кровоизлияний в соединительные оболочки глаз не отмечается, зрачки равновелики по 0,4 см диаметром. Голова правильной формы, кости черепа и лицевого скелета на ощупь целы. Грудная клетка цилиндрическая, эластичная, упругая, ребра на ощупь целы. Живот на одном уровне с грудной клеткой. Естественные отверстия тела и полости рта и носоглотки свободны, чистые. Слизистая оболочка губ синюшная, подсохшая. Анальное отверстие сомкнуто. Половые органы развиты правильно. Кости конечностей целы. Отсутствуют зубы верхней челюсти. В нижней челюсти оба первых, все после 4-ого слева, и после 4-ого справа. ПОВРЕЖДЕНИЯ. Вокруг глаз багрово-синюшные кровоподтеки в виде синдрома очков, диаметром по 8 см, распространяющиеся на переносицу. Синюшный кровоподтек диаметром 12 см в центре лобно-теменной области, аналогичные кровоподтеки – передняя поверхность верхней трети левого предплечья 12х6 см, задняя поверхность левого локтя диаметром 6 см, и по тыльной поверхности обеих кистей. На левом предплечье 5 ссадин, 3 на локтевом суставе, 1 в средней трети предплечья диаметром по 1 см, и по задней поверхности лучезапястного сустава диаметром 3 см. На фоне кровоподтека левой кисти множественные ссадины диаметром 0,5-0,7 см и, в основании фаланг указательного и среднего пальцев округлые поверхностные раны диаметром по 1 см. Справа - по локтевой поверхности 6 ссадин диаметром от 0,5 см до 1 см. Кровоподтек диаметром 6 см по задней поверхности средней трети предплечья. На фоне кровоподтека правой кисти в проекции безымянного и указательного пальцев овальные вертикальные ссадины диаметром по 2х1 см каждая. На переносице ссадина 4х1 см, в левой скуловой области 2 ссадины диаметром по 1 см, ссадина диаметром 0,5 см по внутренней поверхности левого верхнего века и 3х0,5 см по ходу внутренней части левой брови, множественные кровоизлияния в левое глазное яблоко. Справа множественные кровоизлияния в глазное яблоко. В лобной области и в теменной области на фоне кровоподтека - 11 ссадин размерами от 1до 4 см диаметром. В теменно-затылочной области на участке диаметром 18 см - 16 ссадин диаметром от 1 до 2 см. Все ссадины однотипны, покрыты бурой коркой с западающим дном. По органам – полнокровие, картина острой смерти. Каких-либо повреждений, кроме следов медицинских манипуляций, при исследовании не обнаружено. При проведении воздушной пробы – воздух из плевральных полостей и полостей сердца не получен. При проведении судебно-медицинского исследования трупа использовались: кожные разрезы по методу Шора. ВНУТРЕННЕЕ ИССЛЕДОВАНИЕ: Извлечение органокомплекса произведено по методу Шора, с распилом ребер спереди. Череп вскрывался угловым распилом. Доступ к спинному мозгу осуществлялся сзади по методу Медведева. ПОЛОСТЬ ЧЕРЕПА. Головной мозг исследовался методом Вирхова. В кожно-мышечной лоскуте головы в лобно-теменной области в коже, в проекции кровоподтеков и ссадин 9 кровоизлияний от 1до 4 см диаметром. В теменно-затылочной области 4 кровоизлияния диаметром по 2 см. Все кровоизлияния темно-красные с четкими контурами. Толщина лобной кости 0,5 см, височных по 0,3 см, теменных по 0,4 см. Коричневое прокрашивание мягких мозговых и твердой мозговых оболочек по всем отделам. Слева в теменной и чешуе височной костей перелом. Линия перелома №1 расположена - от середины левой части лямбдовидного шва, ориентирована горизонтально и справа налево до заднего края теменного бугра, далее по типу «конец в бок» упирается в вертикальную линию перелома № 2 пересекающую теменной бугор через центр. Верхний конец перелома № 2 на 1 см левее от средней линии, второй конец перелома в проекции основания пирамиды выше ее на 6 см. Верхний конец перелома по внутренней костной пластинке поворачивает кзади под почти прямым углом, заканчиваясь через 2 см, и не проявляется по наружной костной пластинке. При ревизии линии перелома №2 сколы компактной наружной пластинки на протяжении 2 см условного центра, длина перелома № 2 - 7 см. Длина перелома №1 - 5 см и сколы компактной наружной пластинки по всей его длине. Пятнистые множественные кровоизлияния, без повреждения целостности оболочек, справа - по полюсной и базальной поверхности лобной доли на участке диаметром 3 см полюсной и базальной поверхности височной доли на участке диаметром 4 см. Аналогичные кровоизлияния в тех же отделах левого большого полушария - в лобной доле диаметром 5 см, в височной 4 см. Слева по наружной поверхности теменной доли на участке диаметром 6 см кровоизлияния в мягких мозговых оболочек в глубине борозд по типу ограничено диффузного. Данный участок соответствует линии перелома. Твердая мозговая оболочка напряжена, серо-перламутрового цвета, блестящая, в синусах ее темная жидкая кровь в большом количестве. Субдуральное пространство свободно. Мягкие мозговые оболочки вне повреждений тонкие, прозрачные с полнокровными сосудами, походу которых рассеянные точечные субарахноидальные кровоизлияния в глубине борозд. Головной мозг выполняет все резервные пространства, борозды мозга сглажены, извилины уплощены. На миндаликах мозжечка кольцевидная полоса вдавления от краев большого затылочного отверстия, шириной 0,3 см, с наличием губовидного выпячивания вещества мозга внутри кольца и кровоизлияниями по его ходу. Головной мозг дряблый, на разрезах с четкой границей серого и белого вещества и мраморным рисунком подкорковых ядер. Поверхности разрезов тускловаты, липнут к лезвию ножа. Желудочки мозга симметричны, обычного объема, эпендима их бледно-серая, блестящая, влажная, в полостях желудочков следы прозрачной соломенного цвета жидкости. Сосудистые сплетения обычного вида, полнокровны. ОРГАНЫ ШЕИ, ГРУДНОЙ И БРЮШНОЙ ПОЛОСТЕЙ: язык синюшный, влажный, обложен серовато-желтым, не снимающимся налетом. Слизистые оболочки носоглотки синюшные, влажные, блестящие. В мягких тканях шеи повреждений и кровоизлияний не обнаружено. В плевральных полостях следы прозрачной жидкости, легкие выполняют 2/3 полостей, с блестящей, гладкой и влажной плеврой. Органы брюшной полости расположены анатомически правильно, в полости следы прозрачной жидкости соломенного цвета. Листки брюшины гладкие, влажные, блестящие. Просвет пищевода свободен, слизистая его бледно-серая, продольно складчатая. Вход и просвет гортани свободен, слизистая оболочка ее бледно-серая. Подъязычная кость и хрящи гортани целы, в мягких тканях ее повреждений не обнаружено. Просвет трахеи и главных бронхов свободен, хрящи трахеи целы. Щитовидная железа обычных размеров, с равновеликими долями, плотно-эластичная, темно-коричневая, на разрезе полнокровна, дольчатого строения. Аорта эластична, со следами жидкой крови в просвете и рассеянными липидными пятнами в интиме. Легкие синюшные в передних и темно-синюшные в задних отделах, тестоватой консистенции, на разрезах темно-красные с обычным рисунком, полнокровны. Слизистые оболочки воздухо-проводящих путей светло-розовые, набухшие. Бифуркационные лимфоузлы эластичные, не спаянные между собой и с окружающими тканями, темно-синюшные, на разрезах сочные, с обычным рисунком. В полости перикарда следы прозрачной жидкости, листки его гладкие, влажные, блестящие. Сердце дрябло-эластичное, 11х10х9 см, с избыточным отложением жира под эпикардом. В полостях сердца немного жидкой темной крови с мелкими единичными темно-вишневыми свертками. Миокард розовато-синюшный, эластичный, с сетчатым разрастанием соединительной ткани, неравномерного кровенаполнения. Толщина стенки правого желудочка 0,3 см, левого 1,2 см. Клапанный и пристеночный эндокард тонкий, прозрачный, клапаны сформированы правильно. Коронарные артерии с неравномерно утолщенными стенками за счет полулунных и кольцевидных атеросклеротических бляшек с кальцинозом, с облитерацией просвета не более чем на 1/3. Желудок пустой, содержимое кишечника отделам соответствует, слизистые оболочки желудочно-кишечного тракта бледно-серые. Мезентериальные лимфоузлы располагаются раздельно, диаметр их не более 1 см, эластичны. Печень 24х18х16х13 см, плотно-эластичная, крупнобугристая, желто-коричневая с поверхности и на разрезах, полнокровная, со смазанным рисунком долек. Просвет внепеченочных желчевыводящих путей свободно проходим. Поджелудочная железа обычных размеров, плотно-эластичная, бледно-серая, на разрезах – дольчатого строения. Селезенка 6х4х3 см, эластичная, синюшная с гипоплазией белой пульпы, на разрезах без соскоба. Надпочечники листовидной формы, обычных размеров, на разрезах граница слоев четкая. Почки равновелики, 10х6х5 см, дрябло-эластичные. Капсула сползает при надрезе, обнажая ровную поверхность. По краю разреза паренхима наползает на капсулу. На разрезах корковый слой - синюшный, с темно-красным крапом и подчеркнутым рисунком, мозговой слой также с подчеркнутым рисунком, граница слоев отчетливо выражена. Слизистые оболочки лоханок и чашечек бледно-синюшные, гладкие, блестящие, просвет их свободен. Мочеточники проходимы на всем протяжении, с бледно-серой слизистой. Мочевой пузырь пуст, слизистая оболочка его складчатая, бледно-серая, уретра свободно проходима. ПОЗВОНОЧНИК И СПИННОЙ МОЗГ: при ревизии позвоночного столба повреждений не обнаружено. Эпи- и субдуральные пространства свободны, твердая мозговая оболочка напряжена, бледно-серая, блестящая, мягкие мозговые оболочки тонкие, прозрачные, спинной мозг дряблый, на разрезах обычного рисунка. Из трупа для судебно-гистологического исследования взяты кусочки внутренних органов на патоморфологические изменения. Для судебно-химического исследования на наличие алкоголя взята кровь и моча. В качестве вещественного доказательства взята кровь и моча. Свидетельство о смерти: А) Б) В) закрытая черепно-мозговая травма – S 02.0 Г) контакт с тупым предметом намерения неопределенные – Y29. ДАННЫЕ ДОПОЛНИТЕЛЬНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ. Представлен акт судебно-химического исследования от 13.03.08г. При судебно-химическом исследовании вещественных доказательств, изъятых при вскрытии трупа, этиловый спирт не обнаружен. А К Т Судебно-гистологического исследования Судебно-медицинским экспертом, произведено исследование кусочков внутренних органов от трупа С., 1956 г.р. ЗАКЛЮЧЕНИЕ Головной мозг – в 2-х кусочках головного мозга и 1 кусочке мягких мозговых оболочек диффузные субарахноидальные и внутримозговые кровоизлияния из неизмененных эритроцитов, в окружающих кровоизлияния оболочках – лейкоцитарный инфильтрат, наличие гемосидерофагов, очаги склероза и умеренная пролиферация фибробластов; в мозговой ткани вокруг кровоизлияний пролиферация микро и макроглии, умеренная пролиферация фибробластов, лейкоцитарный инфильтрат, единичные гемосидерофаги, большое количество молодых сосудов с плазматизацией стенки. В 1 кусочке головного мозга без кровоизлияний в коре массивное выпадение нейронов с очаговой пролиферацией микроглии, в мягких мозговых оболочках умеренный склероз. В полушариях мозжечка стаз крови в сосудах с диапедезными кровоизлияниями и внутримозговыми кровоизлияниями сосудистого генеза. Во всех отделах мозга выраженный периваскуляроный и перицеллюлярный отек. Легкие – стаз крови в сосудах, выраженный перибронхиальный и перивазальный пневмосклероз, умеренный межуточный отек. Миокард – межуточный отек, умеренный перивазальный склероз, очаги простого ожирения, неравномерная гипертрофия кардиоцитов. Почки – стаз крови в сосудах, зернистая дистрофия эпителия канальцев. Вопросы: 1.Какие телесные повреждения были обнаружены при экспертизе трупа?2.Причина смерти?3.Каково количество ударов, воздействий, которыми причинены повреждения, характер предмета которым были нанесены повреждения? 4.Давность повреждения?5.Состояние опьянения? | 1.При судебно-медицинской экспертизе трупа обнаружены следующие телесные повреждения: а) закрытая черепно-мозговая травма - кровоподтеки и ссадины в лобно-теменной и теменно-затылочной областях, в кожно-мышечном лоскуте головы 9 кровоизлияний в лобно-теменной области и 4 кровоизлияния в теменно-затылочной области; переломы левых теменной височной костей, пятнистые субарахноидальные кровоизлияния по полюсной и базальной поверхности обеих лобных долей и полюсной и базальной поверхности обеих височных долей; ограничено диффузное кровоизлияние слева по наружной поверхности теменной доли; б) множественные кровоподтеки и ссадины лица и верхних конечностей, кровоизлияния в обоих глазных яблоках.2.Смерть наступила в результате закрытой черепно-мозговой травмы с переломом костей черепа и ушибами головного мозга, осложнившейся отеком и набуханием головного мозга с дислокацией. Заключение подтверждается обнаружением переломов костей свода черепа и очагов ушиба в головном мозге.3.Локализация и совокупность повреждений головы (кровоподтеки и ссадины в лобно-теменной и теменно-затылочной областях, субарахноидальные кровоизлияния по полюсной и базальной поверхности обеих лобных долей и полюсной и базальной поверхности обеих височных долей; ограничено диффузное кровоизлияние слева по наружной поверхности теменной доли), локализация и механизм образования переломов (линейные, слева в теменной и чешуе височной костей, перелом №1 упирается в перелом №2 по типу конец в бок)) позволяет говорить, что закрытая черепно-мозговая травма имеет импрессионный характер и возникла от неоднократных разнонаправленных травматических ударных воздействий на голову твердого тупого предмета, предметов без четких идентифицирующих признаков, но с массой меньше массы головы. Общее количество воздействий на голову, могущих привести к возникновению черепно-мозговой травмы не менее 13. Кровоподтеки и ссадины лица возникли от неоднократных воздействий твердого тупого предмета без четких идентифицирующих признаков, количество воздействий не менее 3-х. Кровоподтеки и ссадины на конечностях возникли от неоднократных воздействий твердого тупого предмета (предметов) без четких идентифицирующих признаков, подсчитать количество воздействий не представляется возможным из-за наслаивания их друг на друга.4.Морфологическая давность всех повреждений не превышает 2-х недель, и не может быть ранее 3-х суток к моменту смерти (головной мозг - в окружающих кровоизлияния оболочках – лейкоцитарный инфильтрат, наличие гемосидерофагов, очаги склероза и умеренная пролиферация фибробластов; в мозговой ткани вокруг кровоизлияний пролиферация микро и макроглии, умеренная пролиферация фибробластов, лейкоцитарный инфильтрат, единичные гемосидерофаги, большое количество молодых сосудов с плазматизацией стенки. В 1 кусочке головного мозга без кровоизлияний в коре массивное выпадение нейронов с очаговой пролиферацией микроглии).5. При поступлении пострадавшего в стационар в крови не обнаружен этиловый спирт.  | ТК ГИА | УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-5, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10 |
| 16 | ОБСТОЯТЕЛЬСТВА ДЕЛА: в направлении указано, что «для установления причины смерти направляется труп Д.». Представлена карта осмотра трупа, заполненная 21.11.2011 с 23:55, в которой указано, что температура окружающего воздуха +18, температура печени 38,1, трупное окоченение отсутствует во всех группах мышц, идиомускулярная опухоль в виде валика высотой до 2см, трупные пятна багрово-синюшные по задней поверхности туловища, исчезают и восстанавливают свой цвет через 4секунды. НАРУЖНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ. Труп мужского пола. Трупные пятна обильные, насыщенные, синюшно-багрового цвета на задней поверхности тела, при надавливании окраску не меняют. Трупное окоченение выражено во всех группах мышц. ПОВРЕЖДЕНИЯ: в области левого локтевого сгиба овальный кровоподтек синюшного цвета, размером 1,5х1см, на фоне которого 2 точечные ранки с красно-коричневой поверхностью (следы от инъекций). Каких-либо других повреждений не отмечено. ВНУТРЕННЕЕ ИССЛЕДОВАНИЕ. Головной мозг массой 1400гр. ГРУДНАЯ И БРЮШНАЯ ПОЛОСТИ: Расположение внутренних органов анатомически правильное. В просвете аорты жидкая кровь. Почки парные, 12х5х3см, массой по 190гр., поверхность гладкая, темно-синюшного цвета с единичными втяжениями звездчатой формы. Легкие: правое - 1190гр., левое – 980гр. На разрезе ткань легких равномерного буро-вишневого цвета; при надавливании с поверхности разрезов обильно выделяется светлая пенистая жидкость и жидкая кровь. Сердце обложено жиром, эластичной консистенции, шаровидной формы, с закругленной верхушкой, размерами около 15х10х7см. В полостях сердца жидкая темная кровь. Сердце весом 580гр. Створки клапанов сердца и крупных сосудов за исключением аортального клапана не утолщены, полностью смыкаются. Створки аортального клапана резко утолщены, практически не подвижны, не прозрачны, с множественными полиповидными образованиями размерами до 0,4х0,3см, часть из них шероховатая. Створки клапана хрустят при разрезании. Мышца сердца мягко-эластичная, на разрезе неравномерно кровенаполнена; в области передней стенки левого желудочка с переходом на межжелудочковую перегородку имеет равномерный тусклый красно-коричневый цвет с серо-желтоватыми участками на площади 4х3см с темно-вишневым венчиком по периферии, с множественными диффузно расположенными мелкими прослойками белесой ткани, и обширным участком белесой плотной ткани размером 3х2см в области межжелудочковой перегородки. Толщина левого желудочка 2,2см, правого - 0,8см. Длина окружности 2-х-створчатого клапана 9,0см, 3-х-створчатого – 13,0см, аортального клапана 6см, легочного ствола 8,5см. Коронарные артерии на разрезе не спадаются, просвет их практически на всем протяжении сужен эксцентрически расположенными бляшками до 1/2-3/4. В просвете нисходящей ветви передней огибающей артерии тромботические массы вишневого цвета. Печень размерами 29х18х18х9см, массой 2100гр. Селезенка плотная на ощупь, размерами 18х14х6см, массой 800гр.При судебно-химическом исследовании в крови и моче этиловый спирт не обнаружен.1. Какова причина смерти?
2. Какова давность наступления смерти?
3. Имеются ли на трупе повреждения, прижизненность, давность, связь с наступлением смерти, степень тяжести?
4. Принимал ли незадолго до смерти алкоголь, если да, то какова степень алкогольного опьянения?
5. Страдал ли хроническими заболеваниями?
 |  | ТК ГИА | УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-5, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10 |
| 17 | ОБСТОЯТЕЛЬСТВА ДЕЛА: в направлении на судебно-медицинское исследование не указаны Представлена история болезни на имя П., 64 лет, согласно которой она поступила с жалобами на кровотечение из уха и головную боль. Со слов врача скорой помощи во время судорог упала дома и ударилась головой. В запое несколько дней. Сама пострадавшая обстоятельств травмы не помнит. Общее состояние тяжелое. Определяется запах алкоголя изо рта. Дыхание спонтанное, проводится по всем полям, хрипов нет. ЧДД 19 в минуту, сердечные тоны ясные, ритмичные. ЧСС 100 в минуту АД 140/90 мм.рт.ст. Живот не вздут, симметричен, участвует в акте дыхания, мягкий, безболезненный. Сознание – глубокое оглушение, сопор. Дезориентирована в месте, времени, своей личности. Критика снижена. Зрачки равные, фотореакции живые. Движения глазных яблок ограничены в крайних отведениях. Левосторонний гемипарез. Сухожильные рефлексы больше справа, умерено оживлены. В позе Ромберга не устойчива. Ригидность мышц затылка до 2 мм, симптом Кернига 160 °. М-ЭХО: смещение справа налево на 2,5-3,0 мм, на фоне дополнительных сигналов. Локально: из левого уха отмечается кровотечение, симптом «двойного пятна» сомнителен. Диагноз: открытая черепно-мозговая травма? Ушиб головного мозга. Перелом основания черепа слева? 02.12.02г ЭХО-ЭС смещения срединных структур головного мозга не выявлено, дополнительные сигналы в передних отделах больше справа, где М-ЭХО выводится с трудом, и немного справа в средне задних, слева – в задних. Третий желудочек 6-7 мм, пульсация немного усилена. В протоколе рентгеновского исследования № 3726-1 от 11.12.02г справа отмечается сгущение легочного рисунка, инфильтративных, очаговых теней не выявлено. Купол диафрагмы четкий. На фоне нарастающей дыхательной и сердечно-сосудистой недостаточности 14.01.03 в 22-45 констатирована смерть больного. ПОСМЕРТНЫЙ ДИАГНОЗ: открытая черепно-мозговая травма, ушиб головного мозга тяжелой степени, линейный перелом левой височной кости с переходом на основание черепа по средней черепной ямке, отоликворея слева, ушиб мягких тканей головы. Осложнения: двусторонняя абсцедирующая пневмония, инфекционно-токсический шок, отек – набухание головного мозга. Алкоголь – данных в истории болезни не обнаружено.НАРУЖНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ. Труп женщины, доставлен без одежды, среднего телосложения, удовлетворительного питания, длиной тела 175 см. Кожа бледно-серая, холодная на ощупь во всех отделах, в отлогих местах тела сливные, фиолетовые, не исчезающие и не меняющие цвет при надавливании трупные пятна. Трупное окоченение достаточно выражено во всех обычно исследуемых группах мышц. Склеры глаз мутные, тусклые, суховаты, кровоизлияний в соединительные оболочки глаз не отмечается, зрачки равновелики по 0,4 см диаметром. Голова правильной формы, кости черепа и лицевого скелета на ощупь целы. Грудная клетка цилиндрическая, эластичная, упругая, ребра на ощупь целы. Живот на одном уровне с грудной клеткой. Естественные отверстия тела и полости рта и носоглотки свободны, чистые. Слизистая оболочка губ синюшная, подсохшая. Анальное отверстие сомкнуто, кожа вокруг него слегка обпачкана каловыми массами. Половые органы развиты правильно по женскому типу. Кости конечностей целы.ПОВРЕЖДЕНИЯ. Каких-либо повреждений, кроме следов медицинских манипуляций, при наружном исследовании не обнаружено.ВНУТРЕННЕЕ ИССЛЕДОВАНИЕ. Полость черепа: кожно-мышечный лоскут головы гладкий, влажный, блестящий, без кровоизлияний и повреждений, височные мышцы синюшные, сочные, полнокровны. Кости свода и основания черепа целы. Твердая мозговая оболочка серо-перламутрового цвета, цела, блестящая, гладкая, влажная, просвет ее синусов выполнен жидкой темной кровью в большом количестве. В правой лобной доле по передней и базальной поверхностям, на участке диаметром 10 см, диффузные субарахноидальные кровоизлияния, распространяющиеся в вещество мозга, с образованием в нем внутримозговой гематомы диаметром 4 см, выполненной ржавой кровью как жидкой, так и ржавыми и темно-вишневыми свертками. Мягкие мозговые оболочки тонкие, прозрачные со студневидным отеком и полнокровными сосудами, по ходу которых определяются рассеянные точечные кровоизлияния в небольшом количестве в толще мозговых оболочек. Сосуды Вилизиева круга с тонкими стенками, пустым просветом. Борозды мозга с обычным рисунком, на миндаликах мозжечка определяется полоса вдавления от краев большого затылочного отверстия. Головной мозг эластичный, на разрезах с четкой границей серого и белого вещества и мраморным рисунком подкорковых ядер. Поверхности разрезов тускловаты, липнут к лезвию ножа. Желудочки мозга симметричны, растянуты прозрачной жидкостью, эпендима их бледно-серая, блестящая, влажная. В крыше 4-го желудочка пятнистые множественные кровоизлияния. Сосудистые сплетения обычного вида, полнокровны. В задней атланто-затылочной мембране ржаво-красные пятнистые кровоизлияния.ОРГАНЫ ГОЛОВЫ И ШЕИ. Язык синюшный, влажный, обложен серовато-желтым, не снимающимся налетом. Слизистые оболочки носоглотки синюшные, влажные, блестящие. Небные миндалины округлые, диаметром по 1,5 см, с бугристой поверхностью, без наложений, синюшные. В мягких тканях шеи повреждений и кровоизлияний не обнаружено. Вход и просвет гортани свободен, слизистая оболочка ее бледно-серая. Подъязычная кость и хрящи гортани целы, в мягких тканях ее повреждений не обнаружено. Просвет трахеи и главных бронхов свободен, хрящи трахеи целы. Щитовидная железа обычных размеров, с равновеликими долями, плотно-эластичная, темно-коричневая, на разрезе полнокровна, дольчатого строения. Просвет пищевода свободен, слизистая его бледно-серая, продольно складчатая.ГРУДНАЯ ПОЛОСТЬ. В плевральных полостях следы прозрачной жидкости. Легкие выполняют 2\3 полостей, с блестящей, гладкой и влажной плеврой. Под висцеральной плеврой, особенно, в прикорневых отделах легких и по базальным поверхностям, множественные точечные кровоизлияния. Легкие синюшные в передних и темно-синюшные в задних отделах, тестоватой консистенции, на разрезах темно-красные с обычным рисунком, полнокровны. Слизистые оболочки воздухопроводящих путей светло-розовые, набухшие. Бифуркационные лимфоузлы располагаются в виде пакетов диаметром от 1 до 2 см, эластичные, не спаянные между собой и с окружающими тканями, темно-синюшные, на разрезах сочные, с обычным рисунком. В полости перикарда следы прозрачной жидкости, листки его гладкие, влажные, блестящие. Под эпикардом единичные точечные рассеянные темно-красные кровоизлияния. Сердце дрябло-эластичное, 11х9х8 см, с избыточным отложением жира под эпикардом. В полостях сердца немного жидкой темной крови с мелкими единичными темно-вишневыми свертками. Миокард розовато-синюшный, эластичный, неравномерного кровенаполнения. Толщина стенки правого желудочка 0,3 см, левого 1,2 см. Клапаны и пристеночный эндокард тонкий, полупрозрачный, клапаны сформированы правильно. Аорта эластична, со следами жидкой крови в просвете и рассеянными липидными пятнами в интиме. Коронарные артерии с тонкими стенками, пустым просветом. БРЮШНАЯ ПОЛОСТЬ. Органы расположены анатомически правильно. В полости следы прозрачной жидкости соломенного цвета. Листки брюшины гладкие, влажные, блестящие. Желудок пустой, содержимое кишечника отделам соответствует, слизистые оболочки их бледно-серые. Мезентериальные лимфоузлы располагаются раздельно, диаметр их не более 1 см, эластичны. Печень 26х20х18х13 см, плотно-эластичная, желто-коричневая с поверхности и на разрезах, полнокровная, со смазанным рисунком долек. В желчном пузыре 15 мл жидкой темно-зеленой желчи, слизистая оболочка его темно-зеленая, бархатистая. Просвет внепеченочных желчевыводящих путей свободно проходим. Поджелудочная железа обычных размеров, плотно-эластичная, бледно-серая, на разрезах - дольчатого строения. Селезенка 6х5х4 см, синюшная, полнокровна, эластична, без соскоба. Надпочечники листовидной формы, обычных размеров, на разрезах граница слоев четкая. Почки равновелики, 11х6х5 см, дрябло-эластичные. Капсула сползает при надрезе, обнажая ровную поверхность. По краю разреза паренхима наползает на капсулу. На разрезах корковый слой - синюшный, с темно-красным крапом и подчеркнутым рисунком, мозговой слой также с подчеркнутым рисунком, граница слоев отчетливо выражена. Слизистые оболочки лоханок и чашечек бледно-синюшные, гладкие, блестящие, просвет последних свободен. Мочеточники проходимы на всем протяжении, с бледно-серой слизистой. Мочевой пузырь пуст, слизистая оболочка его складчатая, бледно-серая, уретра свободно проходима. Из трупа для судебно-гистологического исследования взяты кусочки внутренних органов на патоморфологические изменения.В качестве вещественного доказательства взята кровь на марле.  Вопросы: 1. Повреждения обнаруженные при исследовании?
2. Степень тяжести вреда здоровью?
3. Причина смерти?
4. Механизм травмы?
5. Состояние опьянения?
 | 1. При судебно-медицинском исследовании трупа обнаружены следующие телесные повреждения: а) закрытая черепно-мозговая травма – субарахноидальные и внутримозговые кровоизлияния в правой лобной доле головного мозга и в крышу 4-го желудочка; б) закрытая спинальная травма – кровоизлияния в связки атланто-затылочного сочленения в стадии рассасывания.
2. Обнаруженная ЧЕРЕПНО-МОЗГОВАЯ ТРАВМА причинила вред, опасный для жизни человека и согласно пункту 4.а Правил определения степени тяжести вреда, причиненного здоровью человека (Постановление Правительства РФ от 17 августа 2007 г. N 522) и пункта 6.1. приказа МЗиСР РФ 194н от 24.04.2008.г., квалифицируется, как обусловившая тяжкий вред здоровью. Черепно-мозговая травма имеет прямую причинную связь со смертью.
3. Смерть наступила в результате сочетанной шейно-затылочной травмы с повреждениями головного и спинного мозга (см пункт 1), осложнившейся отеком и дислокацией головного мозга. Заключение подтверждается картиной, найденной на вскрытии, и данными медицинской документации.
4. Вероятный механизм травмы – однократное травматическое ударное воздействие в затылочную область с действием травмирующей силы сзади наперед, что возможно при падении с высоты собственного роста навзничь.

Данных в истории болезни о наличия алкоголя в крови пострадавшего не обнаружено.  | ТК ГИА | УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-5, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10 |
| 18 | ОБСТОЯТЕЛЬСТВА ДЕЛА. В постановлении о назначении судебно-медицинской экспертизы указано, что «08 апреля 2009 года примерно в 23 часа 40 минут неустановленные лица на улице возле дома № 00 по ул. Мира, умышленно на­несли гр. К. многочисленные удары неустановленными предметами по голове, причинив ему открытую черепно-мозговую травму, ушиб головного мозга тяжелой степе­ни со сдавлением, вдавленный перелом теменно-височной области справа, эпидуральной гематомы и внутримозговой гематомы теменной области, что относится к тяжкому вреду здоровья. 13.04.2009 г. по данному факту в СУ при УВД по Свердловскому району г. К…… было возбуждено настоящее уголовное дело по ст. 111 ч. 3 п. «А» УК РФ. Допрошенный в качестве потерпевшего гр. Р. показал, что 08.04.2009 г. при­мерно в 23.30 часов он вместе с гр. К. и гр. С. стояли возле оста­новки «Водокачка» по ул. Мира, 00 В это время на противоположной стороне дороги и остановились три автомобиля, из которых вышло 5-7 молодых людей, у которых в руках находились металлические биты. Подбежав к ним, парни стали наносить ему, гр.К., гр. С. удары битами по голове, телу, рукам. Он видел как гр. К. парни сбили на землю и продолжили наносить ему удары битами по голове, телу. 14.04.2009 г. гр.К, 1982 г.р. скончался в реа­нимации МУЗ ГКБ № 6».ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКАЯ ЧАСТЬ.Представлена медицинская карта стационарного больного из ГКБ № 6 на имя К.., 1982 г.р., согласно которой 09.04.09г. в 1-00 бригадой скорой помощи он был доставлен в НХО-1 с нарушением сознания. При поступлении состояние тяжелое. Медзагрузка. Кожа и слизистые бледно-розовые. Дыхание ИВЛ через интубационную трубку. Пульс 92\мин. АД 130\90 мм.рт.ст. Живот мягкий, на пальпацию не реагирует. Симптом «12 ребра» отрицательный с обеих сторон. Диурез неизвестен. Сознание кома 2. Зрачки правый больше левого, фотореакции угнетены, взор фиксирован прямо. Асимметрии лица нет. Язык в полости рта. Мышечная гипотония. Рефлексы с рук и ног не вызываются. Патологические знаки не вызываются. Симптом Боголепова слева. Менингиальной симптоматики не определяется. В слуховых проходах геморрагическое отделяемое. При рентгенологическом исследовании № 6788 от 09.04.09г.: на краниограммах перелом лобной, теменной области справа с переходом на основание в переднюю черепную ямку; травматических повреждений костей таза не найдено. Больной госпитализирован в отделение реанимации. 09.04.09 осмотр хирурга, с диагностической целью произведена операция лапароцентез, отделяемого из брюшной полости не получено. 09.04.09г. проведена компьютерная томография головного мозга № 14599: срединные структуры смещены справа налево; умеренно выражена дислокационная гидроцефалия; справа в теменно-затылочно-височно-лобной области определяется гематома до 8-9 мм в глубину + контузионное поражение теменной области справа 45х37 мм (с имбибицией кровью); вдавленный перелом затылочной кости справа с глубиной проникновения костного фрагмента в ткань мозга до 6 мм; линейный перелом лобной и теменной костей справа. 09.04.09 произведена операция ПХО вдавленного перелома теменной и височной костей справа, удаление острой эпидуральной гематомы, частичное удаление контузионного очага правой теменной доли, удаление внутримозговой гематомы теменной доли справа. Произведен разрез мягких тканей до кости в теменно-височной области справа. Визуализируется многооскольчатый вдавленный перелом теменной и височной костей. От вдавленного перелома отходят множественные линейные переломы черепа, в том числе на основание средней черепной ямки и в сторону саггитального синуса. Произведено удаление отломков вдавленного перелома. Образовался дефект черепа 9х5 см. Под переломом обнаружена и удалена эпидуральная гематома в виде сгустков объемом 40 мл. После удаления гематомы визуализирован дефект твердой мозговой оболочки линейный длиной 1 см с выделяющимся в него детрит. твердая мозговая оболочка напряжена синюшна, крестообразно вскрыта. Визуализирован дефект коры теменной доли 8х2 см. Мозг напряжен, не пульсирует. Произведена пункция мозгового вещества. С глубины около 4 см эвакуирована внутримозговая гематома в виде жидкой крови с детритом объемом около 30 мл. Частично удален контузионный очаг субкортикально отсосом. Гемостаз. Наводящие вы на твердую мозговую оболочку. В ране оставлен резиновый выпускник. 10.04 состояние крайне тяжелое, сознание нарушено по типу кома 2. Зрачки равны, узкие, без реакции на свет, взор фиксирован прямо. Продолжается ИВЛ через интубационную трубку. В дальнейшем состояние больного без динамики. 14.04.09 на фоне проводимой терапии в 7-55 у больного наступила остановка сердечной деятельности. Кожные покровы бледно-серые с мраморным рисунком. Пульс и артериальное давление не определяются. При контроле на ЭКГ прямая изолиния. В 8-05 14.04.09г. констатирована смерть больного.ПОСМЕРТНЫЙ ДИАГНОЗ. Открытая проникающая черепно-мозговая травма (08.04.09). Ушиб головного мозга тяжелой степени с поражением обоих полушарий головного мозга, открытый проникающий многооскольчатый перелом теменной кости слева со сдавлением эпидуральной гематомой и внутримозговой гематомой. Осложнения Отек и дислокация ствола головного мозга с ущемлением миндалин мозжечка в большом затылочном отверстии. Постдислокационные ишемические поражения ствола на мезэнцефальном уровне. Алкоголь – данных в истории болезни нет.НАРУЖНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ. Труп мужчины, доставлен без одежды, среднего телосложения, правильного удовлетворительного питания, длиной тела 170 см. Кожа бледно-серая, холодная на ощупь во всех отделах, в отлогих местах тела сливные, фиолетовые, не исчезающие и не меняющие цвет при надавливании трупные пятна. Трупное окоченение достаточно выражено во всех обычно исследуемых группах мышц. Склеры глаз мутные, тусклые, суховаты, кровоизлияний в соединительные оболочки глаз не отмечается, зрачки равновелики по 0,4 см диаметром. Голова правильной формы, кости черепа и лицевого скелета на ощупь целы. Грудная клетка цилиндрическая. Живот на одном уровне с грудной клеткой. Естественные отверстия тела и полости рта и носоглотки свободны, чистые. Слизистая оболочка губ синюшная, подсохшая. Анальное отверстие сомкнуто. Половые органы развиты правильно. Кости конечностей целы. ПОВРЕЖДЕНИЯ. Слева в лобной области на участке 2,5х3 см, расположенном выше края надбровной дуги на 2 см и гранича со средней линией отслаивающиеся корочки, обнажающие бледно-серую поверхность.Справа в лобно-височно-теменной области дугообразный разрез, ушитый, длиной 12 см. Каких-либо иных повреждений при исследовании не обнаружено. При проведении воздушной пробы – воздух из плевральных полостей и полостей сердца не получен. При проведении судебно-медицинского исследования трупа использовались: кожные разрезы по методу Шора. ВНУТРЕННЕЕ ИССЛЕДОВАНИЕИзвлечение органокомплекса произведено по методу Шора, с распилом ребер спереди. Череп вскрывался угловым распилом. ПОЛОСТЬ ЧЕРЕПА. В лобно-теменных областях апоневроз пропитан кровью на участке 24х18 см. При послойном исследовании апоневроза в центре теменной области кровоизлияние в коже на горизонтальном участке 12х6 см. Кзади от данного участка на 1 см округлое кровоизлияние диаметром 4 см. Справа в теменной и височной костях трепанационное горизонтальное отверстие 8х5 см с зубчатыми краями. От центра переднего края отверстия на 12 см выше наружного края надбровной дуги, в 5,5 см от стреловидного шва, справа налево и сзади наперед на лобную кость распространяется линия перелома длиной 9 см. При ее сопоставлении края перелом четко совпадают снаружи и изнутри. Перелома основания черепа не выявлено. В зоне перелома спаянная с твердой мозговой оболочкой эпидуральная дисковидная гематома объемом 30 мл. Твердая мозговая оболочка напряжена, серо-перламутрового цвета, блестящая, в синусах ее темная жидкая кровь в большом количестве. Прокрашивание кровью твердой мозговой оболочки по всем отделам головного мозга, кроме задней черепной ямки. Справа в теменной доле по наружной поверхности прецентральной извилины размозжение вещества мозга на глубину до 2 см на участке 7х5 см. По всей наружной поверхности правой теменной доли темно-вишневые кровоизлияния в глубине борозд. По наружной поверхности левой лобной доли темно-красное с четкими контурами субарахноидальное и внутримозговое кровоизлияние на глубину коры на участке диаметром 1 см. По базальной поверхности правой лобной доли пятнистые кровоизлияния на участке диаметром 2 см. Аналогичные пятнистые кровоизлияния по базальной поверхности левой височной доли на участке диаметром 1 см. Борозды мозга сглажены, извилины уплощены, на миндаликах мозжечка кольцевидная с диффузными субарахноидальными кровоизлияниями полоса вдавления шириной 0,5 см от краев большого затылочного отверстия, внутри кольца геморрагический некроз полушарий мозжечка и продолговатого мозга. Головной мозг дряблый, на разрезах с четкой границей серого и белого вещества и мраморным рисунком подкорковых ядер. Поверхности разрезов тускловаты, липнут к лезвию ножа. Желудочки мозга симметричны, обычного объема, эпендима их бледно-серая, блестящая, влажная, в полостях желудочков следы прозрачной соломенного цвета жидкости. Сосудистые сплетения обычного вида, полнокровны.ОРГАНЫ ШЕИ, ГРУДНОЙ И БРЮШНОЙ ПОЛОСТЕЙ: язык синюшный, влажный, обложен серовато-желтым, не снимающимся налетом. Слизистые оболочки носоглотки синюшные, влажные, блестящие. В мягких тканях шеи повреждений и кровоизлияний не обнаружено. В плевральных полостях следы прозрачной жидкости, легкие выполняют 2\3 полостей, с блестящей, гладкой и влажной плеврой. Органы брюшной полости расположены анатомически правильно, в полости следы прозрачной жидкости соломенного цвета. Листки брюшины гладкие, влажные, блестящие. Просвет пищевода свободен, слизистая его бледно-серая, продольно складчатая. Вход и просвет гортани свободен, слизистая оболочка ее набухшая, роговая, с наложениями фибрина. Подъязычная кость и хрящи гортани целы, в мягких тканях ее повреждений не обнаружено. Просвет трахеи и главных бронхов с наложениями фибрина, смешанного с гноем на слизистой серо-красного цвета, хрящи трахеи целы. Щитовидная железа обычных размеров, с равновеликими долями, плотно-эластичная, темно-коричневая, на разрезе полнокровна, дольчатого строения. Аорта эластична, со следами жидкой крови в просвете и рассеянными липидными пятнами в интиме. Легкие синюшно-красные, равномерно уплотнены, «тяжелые», на разрезах темно-красные с обычным рисунком, полнокровны. П поверхности разрезов стекает большое количество пенистой розовой жидкости. Слизистые оболочки воздухо-проводящих путей светло-розовые, набухшие. Бифуркационные лимфоузлы располагаются в виде пакетов диаметром от 1 до 2 см, эластичные, темно-синюшные, на разрезах сочные, с обычным рисунком. В полости перикарда следы прозрачной жидкости, листки его гладкие, влажные, блестящие. Сердце дрябло-эластичное, 11х10х9 см,. В полостях сердца немного жидкой темной крови с мелкими единичными темно-вишневыми свертками. Миокард розовато-синюшный, эластичный, с сетчатым разрастанием соединительной ткани, неравномерного кровенаполнения. Толщина стенки правого желудочка 0,3 см, левого 1,2 см. Клапанный и пристеночный эндокард тонкий, прозрачный, клапаны сформированы правильно. Коронарные артерии с тонкими стенками, пустым просветом. Желудок пустой, содержимое кишечника отделам соответствует, слизистые оболочки желудочно-кишечного тракта бледно-серые. Мезентериальные лимфоузлы располагаются раздельно, диаметр их не более 1 см, эластичны. Печень 24х18х16х13 см, эластичная, коричневая с поверхности и на разрезах, полнокровная, со смазанным рисунком долек. Просвет внепеченочных желчевыводящих путей свободно проходим. Поджелудочная железа обычных размеров, плотно-эластичная, бледно-серая, на разрезах – дольчатого строения. Селезенка 6х4х3 см, эластичная, синюшная, на разрезах темно-красная без соскоба. Надпочечники листовидной формы, обычных размеров, на разрезах граница слоев четкая. Почки равновелики, 11х6х5 см, эластичные. Капсула сползает при надрезе, обнажая ровную поверхность. По краю разреза паренхима слегка наползает на капсулу. На разрезах корковый слой - синюшный, с темно-красным крапом и подчеркнутым рисунком, мозговой слой также с подчеркнутым рисунком, граница слоев отчетливо выражена. Слизистые оболочки лоханок и чашечек бледно-синюшные, гладкие, блестящие, просвет их свободен. Мочеточники проходимы на всем протяжении, с бледно-серой слизистой. Мочевой пузырь пуст, слизистая оболочка его складчатая, бледно-серая, уретра свободно проходима.  Из трупа для судебно-гистологического исследования взяты кусочки внутренних органов на патоморфологические изменения.Кровь на судебно-биологическое исследование.Судебно-гистологического исследование: Судебно-медицинским экспертом, произведено исследование кусочков внутренних органов от трупа К., 1982 г.р.ЗАКЛЮЧЕНИЕ: Твердая мозговая оболочка – умеренно разволокнена. С твердой мозговой оболочкой интимно связана гематома, состоящая из красной крови без перифокальной реакции с частичным гемолизом эритроцитов.Легкие – выраженный внутриальвеолярный отек, межуточный отек, мелкие скопления гемосидерофагов, неравномерное кровенаполнение сосудов вплоть до стаза. Воспалительных изменений не выявлено.Почки – стаз крови в венах, малокровие капилляров клубочков, мелкоочаговый некронефроз, воспаления не выявлено.Миокард – неравномерное кровенаполнение сосудов, умеренный межуточный отек. Стволовые отделы головного мозга – выраженная внеклеточная гипергидратация, периваскулярный и перицеллюлярный отек, стаз крови в сосудах с большим количеством диапедезных кровоизлияний. Печень – воспалительных изменений не выявлено, рисунок печеночных балок подчеркнут из-за полнокровия синусоидов, скопление бурого пигмента в гепатоцитах 3 зоны ацинуса.Головной мозг – диффузные субарахноидальные, распространяющиеся на кору головного мозга кровоизлияния из неизмененных и выщелоченных эритроцитов, единичные скопления лейкоцитов по периферии, массивное выпадение нейронов коры. Выраженный периваскулярный и перицеллюлярный отек. В трех кусочках отмечается разрушение вещества мозга в зоне кровоизлияний с распространением кровоизлияний до белого вещества.Вопросы:1.Повреждения обнаруженные при исследовании?2.Степень тяжести вреда причиненного здоровью человека?3.Время наступления смерти, причина смерти?4.Количество повреждающих воздействий, характер предмета которым были нанесены повреждения?5.Состояние опьянения? | 1. При судебно-медицинской экспертизе трупа обнаружены телесные повреждения в виде: закрытая черепно-мозговая травма – ссадина слева в лобной области, 2-ва кровоизлияния в коже теменной области, вдавленный многооскольчатый перелом левых теменной и височной костей с распространением линии перелома на лобную кость, эпидуральная дисковидная гематома в зоне перелома, субарахноидальные и внутримозговые кровоизлияния справа в теменной доле, по наружной поверхности левой лобной доли, по базальной поверхности правой лобной доли, по базальной поверхности левой височной доли.
2. Обнаруженная при настоящей экспертизе, ЧЕРЕПНО-МОЗГОВАЯ ТРАВМА причинила вред, опасный для жизни человека и согласно пункту 4.а Правил определения степени тяжести вреда, причиненного здоровью человека (Постановление Правительства РФ от 17 августа 2007 г. N 522) и пункта 6.1. приказа МЗиСР РФ 194н от 24.04.2008.г., квалифицируется, как обусловившая тяжкий вред здоровью. Черепно-мозговая травма имеет прямую причинную связь со смертью.
3. Смерть наступила В 8-05 14.04.09. в результате закрытой черепно-мозговой травмы с переломом костей свода черепа, множественными ушибами головного мозга, осложнившейся отеком и дислокацией головного мозга тс некрозом стволовых отделов. Вывод подтверждается клинико-морфологической картиной - обнаружение многооскольчатого вдавленного перелома теменной и височной костей и ушибов головного мозга, обнаруженных во время операции и экспертизы трупа.
4. Локализация и совокупность телесных повреждений позволяет говорить, что травма имеет импрессионный механизм, и возникла от воздействий твердого тупого предмета (предметов), без четких идентифицирующих признаков, с массой меньше массы головы, каковыми могут быть, в том числе и указанные в постановлении металлические биты. Количество ударных воздействий на голову не менее 4-х. 2-ва воздействия на центр теменной области (2-ва кровоизлияния в коже) с направлением действия травмирующих сил сверху вниз с наличием противоударных кровоизлияний в по базальной поверхности лобных и височной доли. 1-но воздействие на левую лобную область с прогибанием кости и ушибом лобной доли в месте воздействия с действием травмирующей силы спереди назад. Не менее чем однократное воздействие сверху вниз с права налево на правую теменно-височную область с образованием вдавленного перелома и размозжения головного мозга в зоне воздействия. Указать характеристики предмета (предметов) не представляется возможным из-за хирургической обработки перелома черепа.
5. Данных за алкогольное опьянение пострадавшего при поступлении в стационар, в истории болезни не обнаружено.
 | ТК ГИА | УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-5, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10 |
| 19 | 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? | 1. При экспертизе трупа гр-на П., 48 лет, обнаружено повреждение в виде раны мягких тканей шеи с повреждением гортани, правой наружной яремной вены и правой общей сонной артерии, с наличием признаков острой кровопотери. 2. Учитывая то, что длина раны преобладала над ее глубиной, имела ровные, неосадненные края, остроугольные концы есть основание утверждать, что данное повреждение возникло от воздействия орудия, обладающего режущими свойствами. Указанный вывод подтверждается данными медико-криминалистического исследования. Наличие у левого конца раны дополнительных надрезов, дает основание утверждать, что рана направлена слева направо; причинение раны является характерным для действия собственной рукой. 3. Наличие кровоизлияний в мягких тканях и по ходу поврежденных сосудов дает основание утверждать, что повреждение является прижизненным. Указанный вывод подтверждается обнаружением признаков острой кровопотери.4. Согласно медицинским критериям (приказ №194н п.6.1.26.), рана шеи с повреждением правой наружной яремной вены и внутренней сонной артерии, является опасным для жизни вредом здоровью и по этому признаку квалифицируется как ТЯЖКИЙ вред, причиненный здоровью человека.5. Наличие признаков острой кровопотери дает основание считать, что она явилась непосредственной причиной смерти вследствие имевшей место резаной раны шеи с повреждением правой наружной яремной вены и правой общей сонной артерии. | ТК ГИА | УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-5, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10 |
| 20 | Труп гр-на. Д., 54 лет, обнаружен 10.02. с.г. в квартире по адресу... с повреждением грудной клетки. На грудной клетке слева в проекции 5 межреберья, по среднеключичной линии округлая рана диаметром 0,7 см с дефектом ткани, с ровными краями, с наложениями серо-черного цвета, окруженная по периферии темно-красным пояском осаднения, шириной до 0,2 см. в проекции 5-6 межреберья, в области раны, в мягких тканях темно-вишневое кровоизлияние. Правое легкое полностью выполняет плевральную полость. Левое легкое поджато. В левой плевральной полости 1200 мл темной жидкой крови и свертков. Околосердечная сорочка повреждена. В проекции левого желудочка повреждение щелевидной формы, длиной 1,7 см. На передневнутренней поверхности легкого в средней доле неправильно-овальный дефект ткани 1,6х0,9 см, с относительно ровными краями. В средней доле левого легкого, ближе к задней поверхности, обнаружена пуля остроконечной формы длиной 1,5 см, наибольшим диаметром около 0,7 см, кончик несколько уплощен. Поверхность пули коричневатая, видны косо продольно расположенные четыре белесоватые полоски (царапины). На передней поверхности сердца, в проекции левого желудочка, соответственно повреждению околосердечной сорочки имеется рана, идущая спереди назад, слева направо и захватывающая эпикард и миокард. Рана имеет трех лучевую форму, длиной лучей от 0,1 до 3,2 см. При осмотре эндокарда обнаружены полосчатые кровоизлияния красно-коричневого цвета (пятна Минакова). Раневой канал направлен спереди назад, слева направо, прямо. Внутренние органы малокровные.1. Определить наличие, вид, характер, локализацию повреждений.2. Установить механизм возникновения повреждений, каким орудием причинено повреждение, направление действия травмирующего орудия.3. Решить вопрос о прижизненности и давности повреждений.4. Установить тяжесть причиненного вреда здоровью человека.5. Какова причина смерти?  | 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).  | ТК ГИА | УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-5, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10 |
| 21 | Труп гр-на. Л., 19 лет, обнаружен 01.10. с.г. в квартире по адресу… с повреждением живота. На передней брюшной стенке по средней линии живота в 13 см от мечевидного отростка рана диаметром 2см с мелко фестончатыми краями, не совпадающими при сопоставлении (дефект ткани). В окружности раны серо-черный налет, осаднение шириной 0,2см, а в 0,3 см от краев осаднение кольцевидной формы, шириной 0,35см. Из раны выступает сальник… На внутренней поверхности первого пальца и наружной поверхности второго пальца левой кисти серо-черный налет… Рана брюшной стенки проникает в полость брюшины… В мышцах живота розово-красное кровоизлияние на участке 4,2х3,9см. В брюшиной полости до 2500 мл жидкой крови и рыхлых темно-красных сгустков. В большом сальнике в 3 см от пилорического отдела желудка отверстие до 12х10см с лоскутообразными кровоподтечными краями, покрытыми как и рана брюшной стенки, серо-черным налетом. В прилегающих к повреждению сальника петлях и брыжейке тонкого кишечника на площади до 12х12см. сквозные множественные щелевидные раны диаметром до 0,3см. Среди петель кишечника два войлочных картонных пыжа, диаметром около 1,7см каждый. Далее раневой канал продолжается несколько книзу, где регистрируется размозженный брюшной отдел аорты, тела 5-го поясничного и верхняя часть 1-го крестцовых позвонков. В окружности этой зоны на участке 14,5х12см в костной и мягких тканях множество округлых и частично деформированных частиц из мягкого металла серого цвета, размерами до 0,2-0,3см. Внутренние органы резко малокровные. При медико-криминалистическом исследовании установлено, что рана в области живота является входным огнестрельным отверстием. По краю ее при контактно-диффузионном исследовании обнаружен свинец; следы свинца обнаружены в смывах с обеих рук. 1. Определить наличие, вид, характер, локализацию повреждений. 2. Установить: механизм возникновения повреждений, каким орудием причинено повреждение, направление действия травмирующего орудия.3. Решить вопрос о прижизненности и давности повреждений.4. Установить тяжесть причиненного вреда здоровью человека.5. Какова причина смерти?  | 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.  | ТК ГИА | УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-5, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10 |
| 22 | ОБСТОЯТЕЛЬСТВА ДЕЛА: В постановлении указано следующее: «13 января 2012 года около 18 часов 30 минут во дворе дома № 00 по ул. Мира г. К……. был обнаружен труп гр. С., 1993 года рождения, с огнестрельным ранением головы». Представлена «Карта осмотра трупа (приложение к протоколу осмотра трупа на месте его обнаружения)» от 13.01.2012г, заполненная судмедэкспертом, согласно которой: Время начала и окончания осмотра с 20:20 мин. до 21:30 мин. Температура воздуха -17°С. Местонахождение трупа – на улице, в одежде, лежит на спине. Трупные явления: температура ректальная +32°С на время 20:35 минут и +31,1°С на время 21:30 минут; трупное окоченение отсутствует во всех группах мышц; образование идиомускулярной опухоли – быстро появляется плотный тяж высотой 1,1-1,5см; трупные пятна багрово-синюшные, насыщенные, разлитые, при надавливании исчезают и восстанавливают свой цвет через 11 секунд. Повреждения: у наружного края правой брови рана, в левой височной области рана. Других сведений в «Карте осмотра трупа» нет.НАРУЖНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ: На секционный стол доставлен труп, с которого снята следующая одежда: носки черного цвета, трусы красного цвета с резинкой в белую, синюю и красную полосы с надписью по передней поверхности «Россия». По снятию одежды труп мужского пола, правильного телосложения, удовлетворительного питания, длиной тела 168см, массой 63кг. Кожные покровы бледно-серого цвета, холодные на ощупь; по все поверхностям головы, шеи, верхней трети грудной клетки по передней поверхности, на задней поверхности грудной клетки с распространением до поясничной области кожные покровы обильно опачканы буро-красными, влажными массами похожими на кровь, на уровне опачкивания определяются горизонтальные потеки буро-красных подсохших масс, направление которых идет кнаружи от наружных носовых проходов. Трупные пятна разлитые, синюшно-фиолетового цвета, располагаются на задней поверхности туловища, при надавливании не бледнеют. Трупное окоченение хорошо выражено во всех группах мышц. Голова правильной формы. Волосы на голове черного цвета, длиной в лобной области 3см. Кости мозгового и лицевого скелета, хрящи носа и ушных раковин на ощупь целы. В наружных носовых проходах темно-красные, влажные масс. Наружные слуховые проходы свободны. Глаза закрыты, соединительные оболочки глаз бледно-серого цвета, с полнокровными сосудами, без кровоизлияний, зрачки по 0,4см в диаметре, радужка коричневого цвета. Рот закрыт. Слизистая губ, десен серо-синюшная, без кровоизлияний. Язык в полости рта за линией зубов. На верхней и нижней челюстях все зубы целы. Эмаль сохранившихся зубов белесовато-серая, жевательные бугорки хорошо выражены. Шея соразмерна туловищу. Грудная клетка цилиндрической формы, упругая. Брюшная стенка на уровне реберных дуг. Живот мягкий, не напряжен. Оволосение на лобке по мужскому типу. Наружные половые органы сформированы правильно, яички в мошонке, выделений не отмечается. Заднепроходное отверстие сомкнуто, кожа промежности чистая. Кости верхних и нижних конечностей на ощупь целы.ПОВРЕЖДЕНИЯ: В лобной области справа на 6,2см правее средней линии по верхнему краю наружного конца правой надбровной дуги, на 162см выше уровня подошвенной поверхности стоп, располагается неправильно-овальная рана № 1 с признаком «минус ткань», размером 0,9х1,1см в дне раны видны кровоподтечные мягкие ткани и поврежденные кости свода черепа с наличием дополнительных разрывов, располагающихся на 3,4,7,9,10,12 часах соответственно условного циферблата, края разрывов ровные, кровоподтечные, концы острые, длиной при сведенных краях от 0,2см до 0,4см, с осаднением эпидермиса вокруг раны на участке около 0,2-0,3см имеющим светло-розовую, влажную поверхность.В теменно-височной области слева, на 159,5см выше уровня подошвенной поверхности стоп и на 11,7см левее средней линии, располагается звездчатой формы рана № 2 с неровными кровоподтечными краями, острыми концами, при сведении краев раны, без признака «минус ткань», лучи раны соответствуют 2,4,7,10 часам условного циферблата, с длиной лучей от центра раны соответственно 0,7см, 0,5см, 0,6см и 0,3см. В дне раны видны кровоподтечные подлежащие мягкие ткани и размозженное вещество головного мозга.На задней поверхности грудной клетки справа по околопозвоночной линии в 4-м межреберье, на 136см выше уровня подошвенной поверхности стоп, располагается неправильно-овальная рана № 3 с признаком «минус ткань», размером 1,0х0,8см в дне раны видны кровоподтечные мягкие ткани, рана проникает в грудную полость, с осаднением эпидермиса вокруг раны имеющим светло-розовую, влажную поверхность на участке около 0,2см по внутреннему краю раны, по наружному краю раны на участке около 0,6см. Из раны вытекает темно-красная жидкая кровь.Каких-либо других повреждений при наружном исследовании трупа не обнаружено.ВНУТРЕННЕЕ ИССЛЕДОВАНИЕ: Кожно-мышечный лоскут головы с внутренней поверхности серо-розовый, влажный, блестящий, с полнокровными сосудами, обнаружено темно-красное студневидное кровоизлияние в кожно-мышечном лоскуте головы с внутренней поверхности, располагающееся в лобной области справа, размером 6х4,5х0,5см и в теменно-височной области слева, размером 7х6,5х0,5см. Височные мышцы красно-коричневого цвета влажные, блестящие, без кровоизлияний. Череп вскрыт угловым распилом. Толщина лобной кости 0,5см, теменных по 0,4см, затылочной 0,6см. Твердая мозговая оболочка напряжена, с резко полнокровными сосудами, перламутрового вида, в синусах ее темно-красная, жидкая кровь. Обнаружен округлый дефект лобной кости справа, располагающийся по верхнему краю наружного конца правой надбровной дуги, края дефекта неровные, мелкозубчатые, размером 1х0,9см. Далее по ходу раневого канала обнаружен дефект лобной кости справа, располагающийся на границе чешуи лобной кости и верхней стенки правой глазницы ближе к наружному концу правой надбровной дуги, края дефекта неровные с участками отщепов компактного вещества, размером 1,5х1,3см, дефект воронкообразно расширяется кнутри. На уровне дефекта лобной кости обнаружено темно-красное кровоизлияние, располагающееся между чешуей лобной кости и твердой мозговой оболочкой с переходом на верхнюю стенку правой глазницы, объемом около 5мл. темно-красной, жидкой крови. По ходу раневого канала обнаружено округлое повреждение твердой мозговой оболочки, располагающееся на уровне границы чешуи лобной кости справа и верхней стенки правой глазницы, края повреждения ровные, кровоподтечные, диаметром около 0,8см. Далее обнаружено неправильно-овальное повреждение мягкой мозговой оболочки, размером около 1,2х1,1см вокруг повреждения располагается размозженное, бесструктурное, синюшно-красного цвета вещество головного мозга с наличием под мягкой мозговой оболочкой очагового темно-красного кровоизлияния, размером около 8х6,4см, располагающегося на передней с переходом на наружную и базальную поверхность правой лобной доли. Аналогичных характеристик неправильно-овальное повреждение мягкой мозговой оболочки располагается на наружной поверхности темной и височной долей слева на уровне нижней трети центральной и постцентральной извилин, края повреждения ровные, размером около 1,1х1,6см из повреждения выделяется синюшно-красного цвета бесструктурное вещество головного мозга имеющее мазевидную консистенцию. Вокруг повреждения под мягкой мозговой оболочкой располагается очаговое темно-красного цвета кровоизлияние, размером около 8,4х7,4см, располагающегося на наружной поверхности темной и височной долей слева с переходом на базальную поверхность левой височной доли. Далее по ходу раневого канала обнаружен дефект костей свода черепа располагающийся на уровне левого теменно-височного шва, размером около 1х1,5см, задний конец дефекта закруглен, передний приближается к П-образному, края дефекта неровные мелкозубчатые, на уровне дефекта между твердой мозговой оболочкой и костями свода черепа, располагается кровоизлияние объемом около 10мл темно-красной жидкой крови. Дефект соединяется с раной располагающейся в теменно-височной области слева. Таким образом прослежен ход раневого канала, который проходит справа налево, сзади наперед и несколько сверху вниз. Полушария мозга равны, борозды сглажены, извилины уплощены. Мягкая мозговая оболочка на остальных поверхностях головного мозга тонкая, прозрачная, серого цвета, с полнокровными сосудами, отечная, обнаружены очаговые кровоизлияния, располагающиеся на внутренних поверхностях правой и левой теменных долей с распространением по ходу борозд на верхние и наружные поверхности правого и левого полушарий головного мозга на лобною, теменную и височные доли, размером около 18х11см и 14х16см соответственно. Ткань мозга на разрезе по ходу раневого канала бесструктурная, имеет мазевидную консистенцию серо-синюшного цвета с наличием множественных темно-красных полосовидных и неправильно-овальных кровоизлияний, располагающихся по краям поврежденного вещества головного мозга. На остальных участках, вещество головного мозга с четкой границей между серым и белым веществом, резко полнокровная с множеством темно-красных полосовидных и неправильно-овальных кровоизлияний распространяющихся на всю толщу ткани головного мозга. Строение подкорковых структур слабо прослеживается. Полости желудочков не расширены. В них около 5мл светло-розовой прозрачной жидкости, стенка их гладкая, влажная, блестящая, с резко полнокровными сосудами. Сосудистые сплетения серо-синюшные, спавшиеся, стенка их тонкая, эластичная. Строение моста, мозжечка, продолговатого мозга правильное. Сосуды основания мозга серо-синюшные, спавшиеся, стенки их тонкие, эластичные. По снятию твердой мозговой оболочки обнаружен фрагментарно-оскольчый перелом верхней стенки правой глазницы, располагающийся на участке диаметром около 2,3см с формированием фрагментов и осколков размером от 0,3х0,2х0,1см до 0,4х0,3х0,1см. От дефекта костей свода черепа, располагающегося в левой теменно-височной области, распространяются линии переломов в виде трещин берущих начало от переднего края, распространяясь волнообразно по чешуе лобной кости и соединяющаяся с верхним краем дефекта, располагающегося в лобной области справа. От заднего края дефекта, располагающегося в левой теменно-височной области распространяется линия перелома в виде трещины проходящей по чешуе теменной кости слева, далее переходящая на чешую затылочной кости слева проходя на 4,5см выше верхнего края верхней выйной линии и пройдя по чешуе затылочной кости на длину около 2,4см затухает. Остальные кости свода и основания черепа целы. ГРУДНАЯ И БРЮШНАЯ ПОЛОСТИ: Подкожно-жировая клетчатка выражена удовлетворительно. Мышцы шеи, груди и живота красно-коричневого цвета, полнокровные, влажные, блестящие. Произведен разрез кожи и подкожно-жировой клетчатки с их отсепаровкой по задней поверхности грудной клетки слева, обнаружено темно-красное кровоизлияние, располагающееся между срединной и лопаточной линиями слева на уровне 3-5 ребер, на участке 4х5,2см пропитывающее мягкие ткани, при ревизии кровоизлияния, обнаружено сквозное повреждение мягких тканей и доходящее до тела 4-го грудного позвонка между поперечными отростками слева. На боковой поверхности тела 4-го грудного позвонка на 0,6см выше его нижнего края, обнаружено округлое повреждение с дефектом костной ткани, диаметром около 0,9см, при ревизии раневой канал проходит вправо, проникая в правую грудную полость. Произведен анатомический разрез на передней поверхности грудной клетки и живота с обхождением пупочного кольца слева. Обнаружено темно-красное кровоизлияние, располагающееся на передней поверхности грудной клетки справа по средне-ключичной линии на уровне 3-5 ребер, размером около 4,2х5,7см, при ревизии кровоизлияния обнаружено сквозное повреждение мягких тканей, располагающееся в 3-м межреберье по среднеключичной линии, на уровне повреждения на границе мышц и подкожно-жировой клетчатки обнаружен желтого цвета, плотный на ощупь цилиндрический металлический предмет, размером 1,2х0,9см верхний конец которого закруглен, задний отвесный, на уровне заднего конца, диаметр которого 0,9см определяется в виде венчика металл желтого цвета, шириной 0,1см, располагающийся вокруг металла темно-серого цвета, диаметр которого 0,8см. Повреждение мышц проходит через всю толщу и проникает в грудную полость справа. Произведено выделение грудины после пересечения хрящевой части ребер и грудинно-ключичных сочленений. Грудина цела. Органы в полостях расположены правильно. Правое легкое поджато к корню. В правой грудной полости около 2200мл. темно-красной жидкой крови, спаек в грудной полости справа нет. Левое легкое полностью выполняет объем плевральной полости. В правой плевральной полости свободной жидкости и спаек нет. Кровь из правой грудной полости удалена, грудная полость осушена. После чего проведена ревизия органов грудной клетки, при которой обнаружено по ходу раневого канала неправильно-овальное повреждение пристеночной плевры на уровне тела 4-го грудного позвонка, края повреждения ровные, концы закруглены, размером 2,4х1,5см с наличием вокруг повреждения располагается темно-красное, студневидное кровоизлияние, располагающееся на участке 5,2х2,9см, из повреждения в грудную полость выступает костный фрагмент тела 4-го грудного позвонка, размером 2,1х1,3х0,7см с неровными, мелкозубчатыми краями, в дне обнаруженного повреждения тела 4-го грудного позвонка располагается темно-красное губчатое вещество на уровне которого имеется округлый дефект губчатого вещества, диаметром около 0,9см., при ревизии обнаруженные дефекты на теле 4-го грудного позвонка соединяются между собой формируя сквозное повреждение тела 4-го грудного позвонка. Далее при ревизии обнаружено повреждение верхней доли правого легкого по внутренней поверхности, располагающееся на 0,7см кпереди от заднего внутреннего края и на 5,5см ниже верхушки верхней доли правого легкого, края повреждения ровные, концы закруглены, размером 2,5х2,2см с наличием темно-красного студневидного кровоизлияния, располагающегося вокруг повреждения на участке 11х8,7см. Далее обнаружено округлое повреждение, диаметром около 0,8см с ровными, кровоподтечными краями, располагающееся на передней поверхности верхней доли правого легкого, располагающееся на 0,7см правее правого переднего края и на 4,5см ниже верхушки верхней доли правого легкого с наличием вокруг повреждения темно-красного кровоизлияния, располагающегося на участке 9х7см. Далее по ходу раневого канала обнаружено округлое повреждение пристеночной плевры с ровными краями, диаметром около 0,8см. с наличием вокруг темно-красного кровоизлияния, размером 2,1х1,8см. Таким образом прослежен ход раневого канала раны № 3 направление которого проходит сзади наперед слева направо и несколько снизу вверх. Других повреждений органов грудной полости справа и слева не обнаружено. Печень у края реберной дуги. Большой сальник поджат к корню. Петли кишечника зеленовато-желтые, несколько подвздуты. Брюшина перламутрового вида, гладкая, влажная, блестящая. В брюшной полости спаек и свободной жидкости нет. Мочевой пузырь выше уровня лона, в полости его около 250мл светло-желтой, прозрачной мочи, слизистая его серая, складчатость хорошо выражена. Органы извлечены единым комплексом по Шору. Язык обложен серым налетом, сосочки у корня языка слабо выражены, мышца языка на разрезе красно-коричневая, без кровоизлияний. Миндалины размером 2,5х1,5х2см, серо-красного цвета, сочные, влажные. Вход в гортань и пищевод свободен. Подъязычная кость, хрящи гортани, кольца трахеи целы. Доли щитовидной железы равны 2х2,5х1,5см, на разрезе ткань их серо-красного цвета, мелкозернистые, полнокровные. Просвет пищевода пуст, слизистая серого цвета, влажная, блестящая, продольная складчатость слабо выражена. Просвет трахеи и главных бронхов свободен, слизистая их серая, тусклая, влажная. Легкие тестовато-воздушной консистенции на ощупь, с поверхности светло-розового цвета, без кровоизлияний. Масса правого легкого 620грамм, левого 540грамм. На разрезе ткань легких светло-розового цвета, сосудистый и бронхиальный рисунок выражен, при надавливании с поверхности разреза стекает обильное количество темно-красной, жидкой крови с примесью пены, просвет бронхов среднего и мелкого калибра свободен на всем протяжении. В просвете аорты темно-красная, жидкая кровь. Интима ее светло-желтая, стенка тонкая, эластичная. Ширина окружности аорты в грудном отделе – 4,6см, в брюшном – 3,2см; на разрезе края аорты расходятся на расстояние около 2,9см. Сердечная сорочка цела, в полости ее около 10мл светлой, прозрачной жидкости. Сердце конусовидной формы, плотное на ощупь, по ходу коронарных сосудов умеренно обложено жиром, размером 13х11х7см, массой 360грамм. На разрезе полости его несколько расширены, в них темно-красная, жидкая кровь. Сосочковые и трабекулярные мышцы утолщены, сухожильные нити укорочены. Клапаны сердца и крупных сосудов утолщены, плотные, подвижны. Стенка левого желудочка 1,6см, правого 0,5см. Мышца сердца на разрезе красно-коричневого цвета. Венечные сосуды проходят поверхностно, по ходу умеренно обложены жиром. На разрезе стенка их тонкая, эластичная, просвет их свободен на всем протяжении. Надпочечники неправильно-овальной формы, плотные на ощупь, равны по 5х4х0,4см, на разрезе граница между корковым и мозговым слоями выражена четко. Околопочечная клетчатка развита удовлетворительно. Почки парные, плотные, неправильно-овальной формы, размером: правая 12х7х5см, массой 145грамм, левая 11х6х5см, массой 140грамм. На разрезе красно-коричневого цвета, полнокровные, границы между корковым и мозговым слоями прослеживаются. Лоханки свободны, слизистая их серая, с полнокровными сосудами, без кровоизлияний. Капсула с почек снимается легко, обнажая гладкую поверхность. Мочеточники проходимы на всем протяжении. Селезенка плотная с гладкой капсулой, размером 12х7х4,5см, массой 125грамм, на разрезе темно-вишневая, пульпа соскоба не дает. Печень красно-коричневого цвета, гладкая с поверхности, размером 25х17х12х9см, массой 1320грамм. На разрезе ткань ее красно-коричневая, полнокровная, с четкой структурой. Желчный пузырь грушевидной формы, содержит в себе около 10мл зеленовато-желтого цвета желчи. Желчевыводящие пути проходимы на всем протяжении, слизистая темно-зеленого цвета, бархатистая. Поджелудочная железа в виде плотного тяжа, размером 15х3х2см. На разрезе ткань ее серо-желтого цвета, полнокровная, крупнодольчатая. В желудке около 350мл кашицеобразной белесовато-серого цвета жидкости с различимыми фрагментами пищи в виде мясных волокон и зеленого цвета фрагментов укропа и белесоватого цвета неразличимых фрагментов. Слизистая желудка серого цвета, без кровоизлияний, складчатость хорошо выражена. В просвете тонкого и толстого кишечника содержимое свойственное его отделам, слизистая их зеленовато-желтого цвета, складчатость хорошо выражена.Кости позвоночника, грудной клетки и таза целы. Каких-либо других повреждений при внутреннем исследовании не обнаружено.В судебно-химическое отделение направлены кровь и моча для определения наличия этилового алкоголя.В архив судебно-гистологического отделения направлены кусочки внутренних органов. В судебно-биологическое отделение направлена кровь для определения групповых свойств.В МКО направлен кожно-мышечный лоскут головы с лобной области справа с повреждением (входная рана № 1), кожно-мышечный лоскут с левой теменно-височной области с повреждением (выходная рана № 2), кожно-мышечный лоскут с задней поверхности грудной клетки слева (входная рана № 3) для определения дистанции выстрела, наличие включений, металлизации. РЕЗУЛЬТАТЫ ЛАБОРАТОРНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ1. При судебно-химическом исследовании (служебная записка от 23.01.2012г, эксперт-химик) этиловый спирт в крови и моче не обнаружен.2. При МКИ исследовании (акт от 06.02.2012г.), дано заключение: На препарате кожи № 1 входная огнестрельная рана, причиненная компактно действующим пулевым огнестрельным снарядом. Рана № 2 на препарате кожи № 2 имеет признаки выходной огнестрельной. На препарате кожи № 3 входная огнестрельная рана, причиненная компактно действующим пулевым огнестрельным снарядом. При контактно-диффузном исследовании следов металлов не выявлено. Дополнительных факторов выстрела при исследовании не выявлено, однако наличие волокноподобных включений, вероятно являющимися частицами первой преграды (одежды потерпевшего), не позволяют высказаться о дистанции выстрелов. Вопросы:1. Причина смерти, время наступления смерти?2. Телесные повреждения?3. Степень тяжести вреда причиненного здоровью человека?4. Мог ли потерпевший после получения обнаруженных повреждений совершать целенаправленные действия, если да то в течении какого периода времени?5. Принимал ли потерпевший незадолго до смерти алкоголь, если да, то какой степени опьянения соответствует обнаруженное количество алкоголя? | 1. Смерть его наступила в результате одиночного, огнестрельного, сквозного пулевого ранения головы с повреждением костей свода черепа, вещества головного мозга, твердой и мягкой мозговых оболочек и одиночного слепого огнестрельного пулевого ранения правой половины грудной клетки с повреждением верхней доли правого легкого с массивным кровоизлиянием в правую плевральную полость (2200мл). Согласно стадии выраженности трупных явлений зарегистрированных в карте осмотра трупа (приложение к протоколу осмотра трупа на месте его обнаружения) от 13.01.2012г. «температура ректальная +32°С на время 20:35 минут и +31,1°С на время 21:30 минут; трупное окоченение отсутствует во всех группах мышц; образование идиомускулярной опухоли – быстро появляется плотный тяж высотой 1,1-1,5см; трупные пятна багрово-синюшные, насыщенные, разлитые, при надавливании исчезают и восстанавливают свой цвет через 11 секунд», можно предположить, что смерть его наступила за 2-4 часа до момента осмотра трупа на месте его обнаружения.2. При судебно-медицинской экспертизе трупа обнаружены повреждения в виде:- одиночного огнестрельного, сквозного пулевого ранения головы: входная рана №1 располагается в лобной области справа на 6,2см правее средней линии по верхнему краю наружного конца правой надбровной дуги, на 162см выше уровня подошвенной поверхности стоп, с признаком «минус ткань», размером 0,9х1,1см, выходной раны №2 в теменно-височной области слева, на 159,5см выше уровня подошвенной поверхности стоп и на 11,7см левее средней линии, без признака «минус ткань» с направлением раневого канала спереди назад, справа налево и несколько сверху вниз, с повреждением по ходу костей свода черепа, оболочек и вещества головного мозга.- одиночного огнестрельного, слепого пулевого ранения с локализацией входной раны на задней поверхности грудной клетки справа по околопозвоночной линии в 4-м межреберье, на 136см выше уровня подошвенной поверхности стоп с признаком «минус ткань», размером 1,0х0,8см с направлением раневого канала сзади наперед слева направо и несколько снизу вверх, с повреждением по ходу тела 4-го грудного позвонка, плевры, верхней доли правого легкого, с наличием в 3-м межреберье по средне- ключичной линии инородного предмета (металлический предмет желтого цвета, размером 1,2х0,9см верхний конец которого закруглен, задний отвесный, на уровне заднего конца, диаметр которого 0,9см определяется в виде венчика металл желтого цвета, шириной 0,1см, располагающийся вокруг металла темно-серого цвета, диаметр которого 0,8см).3. Данные повреждения являются прижизненными, что подтверждается наличием кровоизлияний в мягкие ткани по ходу раневых каналов, возникли от 2-х воздействий компактно-действующих пулевых огнестрельных снарядов. Обнаруженные повреждения в виде одиночного сквозного огнестрельного пулевого ранения головы и слепого ранения правой половины грудной клетки находятся в прямой причинно-следственной связи с наступлением смерти и соответственно пунктам № 6.1.3., 6.1.9. согласно приказу МЗиСР РФ 194н от 24.04.2008г. отнесены к критериям вреда, опасного для жизни человека, и согласно правилам «Определения тяжести вреда, причиненного здоровью человека» (постановление правительства РФ № 522 от 17.08.2007г.) квалифицируются как ТЯЖКИЙ вред здоровью. 4. После причинения обнаруженных при экспертизе повреждений смерть его наступила в течение времени измеряемого единицами минут. После причинения повреждений сопровождавшихся травмой вещества головного мозга совершение целенаправленных действий исключается.5. При судебно-химическом исследовании этиловый алкоголь в крови и моче не обнаружен. | ТК ГИА | УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-5, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10 |
| 23 | ОБСТОЯТЕЛЬСТВА ДЕЛА. В направлении на судебно-медицинское исследование трупа не указаны.Представлена медицинская карта стационарного больного из ГКБ № 6 на имя гр. В., 1953 г.р., который 12.01.09г. в 13-00 бригадой скорой помощи был доставлен в неврологическое отделение. Жалоб не предъявляет из-за снижения критики к состоянию. Дата появления расстройства 10.01.09г. В течение трех дней постепенно развивалась симптоматика, больной неадекватен, но ориентирован, речевые расстройства. Больной неделю не был дома, вернулся в таком состоянии. Из перенесенных заболеваний гипертоническая болезнь (давность не известна), злоупотребление алкоголем. 15.11.08г. была закрытая черепно-мозговая травма. При поступлении состояние средней степени тяжести. Кожные покровы и видимые слизистые чистые, розовые. Дыхание в легких проводится по всем полям, хрипов нет. АД 150\90 мм.рт.ст. Живот без особенностей. Сознание ясное, контакту доступен с ограничением. Сенсомоторная афазия. Зрачки равны, реакция на свет сохранена, движения глазных яблок в полном объеме. Горизонтальный нистагм. ПНП не выполняет из-за снижения корковых функций. 13.01 при рентгенографии черепа на краниограммах в левой теменной области отмечается посттрепанационный дефект костной ткани 7х0,3; свежих травматических повреждений не выявлено. При ЭХО-ЭС от 13.01 отмечается смещение м-эхо в средне-задних отделах на 1,5 мм. 15.01 в 6-30 состояние больного резко ухудшилось. АД 260\110 мм.рт.ст. нарушение сознания кома 1. Больной переведен в палату интенсивной терапии. В 9-00 у больного остановка сердечной деятельности. Пульсация на магистральных артериях не определяется. Сердечные тоны не выслушиваются. Реанимационные мероприятия без эффекта. Констатирована смерть больного 15.01.09г. в 9-30. ПОСМЕРТНЫЙ ДИАГНОЗ. Комбинированный. 1. Геморрагический инсульт в левом полушарии головного мозга. 2. ЗЧМТ, внутримозговая гематома. Фон. 1. Гипертоническая болезнь 3, риск 4. Осложнения. Отек головного мозга, дислокация ствола, ОДН 3, ОССН 3.Алкоголь – данных нет.НАРУЖНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ. Труп мужчины, доставлен без одежды, среднего телосложения, правильного питания, длиной тела 175 см. Кожа бледно-серая, холодная на ощупь во всех отделах, в отлогих местах тела сливные, фиолетовые, не исчезающие и не меняющие цвет при надавливании трупные пятна. Трупное окоченение достаточно выражено во всех обычно исследуемых группах мышц. Склеры глаз мутные, тусклые, суховаты, кровоизлияний в соединительные оболочки глаз не отмечается, зрачки равновелики по 0,4 см диаметром. Голова правильной формы, кости черепа и лицевого скелета на ощупь целы. Грудная клетка цилиндрическая, эластичная, упругая, ребра на ощупь целы. Живот на одном уровне с грудной клеткой. Естественные отверстия тела и полости рта и носоглотки свободны, чистые. Слизистая оболочка губ синюшная, подсохшая. Анальное отверстие сомкнуто. Половые органы развиты правильно. Кости конечностей целы. ПОВРЕЖДЕНИЯ. Каких-либо повреждений при исследовании не обнаружено. При проведении воздушной пробы – воздух из плевральных полостей и полостей сердца не получен. При проведении судебно-медицинского исследования трупа использовались: кожные разрезы по методу Шора.ВНУТРЕННЕЕ ИССЛЕДОВАНИЕИзвлечение органокомплекса произведено по методу Шора, с распилом ребер спереди. Череп вскрывался угловым распилом. Доступ к спинному мозгу осуществлялся сзади по методу Медведева. ПОЛОСТЬ ЧЕРЕПА. В кожно-мышечном лоскуте головы слева в теменно-затылочной области темно-красное с четкими контурами кровоизлияние диаметром 8 см. Слева в лобно-височной области неправильно прямоугольное трепанационное отверстие с подшитым костным лоскутом 4х3 см. Слева в чешуе височной кости, замыкающиеся на середину трепанационного отверстия, вертикальная линия перелома длиной 2 см с красно-коричневыми эпидуральными кровоизлияниями в зоне перелома. Субдурально слева в передней и средней черепных ямках и по наружной поверхности мозга наложение эластичных темно-вишневых свертков крови общим объемом 150 мл, спаянных с твердой мозговой оболочкой. Субарахноидально справа по полюсной поверхности височной доли на участке диаметром 4 см округлое темно-вишневое кровоизлияние, как в мягких мозговых оболочках, так и в веществе мозга на глубину коры, мономорфного вида. Слева аналогичные по характеристиками кровоизлияния на участке диаметром 5 см по полюсной поверхности лобной доли с 3-мя мелкими эрозиями оболочек в центре и, диаметром 2 см - по полюсной поверхности височной доли. Данные кровоизлияния окружены полосой темно-красных кровоизлияний по бороздам с шириной полосы от 1 до 2 см. Коричневое прокрашивание твердой мозговой оболочки в задней черепной ямке. Головной мозг выполняет все резервные пространства. Борозды мозга сглажены, извилины уплощены, на миндаликах мозжечка кольцевидная с диффузными субарахноидальными кровоизлияниями полоса вдавления от краев большого затылочного отверстия. Головной мозг дряблый, на разрезах с четкой границей серого и белого вещества и мраморным рисунком подкорковых ядер. Поверхности разрезов тускловаты, липнут к лезвию ножа. Желудочки мозга симметричны, обычного объема, эпендима их бледно-серая, блестящая, влажная, в полостях желудочков следы прозрачной соломенного цвета жидкости. Сосудистые сплетения обычного вида, полнокровны.ОРГАНЫ ШЕИ, ГРУДНОЙ И БРЮШНОЙ ПОЛОСТЕЙ: язык синюшный, влажный, обложен серовато-желтым, не снимающимся налетом. Слизистые оболочки носоглотки синюшные, влажные, блестящие. В мягких тканях шеи повреждений и кровоизлияний не обнаружено. В плевральных полостях следы прозрачной жидкости, легкие выполняют 2\3 полостей, с блестящей, гладкой и влажной плеврой. Органы брюшной полости расположены анатомически правильно, в полости следы прозрачной жидкости соломенного цвета. Листки брюшины гладкие, влажные, блестящие. Просвет пищевода свободен, слизистая его бледно-серая, продольно складчатая. Вход и просвет гортани свободен, слизистая оболочка ее с наложениями фибрина, смешанного с гноем, набухшая, темно-розовая. Подъязычная кость и хрящи гортани целы, в мягких тканях ее повреждений не обнаружено. Просвет трахеи и главных бронхов с небольшим количеством густого желто-зеленого гноя, слизистая оболочка их темно-розовая с наложениями фибрина, хрящи трахеи целы. Щитовидная железа обычных размеров, с равновеликими долями, плотно-эластичная, темно-коричневая, на разрезе полнокровна, дольчатого строения. Аорта эластична, со следами жидкой крови в просвете и рассеянными липидными пятнами в интиме. Легкие синюшные в передних и темно-синюшные в задних отделах, тестоватой консистенции, на разрезах темно-красные с подчеркнутым рисунком, полнокровны. Над поверхностями разрезов выступают бронхи в виде «гусиных перьев». В просвете воздухо-проводящих путей немного жидкого желтого гноя, слизистые оболочки гортани, трахеи и бронхов гиперемированы, отечны с налетом фибрина. Бифуркационные лимфоузлы располагаются в виде пакетов диаметром от 1 до 2 см, эластичные, темно-синюшные, на разрезах сочные, с обычным рисунком. В полости перикарда следы прозрачной жидкости, листки его гладкие, влажные, блестящие. Сердце 14х12х8 см, дряблое, с темной жидкой кровью в полостях. Миокард розовато-синюшный, эластичный, неравномерного кровенаполнения. Толщина стенки правого желудочка 0,3 см, левого 1,2 см. Клапанный и пристеночный эндокард тонкий, прозрачный, клапаны сформированы правильно. Коронарные артерии с тонкими стенками, пустым просветом. Желудок пустой, содержимое кишечника отделам соответствует, слизистые оболочки желудочно-кишечного тракта бледно-серые. Мезентериальные лимфоузлы располагаются раздельно, диаметр их не более 1 см, эластичны. Печень 27х20х16х10 см, дрябло-эластичная, желто-коричневая с поверхности и на разрезах, полнокровная, со смазанным рисунком долек. Просвет внепеченочных желчевыводящих путей свободно проходим. Поджелудочная железа обычных размеров, плотно-эластичная, бледно-серая, на разрезах – дольчатого строения. Селезенка 9х5х3 см, синюшная, дряблая, без соскоба. Надпочечники листовидной формы, обычных размеров, на разрезах граница слоев четкая. Мочеточники проходимы, мочевой пузырь пуст. Почки 12х6х4 см равновелики, эластичные. Капсула сползает при надрезе, обнажая ровную поверхность. По краю разреза паренхима наползает на капсулу. На разрезах корковый слой - синюшный, с темно-красным крапом и подчеркнутым рисунком, мозговой слой также с подчеркнутым рисунком, граница слоев отчетливо выражена с полнокровием. Слизистые оболочки лоханок и чашечек бледно-синюшные, гладкие, блестящие, просвет их свободен. Мочеточники проходимы на всем протяжении, с бледно-серой слизистой. Мочевой пузырь пуст, слизистая оболочка его складчатая, бледно-серая, уретра свободно проходима. ПОЗВОНОЧНИК И СПИННОЙ МОЗГ: при ревизии позвоночного столба повреждений не обнаружено. Эпи- и субдуральные пространства свободны, твердая мозговая оболочка напряжена, бледно-серая, блестящая, мягкие мозговые оболочки тонкие, прозрачные, спинной мозг дряблый, на разрезах обычного рисунка. Из трупа для судебно-гистологического исследования взяты кусочки внутренних органов на патоморфологические изменения. Кровь на биологию. А К Т Судебно-гистологического исследования Судебно-медицинским экспертом, произведено исследование кусочков внутренних органов от трупа В., 1953 г.р.ЗАКЛЮЧЕНИЕГоловной мозг – субарахноидальные и внутримозговые очаговые кровоизлияния с некрозом вещества мозга в зоне кровоизлияний, с наличием гемосидерофагов и лейкоцитарной инфильтрацией по периферии, так же по периферии умеренная глиальная пролиферация. Фрагмент субдуральной гематомы с краевой пролиферацией фибробластов и наличием сосудов. В стволовых отделах мозга выраженная внеклеточная гидратация, вплоть до образования криброзных структур. Стаз крови в сосудах.Миокард – перивазальный и очаговый постинфарктный кардиосклероз. Межуточный отек.Печень – полнокровие синусоидов, воспалительных изменений не выявлено.Почки – стаз крови в сосудах, эктазия просвета почечных канальцев. Воспалительных изменений не выявлено.Твердая мозговая оболочка - на твердой мозговой оболочке остатки субдуральной гематомы, которая на примыкании к оболочке с разрастанием фибробластов и большим количеством гемосидерофагов. Гемосидероз определяется и в толще твердой мозговой оболочки. Вопросы:1.Судебно-медицинский диагноз?2.Осложнения?3.Сопутствующие? 4.Степень тяжести вреда здоровью?5.Механизм травмы? | 1. Закрытая черепно-мозговая травма – кровоизлияние в коже слева в теменно-затылочной области, субдуральная гематома слева в передней, средней черепных ямках и по наружной поверхности мозга объемом 150 мл, субарахноидальные и внутримозговые кровоизлияния по полюсной поверхности правой височной доли, по полюсным поверхностям левых лобной и височной долей.2. Осложнения: отек и набухание головного мозга с дислокацией; отек легких; венозное полнокровие внутренних органов.3. Сопутствующее: черепно-мозговая травма в стадии организации – перелом левой височной кости, трепанационное отверстие теменной и височной костей слева, организовавшиеся эпидуральные кровоизлияния в зоне перелома.4. Обнаруженная при исследовании трупа, ЧЕРЕПНО-МОЗГОВАЯ ТРАВМА причинила вред, опасный для жизни человека и согласно пункту 4.а Правил определения степени тяжести вреда, причиненного здоровью человека (Постановление Правительства РФ от 17 августа 2007 г. N 522) и пункта 6.1. приказа МЗиСР РФ 194н от 24.04.2008.г., квалифицируется, как обусловившая тяжкий вред здоровью. Черепно-мозговая травма имеет прямую причинную связь со смертью.5. Локализация и совокупность телесных повреждений (кровоизлияние в коже теменно-затылочной области, полюсные кровоизлияния в головном мозге) позволяют говорить, что травма имеет инерционный механизм и, возникла при воздействии твердого тупого предмета без четких идентифицирующих признаков с массой больше массы головы на левую теменно-затылочную область с действием травмирующей силы сзади наперед. Пострадавший мог получить черепно-мозговую травму при падении с высоты собственного роста. | ТК ГИА | УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-5, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10 |
| 24 | ОБСТОЯТЕЛЬСТВА ДЕЛА: в направлении на судебно-медицинское исследование не указаны Представлена история болезни на имя П., 64 лет, согласно которой она поступила с жалобами на кровотечение из уха и головную боль. Со слов врача скорой помощи во время судорог упала дома и ударилась головой. В запое несколько дней. Сама пострадавшая обстоятельств травмы не помнит. Общее состояние тяжелое. Определяется запах алкоголя изо рта. Дыхание спонтанное, проводится по всем полям, хрипов нет. ЧДД 19 в минуту, сердечные тоны ясные, ритмичные. ЧСС 100 в минуту АД 140/90 мм.рт.ст. Живот не вздут, симметричен, участвует в акте дыхания, мягкий, безболезненный. Сознание – глубокое оглушение, сопор. Дезориентирована в месте, времени, своей личности. Критика снижена. Зрачки равные, фотореакции живые. Движения глазных яблок ограничены в крайних отведениях. Левосторонний гемипарез. Сухожильные рефлексы больше справа, умерено оживлены. В позе Ромберга не устойчива. Ригидность мышц затылка до 2 мм, симптом Кернига 160 °. М-ЭХО: смещение справа налево на 2,5-3,0 мм, на фоне дополнительных сигналов. Локально: из левого уха отмечается кровотечение, симптом «двойного пятна» сомнителен. Диагноз: открытая черепно-мозговая травма? Ушиб головного мозга. Перелом основания черепа слева? 02.12.02г ЭХО-ЭС смещения срединных структур головного мозга не выявлено, дополнительные сигналы в передних отделах больше справа, где М-ЭХО выводится с трудом, и немного справа в средне задних, слева – в задних. Третий желудочек 6-7 мм, пульсация немного усилена. В протоколе рентгеновского исследования № 3726-1 от 11.12.02г справа отмечается сгущение легочного рисунка, инфильтративных, очаговых теней не выявлено. Купол диафрагмы четкий. На фоне нарастающей дыхательной и сердечно-сосудистой недостаточности 14.01.03 в 22-45 констатирована смерть больного. ПОСМЕРТНЫЙ ДИАГНОЗ: открытая черепно-мозговая травма, ушиб головного мозга тяжелой степени, линейный перелом левой височной кости с переходом на основание черепа по средней черепной ямке, отоликворея слева, ушиб мягких тканей головы. Осложнения: двусторонняя абсцедирующая пневмония, инфекционно-токсический шок, отек – набухание головного мозга. Алкоголь – данных в истории болезни не обнаружено.НАРУЖНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ. Труп женщины, доставлен без одежды, среднего телосложения, удовлетворительного питания, длиной тела 175 см. Кожа бледно-серая, холодная на ощупь во всех отделах, в отлогих местах тела сливные, фиолетовые, не исчезающие и не меняющие цвет при надавливании трупные пятна. Трупное окоченение достаточно выражено во всех обычно исследуемых группах мышц. Склеры глаз мутные, тусклые, суховаты, кровоизлияний в соединительные оболочки глаз не отмечается, зрачки равновелики по 0,4 см диаметром. Голова правильной формы, кости черепа и лицевого скелета на ощупь целы. Грудная клетка цилиндрическая, эластичная, упругая, ребра на ощупь целы. Живот на одном уровне с грудной клеткой. Естественные отверстия тела и полости рта и носоглотки свободны, чистые. Слизистая оболочка губ синюшная, подсохшая. Анальное отверстие сомкнуто, кожа вокруг него слегка обпачкана каловыми массами. Половые органы развиты правильно по женскому типу. Кости конечностей целы.ПОВРЕЖДЕНИЯ. Каких-либо повреждений, кроме следов медицинских манипуляций, при наружном исследовании не обнаружено.ВНУТРЕННЕЕ ИССЛЕДОВАНИЕ. Полость черепа: кожно-мышечный лоскут головы гладкий, влажный, блестящий, без кровоизлияний и повреждений, височные мышцы синюшные, сочные, полнокровны. Кости свода и основания черепа целы. Твердая мозговая оболочка серо-перламутрового цвета, цела, блестящая, гладкая, влажная, просвет ее синусов выполнен жидкой темной кровью в большом количестве. В правой лобной доле по передней и базальной поверхностям, на участке диаметром 10 см, диффузные субарахноидальные кровоизлияния, распространяющиеся в вещество мозга, с образованием в нем внутримозговой гематомы диаметром 4 см, выполненной ржавой кровью как жидкой, так и ржавыми и темно-вишневыми свертками. Мягкие мозговые оболочки тонкие, прозрачные со студневидным отеком и полнокровными сосудами, по ходу которых определяются рассеянные точечные кровоизлияния в небольшом количестве в толще мозговых оболочек. Сосуды Вилизиева круга с тонкими стенками, пустым просветом. Борозды мозга с обычным рисунком, на миндаликах мозжечка определяется полоса вдавления от краев большого затылочного отверстия. Головной мозг эластичный, на разрезах с четкой границей серого и белого вещества и мраморным рисунком подкорковых ядер. Поверхности разрезов тускловаты, липнут к лезвию ножа. Желудочки мозга симметричны, растянуты прозрачной жидкостью, эпендима их бледно-серая, блестящая, влажная. В крыше 4-го желудочка пятнистые множественные кровоизлияния. Сосудистые сплетения обычного вида, полнокровны. В задней атланто-затылочной мембране ржаво-красные пятнистые кровоизлияния.ОРГАНЫ ГОЛОВЫ И ШЕИ. Язык синюшный, влажный, обложен серовато-желтым, не снимающимся налетом. Слизистые оболочки носоглотки синюшные, влажные, блестящие. Небные миндалины округлые, диаметром по 1,5 см, с бугристой поверхностью, без наложений, синюшные. В мягких тканях шеи повреждений и кровоизлияний не обнаружено. Вход и просвет гортани свободен, слизистая оболочка ее бледно-серая. Подъязычная кость и хрящи гортани целы, в мягких тканях ее повреждений не обнаружено. Просвет трахеи и главных бронхов свободен, хрящи трахеи целы. Щитовидная железа обычных размеров, с равновеликими долями, плотно-эластичная, темно-коричневая, на разрезе полнокровна, дольчатого строения. Просвет пищевода свободен, слизистая его бледно-серая, продольно складчатая.ГРУДНАЯ ПОЛОСТЬ. В плевральных полостях следы прозрачной жидкости. Легкие выполняют 2\3 полостей, с блестящей, гладкой и влажной плеврой. Под висцеральной плеврой, особенно, в прикорневых отделах легких и по базальным поверхностям, множественные точечные кровоизлияния. Легкие синюшные в передних и темно-синюшные в задних отделах, тестоватой консистенции, на разрезах темно-красные с обычным рисунком, полнокровны. Слизистые оболочки воздухопроводящих путей светло-розовые, набухшие. Бифуркационные лимфоузлы располагаются в виде пакетов диаметром от 1 до 2 см, эластичные, не спаянные между собой и с окружающими тканями, темно-синюшные, на разрезах сочные, с обычным рисунком. В полости перикарда следы прозрачной жидкости, листки его гладкие, влажные, блестящие. Под эпикардом единичные точечные рассеянные темно-красные кровоизлияния. Сердце дрябло-эластичное, 11х9х8 см, с избыточным отложением жира под эпикардом. В полостях сердца немного жидкой темной крови с мелкими единичными темно-вишневыми свертками. Миокард розовато-синюшный, эластичный, неравномерного кровенаполнения. Толщина стенки правого желудочка 0,3 см, левого 1,2 см. Клапаны и пристеночный эндокард тонкий, полупрозрачный, клапаны сформированы правильно. Аорта эластична, со следами жидкой крови в просвете и рассеянными липидными пятнами в интиме. Коронарные артерии с тонкими стенками, пустым просветом. БРЮШНАЯ ПОЛОСТЬ. Органы расположены анатомически правильно. В полости следы прозрачной жидкости соломенного цвета. Листки брюшины гладкие, влажные, блестящие. Желудок пустой, содержимое кишечника отделам соответствует, слизистые оболочки их бледно-серые. Мезентериальные лимфоузлы располагаются раздельно, диаметр их не более 1 см, эластичны. Печень 26х20х18х13 см, плотно-эластичная, желто-коричневая с поверхности и на разрезах, полнокровная, со смазанным рисунком долек. В желчном пузыре 15 мл жидкой темно-зеленой желчи, слизистая оболочка его темно-зеленая, бархатистая. Просвет внепеченочных желчевыводящих путей свободно проходим. Поджелудочная железа обычных размеров, плотно-эластичная, бледно-серая, на разрезах - дольчатого строения. Селезенка 6х5х4 см, синюшная, полнокровна, эластична, без соскоба. Надпочечники листовидной формы, обычных размеров, на разрезах граница слоев четкая. Почки равновелики, 11х6х5 см, дрябло-эластичные. Капсула сползает при надрезе, обнажая ровную поверхность. По краю разреза паренхима наползает на капсулу. На разрезах корковый слой - синюшный, с темно-красным крапом и подчеркнутым рисунком, мозговой слой также с подчеркнутым рисунком, граница слоев отчетливо выражена. Слизистые оболочки лоханок и чашечек бледно-синюшные, гладкие, блестящие, просвет последних свободен. Мочеточники проходимы на всем протяжении, с бледно-серой слизистой. Мочевой пузырь пуст, слизистая оболочка его складчатая, бледно-серая, уретра свободно проходима. Из трупа для судебно-гистологического исследования взяты кусочки внутренних органов на патоморфологические изменения.В качестве вещественного доказательства взята кровь на марле.  Вопросы: 1.Повреждения обнаруженные при исследовании?2.Степень тяжести вреда здоровью?3.Причина смерти?4.Механизм травмы?5.Состояние опьянения? | 1.При судебно-медицинском исследовании трупа обнаружены следующие телесные повреждения: а) закрытая черепно-мозговая травма – субарахноидальные и внутримозговые кровоизлияния в правой лобной доле головного мозга и в крышу 4-го желудочка; б) закрытая спинальная травма – кровоизлияния в связки атланто-затылочного сочленения в стадии рассасывания. 2.Обнаруженная ЧЕРЕПНО-МОЗГОВАЯ ТРАВМА причинила вред, опасный для жизни человека и согласно пункту 4.а Правил определения степени тяжести вреда, причиненного здоровью человека (Постановление Правительства РФ от 17 августа 2007 г. N 522) и пункта 6.1. приказа МЗиСР РФ 194н от 24.04.2008.г., квалифицируется, как обусловившая тяжкий вред здоровью. Черепно-мозговая травма имеет прямую причинную связь со смертью.3.Смерть наступила в результате сочетанной шейно-затылочной травмы с повреждениями головного и спинного мозга (см пункт 1), осложнившейся отеком и дислокацией головного мозга. Заключение подтверждается картиной, найденной на вскрытии, и данными медицинской документации.4.Вероятный механизм травмы – однократное травматическое ударное воздействие в затылочную область с действием травмирующей силы сзади наперед, что возможно при падении с высоты собственного роста навзничь.5.Данных в истории болезни о наличия алкоголя в крови пострадавшего не обнаружено.  | ТК ГИА | УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-5, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10 |
| 25 | ОБСТОЯТЕЛЬСТВА ДЕЛА: в направлении на судебно-медицинское исследование не указаны Представлена история болезни на имя П., 64 лет, согласно которой она поступила с жалобами на кровотечение из уха и головную боль. Со слов врача скорой помощи во время судорог упала дома и ударилась головой. В запое несколько дней. Сама пострадавшая обстоятельств травмы не помнит. Общее состояние тяжелое. Определяется запах алкоголя изо рта. Дыхание спонтанное, проводится по всем полям, хрипов нет. ЧДД 19 в минуту, сердечные тоны ясные, ритмичные. ЧСС 100 в минуту АД 140/90 мм.рт.ст. Живот не вздут, симметричен, участвует в акте дыхания, мягкий, безболезненный. Сознание – глубокое оглушение, сопор. Дезориентирована в месте, времени, своей личности. Критика снижена. Зрачки равные, фотореакции живые. Движения глазных яблок ограничены в крайних отведениях. Левосторонний гемипарез. Сухожильные рефлексы больше справа, умерено оживлены. В позе Ромберга не устойчива. Ригидность мышц затылка до 2 мм, симптом Кернига 160 °. М-ЭХО: смещение справа налево на 2,5-3,0 мм, на фоне дополнительных сигналов. Локально: из левого уха отмечается кровотечение, симптом «двойного пятна» сомнителен. Диагноз: открытая черепно-мозговая травма? Ушиб головного мозга. Перелом основания черепа слева? 02.12.02г ЭХО-ЭС смещения срединных структур головного мозга не выявлено, дополнительные сигналы в передних отделах больше справа, где М-ЭХО выводится с трудом, и немного справа в средне задних, слева – в задних. Третий желудочек 6-7 мм, пульсация немного усилена. В протоколе рентгеновского исследования № 3726-1 от 11.12.02г справа отмечается сгущение легочного рисунка, инфильтративных, очаговых теней не выявлено. Купол диафрагмы четкий. На фоне нарастающей дыхательной и сердечно-сосудистой недостаточности 14.01.03 в 22-45 констатирована смерть больного. ПОСМЕРТНЫЙ ДИАГНОЗ: открытая черепно-мозговая травма, ушиб головного мозга тяжелой степени, линейный перелом левой височной кости с переходом на основание черепа по средней черепной ямке, отоликворея слева, ушиб мягких тканей головы. Осложнения: двусторонняя абсцедирующая пневмония, инфекционно-токсический шок, отек – набухание головного мозга. Алкоголь – данных в истории болезни не обнаружено.НАРУЖНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ. Труп женщины, доставлен без одежды, среднего телосложения, удовлетворительного питания, длиной тела 175 см. Кожа бледно-серая, холодная на ощупь во всех отделах, в отлогих местах тела сливные, фиолетовые, не исчезающие и не меняющие цвет при надавливании трупные пятна. Трупное окоченение достаточно выражено во всех обычно исследуемых группах мышц. Склеры глаз мутные, тусклые, суховаты, кровоизлияний в соединительные оболочки глаз не отмечается, зрачки равновелики по 0,4 см диаметром. Голова правильной формы, кости черепа и лицевого скелета на ощупь целы. Грудная клетка цилиндрическая, эластичная, упругая, ребра на ощупь целы. Живот на одном уровне с грудной клеткой. Естественные отверстия тела и полости рта и носоглотки свободны, чистые. Слизистая оболочка губ синюшная, подсохшая. Анальное отверстие сомкнуто, кожа вокруг него слегка обпачкана каловыми массами. Половые органы развиты правильно по женскому типу. Кости конечностей целы.ПОВРЕЖДЕНИЯ. Каких-либо повреждений, кроме следов медицинских манипуляций, при наружном исследовании не обнаружено.ВНУТРЕННЕЕ ИССЛЕДОВАНИЕ. Полость черепа: кожно-мышечный лоскут головы гладкий, влажный, блестящий, без кровоизлияний и повреждений, височные мышцы синюшные, сочные, полнокровны. Кости свода и основания черепа целы. Твердая мозговая оболочка серо-перламутрового цвета, цела, блестящая, гладкая, влажная, просвет ее синусов выполнен жидкой темной кровью в большом количестве. В правой лобной доле по передней и базальной поверхностям, на участке диаметром 10 см, диффузные субарахноидальные кровоизлияния, распространяющиеся в вещество мозга, с образованием в нем внутримозговой гематомы диаметром 4 см, выполненной ржавой кровью как жидкой, так и ржавыми и темно-вишневыми свертками. Мягкие мозговые оболочки тонкие, прозрачные со студневидным отеком и полнокровными сосудами, по ходу которых определяются рассеянные точечные кровоизлияния в небольшом количестве в толще мозговых оболочек. Сосуды Вилизиева круга с тонкими стенками, пустым просветом. Борозды мозга с обычным рисунком, на миндаликах мозжечка определяется полоса вдавления от краев большого затылочного отверстия. Головной мозг эластичный, на разрезах с четкой границей серого и белого вещества и мраморным рисунком подкорковых ядер. Поверхности разрезов тускловаты, липнут к лезвию ножа. Желудочки мозга симметричны, растянуты прозрачной жидкостью, эпендима их бледно-серая, блестящая, влажная. В крыше 4-го желудочка пятнистые множественные кровоизлияния. Сосудистые сплетения обычного вида, полнокровны. В задней атланто-затылочной мембране ржаво-красные пятнистые кровоизлияния.ОРГАНЫ ГОЛОВЫ И ШЕИ. Язык синюшный, влажный, обложен серовато-желтым, не снимающимся налетом. Слизистые оболочки носоглотки синюшные, влажные, блестящие. Небные миндалины округлые, диаметром по 1,5 см, с бугристой поверхностью, без наложений, синюшные. В мягких тканях шеи повреждений и кровоизлияний не обнаружено. Вход и просвет гортани свободен, слизистая оболочка ее бледно-серая. Подъязычная кость и хрящи гортани целы, в мягких тканях ее повреждений не обнаружено. Просвет трахеи и главных бронхов свободен, хрящи трахеи целы. Щитовидная железа обычных размеров, с равновеликими долями, плотно-эластичная, темно-коричневая, на разрезе полнокровна, дольчатого строения. Просвет пищевода свободен, слизистая его бледно-серая, продольно складчатая.ГРУДНАЯ ПОЛОСТЬ. В плевральных полостях следы прозрачной жидкости. Легкие выполняют 2\3 полостей, с блестящей, гладкой и влажной плеврой. Под висцеральной плеврой, особенно, в прикорневых отделах легких и по базальным поверхностям, множественные точечные кровоизлияния. Легкие синюшные в передних и темно-синюшные в задних отделах, тестоватой консистенции, на разрезах темно-красные с обычным рисунком, полнокровны. Слизистые оболочки воздухопроводящих путей светло-розовые, набухшие. Бифуркационные лимфоузлы располагаются в виде пакетов диаметром от 1 до 2 см, эластичные, не спаянные между собой и с окружающими тканями, темно-синюшные, на разрезах сочные, с обычным рисунком. В полости перикарда следы прозрачной жидкости, листки его гладкие, влажные, блестящие. Под эпикардом единичные точечные рассеянные темно-красные кровоизлияния. Сердце дрябло-эластичное, 11х9х8 см, с избыточным отложением жира под эпикардом. В полостях сердца немного жидкой темной крови с мелкими единичными темно-вишневыми свертками. Миокард розовато-синюшный, эластичный, неравномерного кровенаполнения. Толщина стенки правого желудочка 0,3 см, левого 1,2 см. Клапаны и пристеночный эндокард тонкий, полупрозрачный, клапаны сформированы правильно. Аорта эластична, со следами жидкой крови в просвете и рассеянными липидными пятнами в интиме. Коронарные артерии с тонкими стенками, пустым просветом. БРЮШНАЯ ПОЛОСТЬ. Органы расположены анатомически правильно. В полости следы прозрачной жидкости соломенного цвета. Листки брюшины гладкие, влажные, блестящие. Желудок пустой, содержимое кишечника отделам соответствует, слизистые оболочки их бледно-серые. Мезентериальные лимфоузлы располагаются раздельно, диаметр их не более 1 см, эластичны. Печень 26х20х18х13 см, плотно-эластичная, желто-коричневая с поверхности и на разрезах, полнокровная, со смазанным рисунком долек. В желчном пузыре 15 мл жидкой темно-зеленой желчи, слизистая оболочка его темно-зеленая, бархатистая. Просвет внепеченочных желчевыводящих путей свободно проходим. Поджелудочная железа обычных размеров, плотно-эластичная, бледно-серая, на разрезах - дольчатого строения. Селезенка 6х5х4 см, синюшная, полнокровна, эластична, без соскоба. Надпочечники листовидной формы, обычных размеров, на разрезах граница слоев четкая. Почки равновелики, 11х6х5 см, дрябло-эластичные. Капсула сползает при надрезе, обнажая ровную поверхность. По краю разреза паренхима наползает на капсулу. На разрезах корковый слой - синюшный, с темно-красным крапом и подчеркнутым рисунком, мозговой слой также с подчеркнутым рисунком, граница слоев отчетливо выражена. Слизистые оболочки лоханок и чашечек бледно-синюшные, гладкие, блестящие, просвет последних свободен. Мочеточники проходимы на всем протяжении, с бледно-серой слизистой. Мочевой пузырь пуст, слизистая оболочка его складчатая, бледно-серая, уретра свободно проходима. Из трупа для судебно-гистологического исследования взяты кусочки внутренних органов на патоморфологические изменения.В качестве вещественного доказательства взята кровь на марле.  Вопросы: 1. Повреждения обнаруженные при исследовании?2. Степень тяжести вреда здоровью?3. Причина смерти?4. Механизм травмы?5. Состояние опьянения? | 1. При судебно-медицинском исследовании трупа обнаружены следующие телесные повреждения: а) закрытая черепно-мозговая травма – субарахноидальные и внутримозговые кровоизлияния в правой лобной доле головного мозга и в крышу 4-го желудочка; б) закрытая спинальная травма – кровоизлияния в связки атланто-затылочного сочленения в стадии рассасывания. 2. Обнаруженная ЧЕРЕПНО-МОЗГОВАЯ ТРАВМА причинила вред, опасный для жизни человека и согласно пункту 4.а Правил определения степени тяжести вреда, причиненного здоровью человека (Постановление Правительства РФ от 17 августа 2007 г. N 522) и пункта 6.1. приказа МЗиСР РФ 194н от 24.04.2008.г., квалифицируется, как обусловившая тяжкий вред здоровью. Черепно-мозговая травма имеет прямую причинную связь со смертью.3. Смерть наступила в результате сочетанной шейно-затылочной травмы с повреждениями головного и спинного мозга (см пункт 1), осложнившейся отеком и дислокацией головного мозга. Заключение подтверждается картиной, найденной на вскрытии, и данными медицинской документации.4. Вероятный механизм травмы – однократное травматическое ударное воздействие в затылочную область с действием травмирующей силы сзади наперед, что возможно при падении с высоты собственного роста навзничь.5. Данных в истории болезни о наличия алкоголя в крови пострадавшего не обнаружено.  | ТК ГИА | УК-1 ПК-2 ПК-3 ПК-5 ПК-7 ПК-8 ПК-9 ПК-10 |
| 26 | ОБСТОЯТЕЛЬСТВА ДЕЛА: в направлении на судебно-медицинское исследование не указаны Представлена история болезни на имя П., 64 лет, согласно которой она поступила с жалобами на кровотечение из уха и головную боль. Со слов врача скорой помощи во время судорог упала дома и ударилась головой. В запое несколько дней. Сама пострадавшая обстоятельств травмы не помнит. Общее состояние тяжелое. Определяется запах алкоголя изо рта. Дыхание спонтанное, проводится по всем полям, хрипов нет. ЧДД 19 в минуту, сердечные тоны ясные, ритмичные. ЧСС 100 в минуту АД 140/90 мм.рт.ст. Живот не вздут, симметричен, участвует в акте дыхания, мягкий, безболезненный. Сознание – глубокое оглушение, сопор. Дезориентирована в месте, времени, своей личности. Критика снижена. Зрачки равные, фотореакции живые. Движения глазных яблок ограничены в крайних отведениях. Левосторонний гемипарез. Сухожильные рефлексы больше справа, умерено оживлены. В позе Ромберга не устойчива. Ригидность мышц затылка до 2 мм, симптом Кернига 160 °. М-ЭХО: смещение справа налево на 2,5-3,0 мм, на фоне дополнительных сигналов. Локально: из левого уха отмечается кровотечение, симптом «двойного пятна» сомнителен. Диагноз: открытая черепно-мозговая травма? Ушиб головного мозга. Перелом основания черепа слева? 02.12.02г ЭХО-ЭС смещения срединных структур головного мозга не выявлено, дополнительные сигналы в передних отделах больше справа, где М-ЭХО выводится с трудом, и немного справа в средне задних, слева – в задних. Третий желудочек 6-7 мм, пульсация немного усилена. В протоколе рентгеновского исследования № 3726-1 от 11.12.02г справа отмечается сгущение легочного рисунка, инфильтративных, очаговых теней не выявлено. Купол диафрагмы четкий. На фоне нарастающей дыхательной и сердечно-сосудистой недостаточности 14.01.03 в 22-45 констатирована смерть больного. ПОСМЕРТНЫЙ ДИАГНОЗ: открытая черепно-мозговая травма, ушиб головного мозга тяжелой степени, линейный перелом левой височной кости с переходом на основание черепа по средней черепной ямке, отоликворея слева, ушиб мягких тканей головы. Осложнения: двусторонняя абсцедирующая пневмония, инфекционно-токсический шок, отек – набухание головного мозга. Алкоголь – данных в истории болезни не обнаружено.НАРУЖНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ. Труп женщины, доставлен без одежды, среднего телосложения, удовлетворительного питания, длиной тела 175 см. Кожа бледно-серая, холодная на ощупь во всех отделах, в отлогих местах тела сливные, фиолетовые, не исчезающие и не меняющие цвет при надавливании трупные пятна. Трупное окоченение достаточно выражено во всех обычно исследуемых группах мышц. Склеры глаз мутные, тусклые, суховаты, кровоизлияний в соединительные оболочки глаз не отмечается, зрачки равновелики по 0,4 см диаметром. Голова правильной формы, кости черепа и лицевого скелета на ощупь целы. Грудная клетка цилиндрическая, эластичная, упругая, ребра на ощупь целы. Живот на одном уровне с грудной клеткой. Естественные отверстия тела и полости рта и носоглотки свободны, чистые. Слизистая оболочка губ синюшная, подсохшая. Анальное отверстие сомкнуто, кожа вокруг него слегка обпачкана каловыми массами. Половые органы развиты правильно по женскому типу. Кости конечностей целы.ПОВРЕЖДЕНИЯ. Каких-либо повреждений, кроме следов медицинских манипуляций, при наружном исследовании не обнаружено.ВНУТРЕННЕЕ ИССЛЕДОВАНИЕ. Полость черепа: кожно-мышечный лоскут головы гладкий, влажный, блестящий, без кровоизлияний и повреждений, височные мышцы синюшные, сочные, полнокровны. Кости свода и основания черепа целы. Твердая мозговая оболочка серо-перламутрового цвета, цела, блестящая, гладкая, влажная, просвет ее синусов выполнен жидкой темной кровью в большом количестве. В правой лобной доле по передней и базальной поверхностям, на участке диаметром 10 см, диффузные субарахноидальные кровоизлияния, распространяющиеся в вещество мозга, с образованием в нем внутримозговой гематомы диаметром 4 см, выполненной ржавой кровью как жидкой, так и ржавыми и темно-вишневыми свертками. Мягкие мозговые оболочки тонкие, прозрачные со студневидным отеком и полнокровными сосудами, по ходу которых определяются рассеянные точечные кровоизлияния в небольшом количестве в толще мозговых оболочек. Сосуды Вилизиева круга с тонкими стенками, пустым просветом. Борозды мозга с обычным рисунком, на миндаликах мозжечка определяется полоса вдавления от краев большого затылочного отверстия. Головной мозг эластичный, на разрезах с четкой границей серого и белого вещества и мраморным рисунком подкорковых ядер. Поверхности разрезов тускловаты, липнут к лезвию ножа. Желудочки мозга симметричны, растянуты прозрачной жидкостью, эпендима их бледно-серая, блестящая, влажная. В крыше 4-го желудочка пятнистые множественные кровоизлияния. Сосудистые сплетения обычного вида, полнокровны. В задней атланто-затылочной мембране ржаво-красные пятнистые кровоизлияния.ОРГАНЫ ГОЛОВЫ И ШЕИ. Язык синюшный, влажный, обложен серовато-желтым, не снимающимся налетом. Слизистые оболочки носоглотки синюшные, влажные, блестящие. Небные миндалины округлые, диаметром по 1,5 см, с бугристой поверхностью, без наложений, синюшные. В мягких тканях шеи повреждений и кровоизлияний не обнаружено. Вход и просвет гортани свободен, слизистая оболочка ее бледно-серая. Подъязычная кость и хрящи гортани целы, в мягких тканях ее повреждений не обнаружено. Просвет трахеи и главных бронхов свободен, хрящи трахеи целы. Щитовидная железа обычных размеров, с равновеликими долями, плотно-эластичная, темно-коричневая, на разрезе полнокровна, дольчатого строения. Просвет пищевода свободен, слизистая его бледно-серая, продольно складчатая.ГРУДНАЯ ПОЛОСТЬ. В плевральных полостях следы прозрачной жидкости. Легкие выполняют 2\3 полостей, с блестящей, гладкой и влажной плеврой. Под висцеральной плеврой, особенно, в прикорневых отделах легких и по базальным поверхностям, множественные точечные кровоизлияния. Легкие синюшные в передних и темно-синюшные в задних отделах, тестоватой консистенции, на разрезах темно-красные с обычным рисунком, полнокровны. Слизистые оболочки воздухопроводящих путей светло-розовые, набухшие. Бифуркационные лимфоузлы располагаются в виде пакетов диаметром от 1 до 2 см, эластичные, не спаянные между собой и с окружающими тканями, темно-синюшные, на разрезах сочные, с обычным рисунком. В полости перикарда следы прозрачной жидкости, листки его гладкие, влажные, блестящие. Под эпикардом единичные точечные рассеянные темно-красные кровоизлияния. Сердце дрябло-эластичное, 11х9х8 см, с избыточным отложением жира под эпикардом. В полостях сердца немного жидкой темной крови с мелкими единичными темно-вишневыми свертками. Миокард розовато-синюшный, эластичный, неравномерного кровенаполнения. Толщина стенки правого желудочка 0,3 см, левого 1,2 см. Клапаны и пристеночный эндокард тонкий, полупрозрачный, клапаны сформированы правильно. Аорта эластична, со следами жидкой крови в просвете и рассеянными липидными пятнами в интиме. Коронарные артерии с тонкими стенками, пустым просветом. БРЮШНАЯ ПОЛОСТЬ. Органы расположены анатомически правильно. В полости следы прозрачной жидкости соломенного цвета. Листки брюшины гладкие, влажные, блестящие. Желудок пустой, содержимое кишечника отделам соответствует, слизистые оболочки их бледно-серые. Мезентериальные лимфоузлы располагаются раздельно, диаметр их не более 1 см, эластичны. Печень 26х20х18х13 см, плотно-эластичная, желто-коричневая с поверхности и на разрезах, полнокровная, со смазанным рисунком долек. В желчном пузыре 15 мл жидкой темно-зеленой желчи, слизистая оболочка его темно-зеленая, бархатистая. Просвет внепеченочных желчевыводящих путей свободно проходим. Поджелудочная железа обычных размеров, плотно-эластичная, бледно-серая, на разрезах - дольчатого строения. Селезенка 6х5х4 см, синюшная, полнокровна, эластична, без соскоба. Надпочечники листовидной формы, обычных размеров, на разрезах граница слоев четкая. Почки равновелики, 11х6х5 см, дрябло-эластичные. Капсула сползает при надрезе, обнажая ровную поверхность. По краю разреза паренхима наползает на капсулу. На разрезах корковый слой - синюшный, с темно-красным крапом и подчеркнутым рисунком, мозговой слой также с подчеркнутым рисунком, граница слоев отчетливо выражена. Слизистые оболочки лоханок и чашечек бледно-синюшные, гладкие, блестящие, просвет последних свободен. Мочеточники проходимы на всем протяжении, с бледно-серой слизистой. Мочевой пузырь пуст, слизистая оболочка его складчатая, бледно-серая, уретра свободно проходима. Из трупа для судебно-гистологического исследования взяты кусочки внутренних органов на патоморфологические изменения.В качестве вещественного доказательства взята кровь на марле.  Вопросы: 1.Повреждения обнаруженные при исследовании?2.Степень тяжести вреда здоровью?3.Причина смерти?4.Механизм травмы?5.Состояние опьянения? | 1.При судебно-медицинском исследовании трупа обнаружены следующие телесные повреждения: а) закрытая черепно-мозговая травма – субарахноидальные и внутримозговые кровоизлияния в правой лобной доле головного мозга и в крышу 4-го желудочка; б) закрытая спинальная травма – кровоизлияния в связки атланто-затылочного сочленения в стадии рассасывания. 2.Обнаруженная ЧЕРЕПНО-МОЗГОВАЯ ТРАВМА причинила вред, опасный для жизни человека и согласно пункту 4.а Правил определения степени тяжести вреда, причиненного здоровью человека (Постановление Правительства РФ от 17 августа 2007 г. N 522) и пункта 6.1. приказа МЗиСР РФ 194н от 24.04.2008.г., квалифицируется, как обусловившая тяжкий вред здоровью. Черепно-мозговая травма имеет прямую причинную связь со смертью.3.Смерть наступила в результате сочетанной шейно-затылочной травмы с повреждениями головного и спинного мозга (см пункт 1), осложнившейся отеком и дислокацией головного мозга. Заключение подтверждается картиной, найденной на вскрытии, и данными медицинской документации.4.Вероятный механизм травмы – однократное травматическое ударное воздействие в затылочную область с действием травмирующей силы сзади наперед, что возможно при падении с высоты собственного роста навзничь.5.Данных в истории болезни о наличия алкоголя в крови пострадавшего не обнаружено.  | ТК ГИА | УК-1 ПК-1 ПК-2 ПК-3 ПК-5 ПК-7 ПК-8 ПК-9 ПК-10 |
| 27 | ОБСТОЯТЕЛЬСТВА ДЕЛА. В постановлении о назначении судебно-медицинской экспертизы трупа указано: «19.12.2001 г. около 18 часов 15 минут Водитель Ю., управляя а/м ГАЗ-53, двигался по ул. К . В районе дома № 00 он совершил наезд на пешехода гр. И , 1919 г.р. В результате ДТП пешеход И. получила телесные повреждения, от которых 4.01.2002 г. скончалась в ГБСМП». Представлена история болезни, заполненная на гр. И., 1919 г.р., которая 19.12.01 г. в 17.55 доставлена бригадой скорой помощи во второе нейрохирургическое отделение ГБСМП с нарушением сознания и осмотрена нейрохирургом , хирургом и травматологом. Со слов врача скорой помощи, 19.12.01 г. около 17.00 была сбита грузовым автомобилем на перекрестке ул. Киренского - Ковалевской. Из анамнеза: 3 инсульта с периода 1997 года. При поступлении общее состояние больной крайне тяжелое. Нормостенического телосложения. Кожные покровы обычной окраски, сухие, теплые. Дыхание жесткое, поводится по всем полям, хрипов нет. АД 150/90 мм.рт.ст. Пульс 92/мин. Сердечные тоны приглушены, ритмичные. Живот участвует в акте дыхания, при пальпации мягкий, не вздут, податливый. Симптомов раздражения брюшины нет. Печень по краю реберной дуги. Селезенка не пальпируется. Симптом 12 ребра отрицательный с обеих сторон. Сознание нарушено по типу оглушение 2-3. Простейшие инструкции выполняет, речь невнятная. Зрачки равны, средние, фотореакция сохранена. Лицо симметрично. Мышечный тонус справа снижен. Рефлексы с рук больше справа. Ригидности мышц затылка нет. Умеренный отек тазобедренного сустава справа, при движении болезненность. Симптом «прилипшей пятки» справа. На рентгенограммах черепа, таза, верхней трети правого бедра № 20717: краевой перелом лонной кости справа на уровне лонного сочленения, перелом тела седалищной кости справа; линейный перелом височной кости справа с переходом на основание черепа; травматических повреждений верхней трети правого бедра не выявлено. Диагноз: Сочетанная травма. Закрытая черепно-мозговая травма. Ушиб головного мозга. Перелом костей таза справа. Перелом височной кости справа. Операция – лапароцентез – патологического отделяемого не получено. Послеоперационный диагноз: Закрытая травма живота? Оператор Кантемиров. Осмотрена окулистом – артифалия, ангиоспазм сетчатки обоих глаз. На ЭХО-ЭС от 20.12.01 г. – смещения М-ЭХО не выявлено. Произведена пункция и катетеризация правой подключичной вены. На Ф-бронхоскопии от 4.01.02 г. - аспирационный синдром. Диффузный двусторонний атрофический эндобронхит. Проводилась дегидратационная, антибактериальная, инфузионная, сосудистая терапия. Состояние больной несколько улучшилось. Однако, отмечается субкомпенсация полиорганной недостаточности, рост показателей мочевины, биллирубина, сохраняющаяся мерцательная аритмия, тахисистолическая форма. Несмотря на проводимую интенсивную терапию, 4.01.02 г. в 19.30 у больной наступила остановка дыхания и сердечной деятельности, констатирована смерть. ПОСМЕРТНЫЙ ДИАГНОЗ. Сочетанная травма тяжелой степени. Закрытая черепно-мозговая травма. Ушиб головного мозга тяжелой степени. Линейный перелом правой височной кости. Перелом правой седалищной кости. Краевой перелом правой лонной кости. Ушибы мягких тканей головы, конечностей, туловища. Осложнения: двусторонняя гипостатическая пневмония; хроническая почечная недостаточность, уремия; геморрагический цистит. Сопутствующий диагноз: ИБС, стенокардия 2 т., пароксизм мерцательной аритмии от 19.12.01 г.; сердечная недостаточность 2 А; гипертоническая болезнь 2 ст. Операция от 19.12.01 г. - лапароцентез. Алкоголь – анализов нет. НАРУЖНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ. Труп женщины, доставлен без одежды, среднего телосложения, удовлетворительного питания, длиной тела 162 см. Кожа бледно-серая, холодная на ощупь во всех отделах, в отлогих местах тела сливные, фиолетовые, не исчезающие и не меняющие цвет при надавливании трупные пятна. Трупное окоченение достаточно выражено во всех обычно исследуемых группах мышц. Склеры глаз мутные, тусклые, суховаты, кровоизлияний в соединительные оболочки глаз не отмечается, зрачки равновелики по 0,4 см диаметром. Голова правильной формы, кости черепа и лицевого скелета на ощупь целы. Грудная клетка цилиндрическая, эластичная, упругая, ребра на ощупь целы. Живот на одном уровне с грудной клеткой. Слизистая оболочка губ синюшная, подсохшая. Анальное отверстие сомкнуто, кожа вокруг него слегка обпачкана каловыми массами. Половые органы развиты правильно по женскому типу. ПОВРЕЖДЕНИЯ. Справа по наружной поверхности верхней трети бедра с переходом на заднюю в 60 см от уровня стоп на участке 25х18 см, вертикально ориентированные, округлые, зеленовато-синюшные кровоподтеки, от 3 до 5 см диаметром. Других повреждений, кроме следов медицинских манипуляций, при наружном исследовании не обнаружено.При послойных разрезах: ржаво-красное кровоизлияние по наружной поверхности с переходом на заднюю по всей поверхности правого бедра в мышцах, начинаясь в 43 см от уровня стоп до коленного сустава и, распространяется на подвздошную область передней брюшной стенки. При ревизии костей таза: Справа поперечный перелом подвздошной кости в подвздошно-крестцовом сочленении. Полный поперечный перелом справа верхнего полукольца лонной кости. Сплошные кровоизлияния в мышцы малого таза справа и стенку мочевого пузыря, которая утолщена, с отеком и наложениями фибрина со стороны слизистой. ВНУТРЕННЕЕ ИССЛЕДОВАНИЕ: Полость черепа. В кожно-мышечном лоскуте головы в центре в проекции пересечения стреловидного и венечного швов ржаво-красное кровоизлияние диаметром 7 см. Кости свода и основания черепа целы. Твердая мозговая оболочка серо-перламутрового цвета, цела, блестящая, гладкая, влажная, просвет ее синусов выполнен жидкой темной кровью с темно-вишневыми свертками. Субдурально: по всем отделам мозга ржаво-красные пластинчатые кровоизлияния. Субарахноидально: кровоизлияния - справа диаметром 4 см в проекции средней височной извилины, на базальной поверхности лобной доли диаметром 4 см, на базальной поверхности правой височной доли диаметром 6 см. В правой височной доле некроз вещества мозга на участке диаметром 8 см, с образованием внутримозговой гематомы, распространяющийся на 3 желудочек через боковую стенку, граничащий с мягкой мозговой оболочкой. В зонах субарахноидальных кровоизлияний справа пятнистые кровоизлияния в вещество мозга на глубину коры. Сосуды Вилизиева круга с тонкими стенками, пустым просветом. Борозды мозга сглажены, извилины уплощены, на миндаликах мозжечка полоса вдавления от краев большого затылочного отверстия шириной 1 см. Головной мозг эластичный, на разрезах с четкой границей серого и белого вещества и мраморным рисунком подкорковых ядер. Поверхности разрезов тускловаты, липнут к лезвию ножа. Желудочки мозга симметричны, обычного объема, эпендима их бледно-серая, блестящая, влажная, в полостях желудочков следы прозрачной соломенного цвета жидкости. Сосудистые сплетения обычного вида, полнокровны. При ревизии шеи – слабо выраженные мелкопятнистые кровоизлияния только в задней атланто-затылочной мембране. Спинной и продолговатый мозг – обычного вида. ОРГАНЫ ГОЛОВЫ И ШЕИ. Язык синюшный, влажный, обложен серовато-желтым, не снимающимся налетом. Слизистые оболочки носоглотки синюшные, влажные, блестящие. Небные миндалины округлые, диаметром по 1,5 см, с бугристой поверхностью, без наложений, синюшные. В мягких тканях шеи повреждений и кровоизлияний не обнаружено. Вход и просвет гортани свободен, слизистая оболочка ее бледно-серая. Подъязычная кость и хрящи гортани целы, в мягких тканях ее повреждений не обнаружено. Просвет трахеи и главных бронхов свободен, хрящи трахеи целы. Щитовидная железа обычных размеров, с равновеликими долями, плотно-эластичная, темно-коричневая, на разрезе полнокровна, дольчатого строения. Просвет пищевода свободен, слизистая его бледно-серая – продольно-складчатая.ГРУДНАЯ ПОЛОСТЬ. В плевральных полостях следы прозрачной жидкости. Легкие выполняют 2\3 полостей, с блестящей, гладкой и влажной плеврой. Под висцеральной плеврой, особенно, в прикорневых отделах легких и по базальным поверхностям, множественные точечные кровоизлияния. Легкие синюшные в передних и темно-синюшные в задних отделах. При ощупывании легкие тестоватой консистенции. На разрезах легкие темно-красные с обычным рисунком. С поверхности разреза из сосудов стекает темная жидкая кровь в повышенном количестве, с разреза легочной ткани – пенистая желто-красная, прозрачная жидкость в повышенном количестве. Просвет воздухо-проводящих путей свободен. Слизистые оболочки воздухо-проводящих путей светло-розовые, набухшие. Бифуркационные лимфоузлы располагаются в виде пакетов диаметром от 1 до 2 см, эластичные, не спаянные между собой и с окружающими тканями, темно-синюшные, на разрезах сочные, с обычным рисунком. В полости перикарда следы прозрачной жидкости, листки его гладкие, влажные, блестящие. Под эпикардом единичные точечные рассеянные темно-красные кровоизлияния. Сердце дрябло-эластичное, 11х9х8 см, с избыточным отложением жира под эпикардом. В полостях сердца немного жидкой темной крови с мелкими единичными темно-вишневыми свертками. Миокард розовато-синюшный, эластичный, неравномерного кровенаполнения. Толщина стенки правого желудочка 0,3 см, левого 1,2 см. Клапаны и пристеночный эндокард тонкий, полупрозрачный, клапаны сформированы правильно, под эндокардом левого желудочка сердца рассеянные мелкопятнистые кровоизлияния в небольшом количестве. Аорта эластична, со следами жидкой крови в просвете и рассеянными липидными пятнами в интиме. Коронарные артерии с тонкими стенками, пустым просветом. БРЮШНАЯ ПОЛОСТЬ. Органы расположены анатомически правильно. В полости следы прозрачной жидкости соломенного цвета. Листки брюшины гладкие, влажные, блестящие. В просвете желудка и кишечника содержимое соответствует отделам, слизистые оболочки их бледно-серые. Мезентериальные лимфоузлы располагаются раздельно, диаметр их не более 1 см, эластичны. Печень 26х20х18х13 см, эластичная, желто-коричневая с поверхности и на разрезах, полнокровная, со смазанным рисунком долек. В желчном пузыре 15 мл жидкой темно-зеленой желчи, слизистая оболочка его темно-зеленая, бархатистая. Просвет внепеченочных желчевыводящих путей свободно проходим. Поджелудочная железа обычных размеров, плотно-эластичная, бледно-серая, на разрезах - дольчатого строения. Надпочечники листовидной формы, обычных размеров, на разрезах граница слоев отчетливо выражена. Почки равновелики, 11х6х5 см, дрябло-эластичные. Капсула сползает при надрезе, обнажая ровную поверхность. По краю разреза паренхима наползает на капсулу. На разрезах корковый слой - синюшный, с темно-красным крапом и подчеркнутым рисунком, мозговой слой также с подчеркнутым рисунком, граница слоев отчетливо выражена. Слизистые оболочки лоханок и чашечек бледно-синюшные, гладкие, блестящие, просвет последних свободен. Мочеточники проходимы на всем протяжении, с бледно-серой слизистой. Мочевой пузырь пуст, слизистая оболочка его складчатая, бледно-серая, уретра свободно проходима. 1. Из трупа для судебно-гистологического исследования взяты кусочки внутренних органов на патоморфологические изменения. Вопросы:1. Основной диагноз? Осложнения?
2. Степень тяжесть полученных телесных повреждений гр.И.?
3. Локализация телесных повреждений, направление удара?
4. Причина смерти, причинная связь телесных повреждений, полученных в ДТП, и смерти?

5. Состояние алкогольного опьянения? | Сочетанная травма тела: а) закрытая черепно-мозговая травма – рассеянные субдуральные кровоизлияния, субарахноидальные и внутримозговые кровоизлияния в правых лобной и височной долях головного мозга; б) закрытая спинальная травма – мелкопятнистые кровоизлияния в задней атланто-затылочной мембране; в) Прелом подвздошной кости справа в подвздошно-крестцовом сочленении, перелом верхнего полукольца лонной кости справа, кровоизлияния в мягкие ткани малого таза и в стенку мочевого пузыря; г) кровоподтеки и кровоизлияния в мягкие ткани правой нижней конечности. Осложнения: отек и набухание головного мозга с дислокацией; отек легких, полнокровие внутренних органов.1. При судебно-медицинской экспертизе трупа обнаружены телесные повреждения в виде: а) закрытая черепно-мозговая травма – рассеянные субдуральные кровоизлияния, субарахноидальные и внутримозговые кровоизлияния в правых лобной и височной долях головного мозга; б) закрытая спинальная травма – мелкопятнистые кровоизлияния в задней атланто-затылочной мембране; в) Перелом подвздошной кости справа в подвздошно-крестцовом сочленении, перелом верхнего полукольца лонной кости справа, кровоизлияния в мягкие ткани малого таза и в стенку мочевого пузыря; г) кровоподтеки и кровоизлияния в мягкие ткани правой нижней конечности. Повреждения квалифицируются в совокупности, являются опасными для жизни в момент причинения, обусловили тяжкий вред здоровью и имеют прямую причинную связь со смертью.
2. Смерть наступила в результате сочетанной травмы тела, сопровождавшейся закрытой черепно-мозговой травмой с ушибом головного мозга, осложнившейся отеком и набуханием головного мозга с дислокацией. Вывод подтверждается картиной, найденной на вскрытии, и данными медицинской документации.
3. Локализация и механизм образования телесных повреждений позволяет предположить, что они могли быть получены в результате ДТП, при условии, что пострадавшая являлась пешеходом с первичным ударом выступающими частями транспортного средства справа налево по наружной поверхности правого бедра.
4. Данных за алкогольное опьянение пострадавшей при поступлении в стационар в истории болезни не обнаружено.
 | ТК ГИА | УК-1  УК-2  ПК-5  ПК-10  |
| 28 | ОБСТОЯТЕЛЬСТВА ДЕЛА. В постановлении о назначении судебно-медицинской экспертизы трупа указано: «19.12.2001 г. около 18 часов 15 минут Водитель Ю., управляя а/м ГАЗ-53, двигался по ул. К . В районе дома № 00 он совершил наезд на пешехода гр. И , 1919 г.р. В результате ДТП пешеход И. получила телесные повреждения, от которых 4.01.2002 г. скончалась в ГБСМП». Представлена история болезни, заполненная на гр. И., 1919 г.р., которая 19.12.01 г. в 17.55 доставлена бригадой скорой помощи во второе нейрохирургическое отделение ГБСМП с нарушением сознания и осмотрена нейрохирургом , хирургом и травматологом. Со слов врача скорой помощи, 19.12.01 г. около 17.00 была сбита грузовым автомобилем на перекрестке ул. Киренского - Ковалевской. Из анамнеза: 3 инсульта с периода 1997 года. При поступлении общее состояние больной крайне тяжелое. Нормостенического телосложения. Кожные покровы обычной окраски, сухие, теплые. Дыхание жесткое, поводится по всем полям, хрипов нет. АД 150/90 мм.рт.ст. Пульс 92/мин. Сердечные тоны приглушены, ритмичные. Живот участвует в акте дыхания, при пальпации мягкий, не вздут, податливый. Симптомов раздражения брюшины нет. Печень по краю реберной дуги. Селезенка не пальпируется. Симптом 12 ребра отрицательный с обеих сторон. Сознание нарушено по типу оглушение 2-3. Простейшие инструкции выполняет, речь невнятная. Зрачки равны, средние, фотореакция сохранена. Лицо симметрично. Мышечный тонус справа снижен. Рефлексы с рук больше справа. Ригидности мышц затылка нет. Умеренный отек тазобедренного сустава справа, при движении болезненность. Симптом «прилипшей пятки» справа. На рентгенограммах черепа, таза, верхней трети правого бедра № 20717: краевой перелом лонной кости справа на уровне лонного сочленения, перелом тела седалищной кости справа; линейный перелом височной кости справа с переходом на основание черепа; травматических повреждений верхней трети правого бедра не выявлено. Диагноз: Сочетанная травма. Закрытая черепно-мозговая травма. Ушиб головного мозга. Перелом костей таза справа. Перелом височной кости справа. Операция – лапароцентез – патологического отделяемого не получено. Послеоперационный диагноз: Закрытая травма живота? Оператор Кантемиров. Осмотрена окулистом – артифалия, ангиоспазм сетчатки обоих глаз. На ЭХО-ЭС от 20.12.01 г. – смещения М-ЭХО не выявлено. Произведена пункция и катетеризация правой подключичной вены. На Ф-бронхоскопии от 4.01.02 г. - аспирационный синдром. Диффузный двусторонний атрофический эндобронхит. Проводилась дегидратационная, антибактериальная, инфузионная, сосудистая терапия. Состояние больной несколько улучшилось. Однако, отмечается субкомпенсация полиорганной недостаточности, рост показателей мочевины, биллирубина, сохраняющаяся мерцательная аритмия, тахисистолическая форма. Несмотря на проводимую интенсивную терапию, 4.01.02 г. в 19.30 у больной наступила остановка дыхания и сердечной деятельности, констатирована смерть. ПОСМЕРТНЫЙ ДИАГНОЗ. Сочетанная травма тяжелой степени. Закрытая черепно-мозговая травма. Ушиб головного мозга тяжелой степени. Линейный перелом правой височной кости. Перелом правой седалищной кости. Краевой перелом правой лонной кости. Ушибы мягких тканей головы, конечностей, туловища. Осложнения: двусторонняя гипостатическая пневмония; хроническая почечная недостаточность, уремия; геморрагический цистит. Сопутствующий диагноз: ИБС, стенокардия 2 т., пароксизм мерцательной аритмии от 19.12.01 г.; сердечная недостаточность 2 А; гипертоническая болезнь 2 ст. Операция от 19.12.01 г. - лапароцентез. Алкоголь – анализов нет. НАРУЖНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ. Труп женщины, доставлен без одежды, среднего телосложения, удовлетворительного питания, длиной тела 162 см. Кожа бледно-серая, холодная на ощупь во всех отделах, в отлогих местах тела сливные, фиолетовые, не исчезающие и не меняющие цвет при надавливании трупные пятна. Трупное окоченение достаточно выражено во всех обычно исследуемых группах мышц. Склеры глаз мутные, тусклые, суховаты, кровоизлияний в соединительные оболочки глаз не отмечается, зрачки равновелики по 0,4 см диаметром. Голова правильной формы, кости черепа и лицевого скелета на ощупь целы. Грудная клетка цилиндрическая, эластичная, упругая, ребра на ощупь целы. Живот на одном уровне с грудной клеткой. Слизистая оболочка губ синюшная, подсохшая. Анальное отверстие сомкнуто, кожа вокруг него слегка обпачкана каловыми массами. Половые органы развиты правильно по женскому типу. ПОВРЕЖДЕНИЯ. Справа по наружной поверхности верхней трети бедра с переходом на заднюю в 60 см от уровня стоп на участке 25х18 см, вертикально ориентированные, округлые, зеленовато-синюшные кровоподтеки, от 3 до 5 см диаметром. Других повреждений, кроме следов медицинских манипуляций, при наружном исследовании не обнаружено.При послойных разрезах: ржаво-красное кровоизлияние по наружной поверхности с переходом на заднюю по всей поверхности правого бедра в мышцах, начинаясь в 43 см от уровня стоп до коленного сустава и, распространяется на подвздошную область передней брюшной стенки. При ревизии костей таза: Справа поперечный перелом подвздошной кости в подвздошно-крестцовом сочленении. Полный поперечный перелом справа верхнего полукольца лонной кости. Сплошные кровоизлияния в мышцы малого таза справа и стенку мочевого пузыря, которая утолщена, с отеком и наложениями фибрина со стороны слизистой. ВНУТРЕННЕЕ ИССЛЕДОВАНИЕ: Полость черепа. В кожно-мышечном лоскуте головы в центре в проекции пересечения стреловидного и венечного швов ржаво-красное кровоизлияние диаметром 7 см. Кости свода и основания черепа целы. Твердая мозговая оболочка серо-перламутрового цвета, цела, блестящая, гладкая, влажная, просвет ее синусов выполнен жидкой темной кровью с темно-вишневыми свертками. Субдурально: по всем отделам мозга ржаво-красные пластинчатые кровоизлияния. Субарахноидально: кровоизлияния - справа диаметром 4 см в проекции средней височной извилины, на базальной поверхности лобной доли диаметром 4 см, на базальной поверхности правой височной доли диаметром 6 см. В правой височной доле некроз вещества мозга на участке диаметром 8 см, с образованием внутримозговой гематомы, распространяющийся на 3 желудочек через боковую стенку, граничащий с мягкой мозговой оболочкой. В зонах субарахноидальных кровоизлияний справа пятнистые кровоизлияния в вещество мозга на глубину коры. Сосуды Вилизиева круга с тонкими стенками, пустым просветом. Борозды мозга сглажены, извилины уплощены, на миндаликах мозжечка полоса вдавления от краев большого затылочного отверстия шириной 1 см. Головной мозг эластичный, на разрезах с четкой границей серого и белого вещества и мраморным рисунком подкорковых ядер. Поверхности разрезов тускловаты, липнут к лезвию ножа. Желудочки мозга симметричны, обычного объема, эпендима их бледно-серая, блестящая, влажная, в полостях желудочков следы прозрачной соломенного цвета жидкости. Сосудистые сплетения обычного вида, полнокровны. При ревизии шеи – слабо выраженные мелкопятнистые кровоизлияния только в задней атланто-затылочной мембране. Спинной и продолговатый мозг – обычного вида. ОРГАНЫ ГОЛОВЫ И ШЕИ. Язык синюшный, влажный, обложен серовато-желтым, не снимающимся налетом. Слизистые оболочки носоглотки синюшные, влажные, блестящие. Небные миндалины округлые, диаметром по 1,5 см, с бугристой поверхностью, без наложений, синюшные. В мягких тканях шеи повреждений и кровоизлияний не обнаружено. Вход и просвет гортани свободен, слизистая оболочка ее бледно-серая. Подъязычная кость и хрящи гортани целы, в мягких тканях ее повреждений не обнаружено. Просвет трахеи и главных бронхов свободен, хрящи трахеи целы. Щитовидная железа обычных размеров, с равновеликими долями, плотно-эластичная, темно-коричневая, на разрезе полнокровна, дольчатого строения. Просвет пищевода свободен, слизистая его бледно-серая – продольно-складчатая.ГРУДНАЯ ПОЛОСТЬ. В плевральных полостях следы прозрачной жидкости. Легкие выполняют 2\3 полостей, с блестящей, гладкой и влажной плеврой. Под висцеральной плеврой, особенно, в прикорневых отделах легких и по базальным поверхностям, множественные точечные кровоизлияния. Легкие синюшные в передних и темно-синюшные в задних отделах. При ощупывании легкие тестоватой консистенции. На разрезах легкие темно-красные с обычным рисунком. С поверхности разреза из сосудов стекает темная жидкая кровь в повышенном количестве, с разреза легочной ткани – пенистая желто-красная, прозрачная жидкость в повышенном количестве. Просвет воздухо-проводящих путей свободен. Слизистые оболочки воздухо-проводящих путей светло-розовые, набухшие. Бифуркационные лимфоузлы располагаются в виде пакетов диаметром от 1 до 2 см, эластичные, не спаянные между собой и с окружающими тканями, темно-синюшные, на разрезах сочные, с обычным рисунком. В полости перикарда следы прозрачной жидкости, листки его гладкие, влажные, блестящие. Под эпикардом единичные точечные рассеянные темно-красные кровоизлияния. Сердце дрябло-эластичное, 11х9х8 см, с избыточным отложением жира под эпикардом. В полостях сердца немного жидкой темной крови с мелкими единичными темно-вишневыми свертками. Миокард розовато-синюшный, эластичный, неравномерного кровенаполнения. Толщина стенки правого желудочка 0,3 см, левого 1,2 см. Клапаны и пристеночный эндокард тонкий, полупрозрачный, клапаны сформированы правильно, под эндокардом левого желудочка сердца рассеянные мелкопятнистые кровоизлияния в небольшом количестве. Аорта эластична, со следами жидкой крови в просвете и рассеянными липидными пятнами в интиме. Коронарные артерии с тонкими стенками, пустым просветом. БРЮШНАЯ ПОЛОСТЬ. Органы расположены анатомически правильно. В полости следы прозрачной жидкости соломенного цвета. Листки брюшины гладкие, влажные, блестящие. В просвете желудка и кишечника содержимое соответствует отделам, слизистые оболочки их бледно-серые. Мезентериальные лимфоузлы располагаются раздельно, диаметр их не более 1 см, эластичны. Печень 26х20х18х13 см, эластичная, желто-коричневая с поверхности и на разрезах, полнокровная, со смазанным рисунком долек. В желчном пузыре 15 мл жидкой темно-зеленой желчи, слизистая оболочка его темно-зеленая, бархатистая. Просвет внепеченочных желчевыводящих путей свободно проходим. Поджелудочная железа обычных размеров, плотно-эластичная, бледно-серая, на разрезах - дольчатого строения. Надпочечники листовидной формы, обычных размеров, на разрезах граница слоев отчетливо выражена. Почки равновелики, 11х6х5 см, дрябло-эластичные. Капсула сползает при надрезе, обнажая ровную поверхность. По краю разреза паренхима наползает на капсулу. На разрезах корковый слой - синюшный, с темно-красным крапом и подчеркнутым рисунком, мозговой слой также с подчеркнутым рисунком, граница слоев отчетливо выражена. Слизистые оболочки лоханок и чашечек бледно-синюшные, гладкие, блестящие, просвет последних свободен. Мочеточники проходимы на всем протяжении, с бледно-серой слизистой. Мочевой пузырь пуст, слизистая оболочка его складчатая, бледно-серая, уретра свободно проходима.  Из трупа для судебно-гистологического исследования взяты кусочки внутренних органов на патоморфологические изменения. Вопросы:1.Основной диагноз? Осложнения?2.Степень тяжесть полученных телесных повреждений гр.И.?3.Локализация телесных повреждений, направление удара?4.Причина смерти, причинная связь телесных повреждений, полученных в ДТП, и смерти?5. Состояние алкогольного опьянения? | 1. Сочетанная травма тела: а) закрытая черепно-мозговая травма – рассеянные субдуральные кровоизлияния, субарахноидальные и внутримозговые кровоизлияния в правых лобной и височной долях головного мозга; б) закрытая спинальная травма – мелкопятнистые кровоизлияния в задней атланто-затылочной мембране; в) Прелом подвздошной кости справа в подвздошно-крестцовом сочленении, перелом верхнего полукольца лонной кости справа, кровоизлияния в мягкие ткани малого таза и в стенку мочевого пузыря; г) кровоподтеки и кровоизлияния в мягкие ткани правой нижней конечности. Осложнения: отек и набухание головного мозга с дислокацией; отек легких, полнокровие внутренних органов.2.При судебно-медицинской экспертизе трупа обнаружены телесные повреждения в виде: а) закрытая черепно-мозговая травма – рассеянные субдуральные кровоизлияния, субарахноидальные и внутримозговые кровоизлияния в правых лобной и височной долях головного мозга; б) закрытая спинальная травма – мелкопятнистые кровоизлияния в задней атланто-затылочной мембране; в) Перелом подвздошной кости справа в подвздошно-крестцовом сочленении, перелом верхнего полукольца лонной кости справа, кровоизлияния в мягкие ткани малого таза и в стенку мочевого пузыря; г) кровоподтеки и кровоизлияния в мягкие ткани правой нижней конечности. Повреждения квалифицируются в совокупности, являются опасными для жизни в момент причинения, обусловили тяжкий вред здоровью и имеют прямую причинную связь со смертью.3.Смерть наступила в результате сочетанной травмы тела, сопровождавшейся закрытой черепно-мозговой травмой с ушибом головного мозга, осложнившейся отеком и набуханием головного мозга с дислокацией. Вывод подтверждается картиной, найденной на вскрытии, и данными медицинской документации.4.Локализация и механизм образования телесных повреждений позволяет предположить, что они могли быть получены в результате ДТП, при условии, что пострадавшая являлась пешеходом с первичным ударом выступающими частями транспортного средства справа налево по наружной поверхности правого бедра. 5.Данных за алкогольное опьянение пострадавшей при поступлении в стационар в истории болезни не обнаружено. | ТК ГИА | УК-1 УК-2 ПК-5 ПК-10 |
| 29 | ОБСТОЯТЕЛЬСТВА ДЕЛА. В постановлении о назначении судебно-медицинской экспертизы указано, что «04.12.2007 г. В 02 час. водитель А., управляя а/м «Хонда Партнер», двигалась по ул. Мира, со стороны ул. Ленина, в сторону ул. Сурикова г. К…... В 300 м. от д. 1 по ул. Диксона, допустила наезд на препятствие, в результате чего, пассажир Н., 1970 г.р. получил телесные повреждения, от которых 13.12.2007 г. в 13 час. 45 мин. скончался в отделении реанимации ГБ №0».Представлено объяснение А., 1976 г.р. от 14.12.07г. «04.12.2007г. в ночное время я находилась вместе со своим знакомым Н., он управлял личным а/м Хонда. … Там А. употреблял спиртные напитки, … Н. сел на переднее пассажирское сиденье рядом со мной. Был ли он пристегнут ремнем безопасности, я не помню, скорее всего нет, я также не была пристегнута. Когда мы выехали на ул. Игарская, я двигалась со скоростью около 40 км/ч ближе к правой крайней полосе движения. Когда мы спускались в районе изгиба по ул. Игарская, в районе д. 1 по ул. Диксона, Нилов неожиданно вспомнил, что оставил свои документы в гостях, откуда мы недавно уехали. В этот момент он резко дернул руль в свою сторону. А/м резко повело в левую сторону, я потеряла управление, после чего а/м стало крутить по дороге, в результате а/м правым боком ударился об бетонное ограждение. Сработали подушки безопасности, возможно в этот момент я потеряла сознание … Машина при этом стояла возле столба уличного освещения, передняя ее часть была разбита об этот столб. …».Представлен акт судебно-медицинского исследования от 16.01.08г. Представлена медицинская карта стационарного больного из ГКБ № 6 на имя Н., 1970 г.р., который 4.12.07 в 3-00 бригадой скорой помощи был доставлен в НХО-1 с нарушением сознания. При поступлении состояние больного крайне тяжелое. Кожные покровы бледные, прохладные на ощупь. Дыхание спонтанное, выслушиваются крупнопузырчатые хрипы. ЧДД 20 в минуту. Пульс 70 в минуту. АД 140/100 мм.рт.ст. Живот умеренно напряжен, участвует в акте дыхания. Печень по краю реберной дуги. Селезенка не пальпируется. Сознание нарушено по типу кома 2. Зрачки равны, средней величины, Фотореакции нет. Сухожильные рефлексы коленные не вызываются. Мышечный тонус понижен. Ригидность мышц затылка до 2 п.п. симптом Кернига 160°. Патологические стопные знаки не вызываются. В области подбородка имеется рвано-ушибленная рана длиной до 2,5 см, умеренно кровоточит. Данных за отоназоликворрею нет. При рентгенологическом исследовании № 25577 от 04.12.07г. травматических изменений шейного отдела позвоночника, таза, левой стопы, свода черепа не выявлено. больной осмотрен хирургом. Операции: 1) 04.12.07г. Лапароцентез. Патологического отделяемого не получено. Осмотрен стоматологом, произведена операция ПХО раны подбородка. Больной осмотрен реаниматологом и транспортирован в отделение реанимации. При ЭХО-ЭС от 4.12.07г. отмечается смещение м-эхо справа налево в средне-задних отделах на 5-6 мм, дополнительные сигналы в передних отделах и в средне-задних, больше справа, м-эхо выводится с трудом. 7.12 общее состояние крайней тяжести, сознание кома 2-3. зрачки равны, без реакции на свет. Атония, арефлексия. Дыхание АИВЛ. ЧСС 65-72 в минуту. АД 160/100 мм.рт.ст. Живот мягкий, не вздут, реакции на пальпацию нет. 9.12.07 состояние больного крайне тяжелое, терминальное, кома 3, ИВЛ, атония, арефлексия. При ЭХО-ЭС от 10.12.07 смещение м-эхо справа налево в средне-задних отделах на 1 мм, дополнительные сигналы в передних отделах, где м-эхо вывести не удалось, слева в средне-задних, справа в задних и немного справа в средних. 11.12 состояние больного крайне тяжелое. Сознание нарушено по типу кома 3, атония, арефлексия. 13.12 состояние больного терминальное, кома 3, атония, арефлексия, зрачки широкие, равны. Периферический кровоток снижен. АД 70/40 мм.рт.ст. Пульс 80 в минуту. 13.12.07 в 13-45 на фоне длительного терминального состояния наступила остановка сердечной деятельности. Реанимационные мероприятия не проводились. Констатирована смерть больного. ПОСМЕРТНЫЙ ДИАГНОЗ. Сочетанная травма. Краниоспинальная травма. Ушиб головного мозга тяжелой степени, … ушиб ствола головного мозга, перелом основания черепа. Тупая травма живота и грудной клетки. Осложнения. Отек и дислокация ствола головного мозга. Операции: 1) 04.12.07г. Лапароцентез. 2) 04.12.07г. ПХО раны подбородка. Алкоголь – в крови 2,03 промилле, в моче 2,54 промилле.НАРУЖНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ. Труп мужчины, доставлен без одежды, среднего телосложения, правильного удовлетворительного питания, длиной тела 180 см. Кожа бледно-серая, холодная на ощупь во всех отделах, в отлогих местах тела сливные, фиолетовые, не исчезающие и не меняющие цвет при надавливании трупные пятна. Трупное окоченение достаточно выражено во всех обычно исследуемых группах мышц. Склеры глаз мутные, тусклые, суховаты, кровоизлияний в соединительные оболочки глаз не отмечается, зрачки равновелики по 0,4 см диаметром. Голова правильной формы, кости черепа и лицевого скелета на ощупь целы. Грудная клетка цилиндрическая, эластичная, упругая, ребра на ощупь целы. Живот на одном уровне с грудной клеткой. Естественные отверстия тела и полости рта и носоглотки свободны, чистые. Слизистая оболочка губ синюшная, подсохшая. Анальное отверстие сомкнуто, кожа вокруг него чистая. Половые органы развиты правильно. Кости конечностей целы. ПОВРЕЖДЕНИЯ. Зеленовато-синюшный кровоподтек по всей тыльной поверхности левой стопы. Аналогичный кровоподтек по подошвенной поверхности правой стопы диаметром 5 см. По наружной поверхности нижней трети левой голени вертикальный кровоподтек 12х5 см. Каких-либо других повреждений, кроме следов медицинских манипуляций, при исследовании не обнаружено. При проведении воздушной пробы – воздух из плевральных полостей и полостей сердца не получен. При проведении судебно-медицинского исследования трупа использовались: кожные разрезы по методу Шора. ВНУТРЕННЕЕ ИССЛЕДОВАНИЕ Извлечение органокомплекса произведено по методу Шора, с распилом ребер спереди. Череп вскрывался угловым распилом. Доступ к спинному мозгу осуществлялся сзади по методу Медведева. Масса органов.ПОЛОСТЬ ЧЕРЕПА. Головной мозг исследовался методом Вирхова. Справа в височной области прокрашивание кровью мышц. Кости свода и основания черепа целы, линий перелома не выявлено. Твердая мозговая оболочка напряжена, серо-перламутрового цвета, блестящая, в синусах ее темная жидкая кровь в большом количестве. Справа, по наружной поверхности лобной, теменной и височной долей - темно-вишневая гематома объемом 100 мл, состоящая из блестящих, эластичных свертков крови. Справа по наружной поверхности заднего отдела лобной с переходом на теменную долю, на участке диаметром 12 см диффузные темно-красные кровоизлияния, наиболее интенсивные в глубине борозд. На вершине центральной борозды справа - разрыв мягких мозговых оболочек длиной 2 см с торчащим сосудом. Мягкие мозговые оболочки в остальных отделах тонкие, прозрачные с полнокровными сосудами, походу которых рассеянные точечные субарахноидальные кровоизлияния в глубине борозд. Борозды мозга сглажены, извилины уплощены, на миндаликах мозжечка кольцевидная с диффузными субарахноидальными кровоизлияниями полоса вдавления от краев большого затылочного отверстия. Головной мозг дряблый, выполняет все резервные пространства, на разрезах с четкой границей серого и белого вещества и мраморным рисунком подкорковых ядер. Поверхности разрезов тускловаты, липнут к лезвию ножа. Желудочки мозга симметричны, обычного объема, эпендима их бледно-серая, блестящая, влажная, в полостях желудочков следы прозрачной соломенного цвета жидкости. Сосудистые сплетения обычного вида, полнокровны. Стволовые отделы мозга и полушария мозжечка расползаются под пальцами. ОРГАНЫ ШЕИ, ГРУДНОЙ И БРЮШНОЙ ПОЛОСТЕЙ: язык синюшный, влажный, обложен серовато-желтым, не снимающимся налетом. Слизистые оболочки носоглотки синюшные, влажные, блестящие. В мягких тканях шеи повреждений и кровоизлияний не обнаружено. В плевральных полостях следы прозрачной жидкости, легкие выполняют 3/4 полостей, с блестящей, гладкой и влажной плеврой. Органы брюшной полости расположены анатомически правильно, в полости следы прозрачной жидкости соломенного цвета. Листки брюшины гладкие, влажные, блестящие. Просвет пищевода свободен, слизистая его бледно-серая, продольно складчатая. Вход и просвет гортани свободен, слизистая оболочка ее бледно-серая. Подъязычная кость и хрящи гортани целы, в мягких тканях ее повреждений не обнаружено. Просвет трахеи и главных бронхов свободен, хрящи трахеи целы. Щитовидная железа обычных размеров, с равновеликими долями, плотно-эластичная, темно-коричневая, на разрезе полнокровна, дольчатого строения. Аорта эластична, со следами жидкой крови в просвете и рассеянными липидными пятнами в интиме. Легкие синюшные в передних и темно-синюшные в задних отделах, неравномерно уплотнены, на разрезах пестрые, выбухающие темно-красно-серые очаги чередуются с западающими красными. Над поверхностями разрезов выступают бронхи в виде «гусиных перьев». Слизистые оболочки воздухо-проводящих путей светло-розовые, набухшие. Бифуркационные лимфоузлы располагаются в виде пакетов диаметром от 1 до 2 см, эластичные, не спаянные между собой и с окружающими тканями, темно-синюшные, на разрезах сочные, с обычным рисунком. В полости перикарда следы прозрачной жидкости, листки его гладкие, влажные, блестящие. Сердце дрябло-эластичное, 11х10х9 см, с избыточным отложением жира под эпикардом. В полостях сердца немного жидкой темной крови с мелкими единичными темно-вишневыми свертками. Миокард розовато-синюшный, эластичный, неравномерного кровенаполнения. Толщина стенки правого желудочка 0,3 см, левого 1,2 см. Клапанный и пристеночный эндокард тонкий, прозрачный, клапаны сформированы правильно. Коронарные артерии с тонкими стенками, пустым просветом. Желудок пустой, содержимое кишечника отделам соответствует, слизистые оболочки желудочно-кишечного тракта бледно-серые. Мезентериальные лимфоузлы располагаются раздельно, диаметр их не более 1 см, эластичны. Печень 24х18х16х13 см, плотно-эластичная, коричневая с поверхности и на разрезах, полнокровная, со смазанным рисунком долек. Просвет внепеченочных желчевыводящих путей свободно проходим. Поджелудочная железа обычных размеров, плотно-эластичная, бледно-серая, на разрезах – дольчатого строения. Селезенка 8х7х3 см, эластичная, синюшная, на разрезах без соскоба. Надпочечники листовидной формы, обычных размеров, на разрезах граница слоев четкая. Почки равновелики, 11х6х5 см, дрябло-эластичные. Капсула сползает при надрезе, обнажая ровную поверхность. По краю разреза паренхима наползает на капсулу. На разрезах корковый слой - синюшный, с темно-красным крапом и подчеркнутым рисунком, мозговой слой также с подчеркнутым рисунком, граница слоев отчетливо выражена с полнокровием юкстагломерулярной зоны. Слизистые оболочки лоханок и чашечек бледно-синюшные, гладкие, блестящие, просвет их свободен. Мочеточники проходимы на всем протяжении, с бледно-серой слизистой. Мочевой пузырь пуст, слизистая оболочка его складчатая, бледно-серая, уретра свободно проходима. ПОЗВОНОЧНИК И СПИННОЙ МОЗГ: при ревизии позвоночного столба множественные кровоизлияния в связки 1-2 шейных позвонков. Эпидуральные пространства свободны, субдурально - ликвор прокрашен кровью, твердая мозговая оболочка напряжена, бледно-серая, блестящая, мягкие мозговые оболочки тонкие, прозрачные, спинной мозг дряблый, на разрезах обычного рисунка. Из трупа для судебно-гистологического исследования взяты кусочки внутренних органов на патоморфологические изменения. В качестве вещественного доказательства кровь на марле.  А К Т Судебно-гистологического исследования Судебно-медицинским экспертом, произведено исследование кусочков внутренних органов от трупа Н., 1970 г.р. ЗАКЛЮЧЕНИЕ Головной мозг – очаги ушиба в виде субарахноидальных, распространяющихся на кору головного мозга кровоизлияний с частичным гемолизом эритроцитов и лейкоцитарной инфильтрацией по периферии. В стволовых отделах мозга стаз крови в сосудах и некроз белого вещества. В легких – внутриальвеолярный отек, гнойная бронхопневмония.Вопросы:1. Судебно-медицинский диагноз?
2. Осложнение?
3. Время наступления смерти?
4. Локализация повреждений?
5. Был ли в состоянии алкогольного опьянения?
 | 1. Закрытая черепно-мозговая травма – субдуральная гематома справа, по наружной поверхности лобной, теменной и височной долей объемом 100 мл, диффузные темно-красные кровоизлияния справа по наружной поверхности заднего отдела лобной с переходом на теменную долю, разрыв мягких мозговых оболочек вершине центральной борозды справа.
2. Осложнения: отек и набухание головного мозга с дислокацией и некрозом стволовых отделов; двусторонняя гнойная бронхопневмония, отек легких; венозное полнокровие внутренних органов.
3. Смерть наступила 13.12.07 в 13-45 в результате закрытой черепно-мозговой травмы с ушибом головного мозга, с разрывом мягкой мозговой оболочки в зоне ушиба и формированием субдуральной гематомы в зоне разрыва со сдавлением головного мозга и его вклинением в большое затылочное отверстие (см. диагноз и пункт 1).
4. Локализация повреждений головы – кровоизлияния в мягкие ткани головы справа, субарахноидальное кровоизлияние справа по наружной поверхности лобной и теменной долей, разрыв мягкой мозговой оболочки и сосуда в области правой центральной борозды, говорит, что травма является импрессионной и возникла от воздействия твердого тупого предмета на правую теменную область, с прогибанием в зоне воздействия свода черепа и ушибом головного мозга. Механизм черепно-мозговой травмы может соответствовать обстоятельствам дела, указанным в постановлении, в том числе травма могла возникнуть и при ударе правой стороной головы о выступающие части салона автомобиля.
5. При поступлении пострадавшего в стационар в крови обнаружен этиловый спирт, концентрация которого может соответствовать средней степени алкогольного опьянения по аналогии с живыми лицами.
 | ТК ГИА | УК-1 УК-2 ПК-5 ПК-10 |
| 30 | ОБСТОЯТЕЛЬСТВА ДЕЛА. В постановлении о назначении судебно-медицинской экспертизы указано, что «04.12.2007 г. В 02 час. водитель А., управляя а/м «Хонда Партнер», двигалась по ул. Мира, со стороны ул. Ленина, в сторону ул. Сурикова г. К…... В 300 м. от д. 1 по ул. Диксона, допустила наезд на препятствие, в результате чего, пассажир Н., 1970 г.р. получил телесные повреждения, от которых 13.12.2007 г. в 13 час. 45 мин. скончался в отделении реанимации ГБ №0».Представлено объяснение А., 1976 г.р. от 14.12.07г. «04.12.2007г. в ночное время я находилась вместе со своим знакомым Н., он управлял личным а/м Хонда. … Там А. употреблял спиртные напитки, … Н. сел на переднее пассажирское сиденье рядом со мной. Был ли он пристегнут ремнем безопасности, я не помню, скорее всего нет, я также не была пристегнута. Когда мы выехали на ул. Игарская, я двигалась со скоростью около 40 км/ч ближе к правой крайней полосе движения. Когда мы спускались в районе изгиба по ул. Игарская, в районе д. 1 по ул. Диксона, Нилов неожиданно вспомнил, что оставил свои документы в гостях, откуда мы недавно уехали. В этот момент он резко дернул руль в свою сторону. А/м резко повело в левую сторону, я потеряла управление, после чего а/м стало крутить по дороге, в результате а/м правым боком ударился об бетонное ограждение. Сработали подушки безопасности, возможно в этот момент я потеряла сознание … Машина при этом стояла возле столба уличного освещения, передняя ее часть была разбита об этот столб. …».Представлен акт судебно-медицинского исследования от 16.01.08г. Представлена медицинская карта стационарного больного из ГКБ № 6 на имя Н., 1970 г.р., который 4.12.07 в 3-00 бригадой скорой помощи был доставлен в НХО-1 с нарушением сознания. При поступлении состояние больного крайне тяжелое. Кожные покровы бледные, прохладные на ощупь. Дыхание спонтанное, выслушиваются крупнопузырчатые хрипы. ЧДД 20 в минуту. Пульс 70 в минуту. АД 140/100 мм.рт.ст. Живот умеренно напряжен, участвует в акте дыхания. Печень по краю реберной дуги. Селезенка не пальпируется. Сознание нарушено по типу кома 2. Зрачки равны, средней величины, Фотореакции нет. Сухожильные рефлексы коленные не вызываются. Мышечный тонус понижен. Ригидность мышц затылка до 2 п.п. симптом Кернига 160°. Патологические стопные знаки не вызываются. В области подбородка имеется рвано-ушибленная рана длиной до 2,5 см, умеренно кровоточит. Данных за отоназоликворрею нет. При рентгенологическом исследовании № 25577 от 04.12.07г. травматических изменений шейного отдела позвоночника, таза, левой стопы, свода черепа не выявлено. больной осмотрен хирургом. Операции: 1) 04.12.07г. Лапароцентез. Патологического отделяемого не получено. Осмотрен стоматологом, произведена операция ПХО раны подбородка. Больной осмотрен реаниматологом и транспортирован в отделение реанимации. При ЭХО-ЭС от 4.12.07г. отмечается смещение м-эхо справа налево в средне-задних отделах на 5-6 мм, дополнительные сигналы в передних отделах и в средне-задних, больше справа, м-эхо выводится с трудом. 7.12 общее состояние крайней тяжести, сознание кома 2-3. зрачки равны, без реакции на свет. Атония, арефлексия. Дыхание АИВЛ. ЧСС 65-72 в минуту. АД 160/100 мм.рт.ст. Живот мягкий, не вздут, реакции на пальпацию нет. 9.12.07 состояние больного крайне тяжелое, терминальное, кома 3, ИВЛ, атония, арефлексия. При ЭХО-ЭС от 10.12.07 смещение м-эхо справа налево в средне-задних отделах на 1 мм, дополнительные сигналы в передних отделах, где м-эхо вывести не удалось, слева в средне-задних, справа в задних и немного справа в средних. 11.12 состояние больного крайне тяжелое. Сознание нарушено по типу кома 3, атония, арефлексия. 13.12 состояние больного терминальное, кома 3, атония, арефлексия, зрачки широкие, равны. Периферический кровоток снижен. АД 70/40 мм.рт.ст. Пульс 80 в минуту. 13.12.07 в 13-45 на фоне длительного терминального состояния наступила остановка сердечной деятельности. Реанимационные мероприятия не проводились. Констатирована смерть больного. ПОСМЕРТНЫЙ ДИАГНОЗ. Сочетанная травма. Краниоспинальная травма. Ушиб головного мозга тяжелой степени, … ушиб ствола головного мозга, перелом основания черепа. Тупая травма живота и грудной клетки. Осложнения. Отек и дислокация ствола головного мозга. Операции: 1) 04.12.07г. Лапароцентез. 2) 04.12.07г. ПХО раны подбородка. Алкоголь – в крови 2,03 промилле, в моче 2,54 промилле.НАРУЖНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ. Труп мужчины, доставлен без одежды, среднего телосложения, правильного удовлетворительного питания, длиной тела 180 см. Кожа бледно-серая, холодная на ощупь во всех отделах, в отлогих местах тела сливные, фиолетовые, не исчезающие и не меняющие цвет при надавливании трупные пятна. Трупное окоченение достаточно выражено во всех обычно исследуемых группах мышц. Склеры глаз мутные, тусклые, суховаты, кровоизлияний в соединительные оболочки глаз не отмечается, зрачки равновелики по 0,4 см диаметром. Голова правильной формы, кости черепа и лицевого скелета на ощупь целы. Грудная клетка цилиндрическая, эластичная, упругая, ребра на ощупь целы. Живот на одном уровне с грудной клеткой. Естественные отверстия тела и полости рта и носоглотки свободны, чистые. Слизистая оболочка губ синюшная, подсохшая. Анальное отверстие сомкнуто, кожа вокруг него чистая. Половые органы развиты правильно. Кости конечностей целы. ПОВРЕЖДЕНИЯ. Зеленовато-синюшный кровоподтек по всей тыльной поверхности левой стопы. Аналогичный кровоподтек по подошвенной поверхности правой стопы диаметром 5 см. По наружной поверхности нижней трети левой голени вертикальный кровоподтек 12х5 см. Каких-либо других повреждений, кроме следов медицинских манипуляций, при исследовании не обнаружено. При проведении воздушной пробы – воздух из плевральных полостей и полостей сердца не получен. При проведении судебно-медицинского исследования трупа использовались: кожные разрезы по методу Шора. ВНУТРЕННЕЕ ИССЛЕДОВАНИЕ Извлечение органокомплекса произведено по методу Шора, с распилом ребер спереди. Череп вскрывался угловым распилом. Доступ к спинному мозгу осуществлялся сзади по методу Медведева. Масса органов.ПОЛОСТЬ ЧЕРЕПА. Головной мозг исследовался методом Вирхова. Справа в височной области прокрашивание кровью мышц. Кости свода и основания черепа целы, линий перелома не выявлено. Твердая мозговая оболочка напряжена, серо-перламутрового цвета, блестящая, в синусах ее темная жидкая кровь в большом количестве. Справа, по наружной поверхности лобной, теменной и височной долей - темно-вишневая гематома объемом 100 мл, состоящая из блестящих, эластичных свертков крови. Справа по наружной поверхности заднего отдела лобной с переходом на теменную долю, на участке диаметром 12 см диффузные темно-красные кровоизлияния, наиболее интенсивные в глубине борозд. На вершине центральной борозды справа - разрыв мягких мозговых оболочек длиной 2 см с торчащим сосудом. Мягкие мозговые оболочки в остальных отделах тонкие, прозрачные с полнокровными сосудами, походу которых рассеянные точечные субарахноидальные кровоизлияния в глубине борозд. Борозды мозга сглажены, извилины уплощены, на миндаликах мозжечка кольцевидная с диффузными субарахноидальными кровоизлияниями полоса вдавления от краев большого затылочного отверстия. Головной мозг дряблый, выполняет все резервные пространства, на разрезах с четкой границей серого и белого вещества и мраморным рисунком подкорковых ядер. Поверхности разрезов тускловаты, липнут к лезвию ножа. Желудочки мозга симметричны, обычного объема, эпендима их бледно-серая, блестящая, влажная, в полостях желудочков следы прозрачной соломенного цвета жидкости. Сосудистые сплетения обычного вида, полнокровны. Стволовые отделы мозга и полушария мозжечка расползаются под пальцами. ОРГАНЫ ШЕИ, ГРУДНОЙ И БРЮШНОЙ ПОЛОСТЕЙ: язык синюшный, влажный, обложен серовато-желтым, не снимающимся налетом. Слизистые оболочки носоглотки синюшные, влажные, блестящие. В мягких тканях шеи повреждений и кровоизлияний не обнаружено. В плевральных полостях следы прозрачной жидкости, легкие выполняют 3/4 полостей, с блестящей, гладкой и влажной плеврой. Органы брюшной полости расположены анатомически правильно, в полости следы прозрачной жидкости соломенного цвета. Листки брюшины гладкие, влажные, блестящие. Просвет пищевода свободен, слизистая его бледно-серая, продольно складчатая. Вход и просвет гортани свободен, слизистая оболочка ее бледно-серая. Подъязычная кость и хрящи гортани целы, в мягких тканях ее повреждений не обнаружено. Просвет трахеи и главных бронхов свободен, хрящи трахеи целы. Щитовидная железа обычных размеров, с равновеликими долями, плотно-эластичная, темно-коричневая, на разрезе полнокровна, дольчатого строения. Аорта эластична, со следами жидкой крови в просвете и рассеянными липидными пятнами в интиме. Легкие синюшные в передних и темно-синюшные в задних отделах, неравномерно уплотнены, на разрезах пестрые, выбухающие темно-красно-серые очаги чередуются с западающими красными. Над поверхностями разрезов выступают бронхи в виде «гусиных перьев». Слизистые оболочки воздухо-проводящих путей светло-розовые, набухшие. Бифуркационные лимфоузлы располагаются в виде пакетов диаметром от 1 до 2 см, эластичные, не спаянные между собой и с окружающими тканями, темно-синюшные, на разрезах сочные, с обычным рисунком. В полости перикарда следы прозрачной жидкости, листки его гладкие, влажные, блестящие. Сердце дрябло-эластичное, 11х10х9 см, с избыточным отложением жира под эпикардом. В полостях сердца немного жидкой темной крови с мелкими единичными темно-вишневыми свертками. Миокард розовато-синюшный, эластичный, неравномерного кровенаполнения. Толщина стенки правого желудочка 0,3 см, левого 1,2 см. Клапанный и пристеночный эндокард тонкий, прозрачный, клапаны сформированы правильно. Коронарные артерии с тонкими стенками, пустым просветом. Желудок пустой, содержимое кишечника отделам соответствует, слизистые оболочки желудочно-кишечного тракта бледно-серые. Мезентериальные лимфоузлы располагаются раздельно, диаметр их не более 1 см, эластичны. Печень 24х18х16х13 см, плотно-эластичная, коричневая с поверхности и на разрезах, полнокровная, со смазанным рисунком долек. Просвет внепеченочных желчевыводящих путей свободно проходим. Поджелудочная железа обычных размеров, плотно-эластичная, бледно-серая, на разрезах – дольчатого строения. Селезенка 8х7х3 см, эластичная, синюшная, на разрезах без соскоба. Надпочечники листовидной формы, обычных размеров, на разрезах граница слоев четкая. Почки равновелики, 11х6х5 см, дрябло-эластичные. Капсула сползает при надрезе, обнажая ровную поверхность. По краю разреза паренхима наползает на капсулу. На разрезах корковый слой - синюшный, с темно-красным крапом и подчеркнутым рисунком, мозговой слой также с подчеркнутым рисунком, граница слоев отчетливо выражена с полнокровием юкстагломерулярной зоны. Слизистые оболочки лоханок и чашечек бледно-синюшные, гладкие, блестящие, просвет их свободен. Мочеточники проходимы на всем протяжении, с бледно-серой слизистой. Мочевой пузырь пуст, слизистая оболочка его складчатая, бледно-серая, уретра свободно проходима. ПОЗВОНОЧНИК И СПИННОЙ МОЗГ: при ревизии позвоночного столба множественные кровоизлияния в связки 1-2 шейных позвонков. Эпидуральные пространства свободны, субдурально - ликвор прокрашен кровью, твердая мозговая оболочка напряжена, бледно-серая, блестящая, мягкие мозговые оболочки тонкие, прозрачные, спинной мозг дряблый, на разрезах обычного рисунка. Из трупа для судебно-гистологического исследования взяты кусочки внутренних органов на патоморфологические изменения. В качестве вещественного доказательства кровь на марле.  А К Т Судебно-гистологического исследования Судебно-медицинским экспертом, произведено исследование кусочков внутренних органов от трупа Н., 1970 г.р. ЗАКЛЮЧЕНИЕ Головной мозг – очаги ушиба в виде субарахноидальных, распространяющихся на кору головного мозга кровоизлияний с частичным гемолизом эритроцитов и лейкоцитарной инфильтрацией по периферии. В стволовых отделах мозга стаз крови в сосудах и некроз белого вещества. В легких – внутриальвеолярный отек, гнойная бронхопневмония.Вопросы:1.Судебно-медицинский диагноз?2.Осложнение?3.Время наступления смерти?4.Локализация повреждений?5.Был ли в состоянии алкогольного опьянения? | 1.Закрытая черепно-мозговая травма – субдуральная гематома справа, по наружной поверхности лобной, теменной и височной долей объемом 100 мл, диффузные темно-красные кровоизлияния справа по наружной поверхности заднего отдела лобной с переходом на теменную долю, разрыв мягких мозговых оболочек вершине центральной борозды справа. 2.Осложнения: отек и набухание головного мозга с дислокацией и некрозом стволовых отделов; двусторонняя гнойная бронхопневмония, отек легких; венозное полнокровие внутренних органов. 3.Смерть наступила 13.12.07 в 13-45 в результате закрытой черепно-мозговой травмы с ушибом головного мозга, с разрывом мягкой мозговой оболочки в зоне ушиба и формированием субдуральной гематомы в зоне разрыва со сдавлением головного мозга и его вклинением в большое затылочное отверстие (см. диагноз и пункт 1). 4.Локализация повреждений головы – кровоизлияния в мягкие ткани головы справа, субарахноидальное кровоизлияние справа по наружной поверхности лобной и теменной долей, разрыв мягкой мозговой оболочки и сосуда в области правой центральной борозды, говорит, что травма является импрессионной и возникла от воздействия твердого тупого предмета на правую теменную область, с прогибанием в зоне воздействия свода черепа и ушибом головного мозга. Механизм черепно-мозговой травмы может соответствовать обстоятельствам дела, указанным в постановлении, в том числе травма могла возникнуть и при ударе правой стороной головы о выступающие части салона автомобиля.5.При поступлении пострадавшего в стационар в крови обнаружен этиловый спирт, концентрация которого может соответствовать средней степени алкогольного опьянения по аналогии с живыми лицами. | ТК ГИА | УК-1  УК-2  ПК-5  ПК-10  |
| 31 | ОБСТОЯТЕЛЬСТВА ДЕЛА: в постановлении указано, что «06 апреля 2010г. В комнате № 0 общежития № 0 по ул. ……….г. К. обнаружен труп новорожденного младенца женского пола. Мать –1991 г.р.».НАРУЖНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ: Труп девочки, завернут в наволочку синего и белого цветов с голубым рисунком, большие половые губы прикрывают малые. Масса тела 3300 грамм, длина 49 см. С зеленым прокрашиванием кожи лица и верхней трети грудной клетки, с неотделенной пуповиной, длина пупочного остатка 24 см. В толще пуповины очаговое кровоизлияние в зеленоватым прокрашиванием, пуповина блестящая, конец пуповины ровный. На левом плече и на голове сохранено небольшое количество сыровидной смазки, большое количество сыровидной смазки на уровне паховых сгибов. Нижние конечности и часть туловища опачканы подсохшей кровью. Из носа подтекает красноватая, гнилостная жидкость. Прямой размер головы 12 см, большой поперечный 9,0 см большой косой 14,5 см. С целью доступа к яремным отверстиям справа перекушена ветвь нижней челюсти и угол челюсти удален. Голова правильной формы, кости черепа и лицевого скелета на ощупь целы. Грудная клетка цилиндрическая, эластичная, упругая, ребра на ощупь целы. Живот на одном уровне с грудной клеткой. Слизистая оболочка губ синюшная, подсохшая. Анальное отверстие сомкнуто. Кости конечностей целы. ПОВРЕЖДЕНИЯ. Видимых повреждений при наружном осмотре не выявлено. Кожные разрезы проведены методом Медведева с полной отсепаровкой кожи лица. В соединительных оболочках глаз наличие точечных кровоизлияний. При отсепаровке лица у крыльев носа с обеих сторон инфильтрирующие кровоизлияния в мягкие ткани на участках диаметром до 0,5 см, пропитывание кровью слизистой носа. При проведении воздушной пробы – получен воздух из плевральных полостей, из полостей сердца не получен. При проведении судебно-медицинского исследования трупа использовались: кожные разрезы по методу Медведева.ВНУТРЕННЕЕ ИССЛЕДОВАНИЕИзвлечение органокомплекса произведено по методу Шора, с рассечением ребер спереди. Череп вскрывался циркулярным распилом. Доступ к спинному мозгу осуществлялся сзади по методу Медведева. ПОЛОСТЬ ЧЕРЕПА: в кожно-мышечном лоскуте головы в проекции большого родничка темно-красное кровоизлияние полулунной формы выпуклостью вверх, 2х0,5см в самой толстой части. В проекции правой части венечного шва в 2 см от центра большого родничка ориентированное спереди назад темно-красное кровоизлияние 4,5х2,5 см с более широкой частью до 1,5 см на теменной кости. Аналогичное овальное кровоизлияние ориентированное слева направо, диаметром 1,5х0,7 см в проекции условного центра стреловидного шва между большим и малым родничком. Кзади от него на 0,7 см округлое кровоизлияние диаметром 0,5 см. По центру лямбдовидного шва в коже неправильно прямоугольное горизонтальное кровоизлияние 1,5х1 см. Под надкостницей в теменно-затылочной области с центром на вершине лямбдовидного шва на участке диаметром 9 см пластинчатое кровоизлияние из жидкой крови. В правой теменной кости в условном центре стреловидного шва в 1 см от него пластинчатая поднадкостничная гематома диаметром 1 см. Студневидный отек в апоневрозе. Большой родничок 2х1,7 см. Эпидурально по ходу стреловидного шва в правой теменной кости жидкая темная кровь в небольшом количестве. При ревизии в проекции описанной выше кефалогематомы незрелость костной ткани с образованием округлого дефекта прикрытого соединительной тканью диаметром около 0,7 см, спереди от дефекта на 1,5 см и отступя от соединительнотканной части стреловидного шва на 0,3 см - радиальная трещина внутренней костной пластинки правой теменной кости длиной 0,7 см. В указанных участках в зоне трещины и кефалогематомы в серпе интрадуральное кровоизлияние на протяжении 4 см и на глубину до 2 см. Интрадурально в области стока пазух распространяясь по ходу поперечных синусов симметрично на 1,5 см и вниз до края чешуи - разволокнение и кровоизлияние в толще твердой мозговой оболочки. Головной мозг расползается под пальцами кашицеобразный с выраженным гниением с пропитыванием кровью мягких мозговых оболочек по базальной поверхности мозга и в задней черепной ямке. Головной моз весом 360 грамм. Деформации и повреждений шейного отдела позвоночника при вскрытии методом Медведева не выявлено. Спинной мозг с аутолизом.ОРГАНЫ ШЕИ, ГРУДНОЙ И БРЮШНОЙ ПОЛОСТЕЙ: язык синюшный, влажный, не обложен серовато-желтым, не снимающимся налетом. Слизистые оболочки носоглотки синюшные, влажные, блестящие. При ревизии мягких тканей шеи видимых глазом повреждений не выявлено. При детальной ревизии системы блуждающего нерва справа и слева на границе с яремным отверстием кровоизлияние вокруг сосудистого пучка до 1 см по его ходу. 1-2 шейные позвонки с мягкими тканями суставов изъяты на гистологию. В венах темная жидкая кровь. Щитовидная железа обычных размеров, с равновеликими долями, плотно-эластичная, темно-коричневая, на разрезе полнокровна, дольчатого строения. Аорта эластична, со следами жидкой крови в просвете. В просвете воздухопроводящих путей мелкопузырчатая, пенистая, слегка розовая жидкость, пенистая жидкость в просвете всех мелких бронхов. Слизистые оболочки воздухопроводящих путей бледно-серые. Легкие выполняют плевральные полости на 3/4, пестрые за счет множественных мозаично чередующихся бледно-розовых и темно-розовых очагов. Под висцеральной плеврой, особенно, в прикорневых отделах легких и по базальным поверхностям, единичные точечные кровоизлияния. Легкие весом 50 грамм оба. На разрезах легкие с чередующимися бледно-розовыми и темно-розовыми участками и пенистой жидкостью выделяющейся с поверхности разрезов при надавливании. В полости перикарда следы прозрачной с гнилостным запахом жидкости, листки его гладкие, влажные, блестящие. Сердце 4,5х4х3,5 см, эластичное с правильно сформированными сосудами и полостями. Баталов проток и овальное окно открыты. В полостях сердца жидкая кровь с гнилостными изменениями, пороков не выявлено. Толщина правого и левого желудочков по 0,5 см. Желудок раздут гнилостными газами. Толстый кишечник выполнен меконием, поворот завершен, тонкий кишечника пустой. Селезенка расползается под пальцами из-за аутолиза, размером 5,5х2,5х1 см. Печень весом 180 грамм, 13х7,5х7х3 см, коричневая эластичная полнокровная. 11х6х4х2 см. Поджелудочная железа обычных размеров, плотно-эластичная, бледно-серая, на разрезах – дольчатого строения Почки равновелики, размером 3,5х2х2 см дряблые с аутолизом, полнокровные. Капсула снимается легко, обнажая эмбриональную дольчатость. Слизистые оболочки лоханок и чашечек бледно-синюшные, гладкие, блестящие, просвет их свободен. Мочеточники проходимы на всем протяжении, с бледно-серой слизистой. Мочевой пузырь пуст, слизистая оболочка его складчатая, бледно-серая, уретра свободно проходима. Рассечен эпифиз правой бедренной кости, ядро Беклара диаметром 0,5 см.ПРИМЕЧАНИЕ:Кровь и мочевой пузырь направлены в судебно-химическое отделение для определения наличия этилового спирта.Кусочки внутренних органов направлены в судебно-гистологические отделение для определения патоморфологических изменений.Кровь направлена в судебно-биологическое отделение для определения видовой принадлежности. ДАННЫЕ ДОПОЛНИТЕЛЬНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ.Представлен акт судебно-химического исследования При судебно-химическом исследовании вещественных доказательств, изъятых при вскрытии трупа, не обнаружен этиловый спирт. Представлена справка биологического исследования. Групповая характеристика крови а/г А.А К Т Судебно-гистологического исследования. Судебно-медицинским экспертом, произведено исследование кусочков внутренних органов от трупа НОВОРОЖДЕННОЙ. ЗАКЛЮЧЕНИЕЛегкие - альвеолы расправлены, просветы их содержат немного эозинофильной жидкости с примесью роговых чешуек и кусочков мекония. Во всех полях зрения диаметр просвета перибронхиальных артерий значительно преобладает над толщиной стенки. Под висцеральной плеврой кровоизлияния вокруг сосудов со стазом крови. Небольшое количество вторичных ателектазов. Головной мозг – аутолиз.Вопросы:1. Является ли труп младенца новорожденным, доношенным, срок внутриутробной жизни?
2. Причина смерти?
3. Степень тяжести вреда причиненного здоровью человека?
4. Время наступления смерти?
5. Состояние опьянения?
 | 1. Наличие сыровидной смазки и неотделенной пуповины говорит о том, что ребенок новорожденный. Согласно антропометрическим данным, наличию ядра Беклара, ребенок является доношенным, со сроком внутриутробной жизни 36-40 недель, жизнеспособным, зрелым. Наличие дышавших легких говорит, что ребенок является живорожденным. Длительность внеутробной жизни – не менее нескольких минут.
2. Смерть новорожденной наступила в результате наступила в результате механической асфиксия от закрытия отверстий рта и носа со сдавлением головы, что подтверждается наличием общеасфиктической картины, признаков давления на мягкие ткани носа, наличием черепно-мозговой травмы сдавления, проявления которой стали 5-ть кровоизлияний в коже волосистой части головы, поднадкостничная гематома в правой теменной кости, радиальная трещина внутренней костной пластинки правой теменной кости, эпидуральная гематома по ходу стреловидного шва в правой теменной кости, интрадуральные кровоизлияния в серпе, в области стока пазух распространяясь по ходу поперечных синусов симметрично до края чешуи затылочной кости, пропитывание кровью мягких мозговых оболочек по базальной поверхности мозга и в задней черепной ямке. Повреждения возникли от давления твердых тупых предметов без четких идентифицирующих признаков навстречу друг другу. Кровоизлияния в коже головы могли возникнуть, в том числе и при воздействии пальцев рук человека.
3. Обнаруженная при судебно-медицинской экспертизе трупа черепно-мозговая травма сдавления по тяжести вреда здоровья не оценивается, т.к. входит в комплекс повреждений при механической асфиксии, которая согласно пункту 4.а Правил определения степени тяжести вреда, причиненного здоровью человека (Постановление Правительства РФ от 17 августа 2007 г. N 522) квалифицируется, как обусловившая тяжкий вред здоровью и имеет прямую причинную связь со смертью.
4. Согласно динамике трупных явлений давность смерти не менее 2-х суток на момент вскрытия трупа в морге.
5. Данных о наличия алкоголя в крови пострадавшего не обнаружено.
 | ТК ГИА | УК-1 ПК-1 ПК-2 ПК-3 ПК-5 ПК-7 ПК-8 ПК-9 ПК-10 |
| 32 |  ОБСТОЯТЕЛЬСТВА ДЕЛА: в направлении указано, что «около 21,00 минут 30 мая 2011 в приусадебном участке д.№ 00 по ул. Мира п. …….. Ивановского района К. края в земле в картонной коробке обнаружен труп младенца, рожденный гр. Н. 1983 г.р., в ходе проверки по сообщению, 28.05.11г. ».НАРУЖНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ: Труп ребенка женского пола, доставлен в картонной коробке в целлофановом пакете, плацента 220 гр., диаметром 14 см. Масса тела 1100 грамм, длина 39 см. Правильного телосложения. С неотделенной пуповиной, длиной 43 см. Кожа обильно опачкана землей, по отмыванию земли в сыровидной смазке. На плечах пушковые волосы. Большие половые губы не прикрывают малые. В соединительных оболочках глаз и слизистой век множественные кровоизлияния. Пупочное кольцо по центру передней брюшной стенки. Из носа подтекает красноватая, гнилостная жидкость. Прямой размер головы 10 см, большой поперечный 8,0 см большой косой 11,5 см. Голова правильной формы, кости черепа и лицевого скелета на ощупь целы. Грудная клетка цилиндрическая, эластичная, упругая, ребра на ощупь целы. Живот на одном уровне с грудной клеткой. Слизистая оболочка губ синюшная, подсохшая. Анальное отверстие сомкнуто. Кости конечностей целы. Ядро Беклара отсутствует.ПОВРЕЖДЕНИЯ. Видимых повреждений при наружном осмотре не выявлено. Кожные разрезы проведены методом Медведева с полной отсепаровкой кожи лица. При послойной отсепаровке кожи лица, грудной клетки - слева в мышцах над грудино-ключичным сочленением округлое кровоизлияние диаметром 1см. Кровоизлияние в виде полосы шириной в 2,5см, условно начинающееся слева в височных мышцах проходящее по мышцам подчелюстной области и мягким тканям передней поверхности нижней челюсти и заканчивающееся справа в мышцах в проекции сосцевидного отростка. В зоне кровоизлияние пропитывание мягких тканей до кости. В области нижнечелюстных суставов с обеих сторон в подкожной клетчатке кровоизлияние диаметром по 2 см. При проведении воздушной пробы – получен воздух из плевральных полостей, из полостей сердца не получен.Извлечение органокомплекса произведено по методу Шора, с рассечением ребер спереди. Череп вскрывался циркулярным распилом. Доступ к спинному мозгу осуществлялся сзади по методу Медведева. ПОЛОСТЬ ЧЕРЕПА: Незначительное смещение левой теменной кости на правую, в теменной области с центром в 3см от венечного шва поднадкостничное кровоизлияние диаметром 5см, к этой же зоне кровоизлияние и студневидный отек кожи. Череп вскрыт методом Фишера. При ревизии слева немного жидкой темной крови в средней и передней черепных ямках. Интрадуральное кровоизлияние в серпе от петушиного гребня и до вершины лямбдовидного шва по ходу сагиттального синуса, краевые надрывы длиной по 0,5см, с обеих сторон радиально от тинкториальной вырезки парусов мозжечкового намета с инфильтрацией их кровью, с разволокнениями и кровоизлияниями в парусах намета. Субарахноидально резкое полнокровие сосудов оболочек. Справа и слева пои наружной и верхней поверхностям теменных и затылочных долей отграниченно диффузные темно-красные кровоизлияния диаметром по 4 см, с максимальной интенсивностью в глубине борозд. Под надкостницей затылочного бугра кровоизлияние диаметром 1 см. В задней черепной ямке немного жидкой крови, в зоне стока пазух интрадуральных кровоизлияний не выявлено. Отмечается полный отрыв чешуйки затылочной кости от боковой части с массивными эпидуральными кровоизлияниями в данной зоне, и слева - инфильтрирующеся кровоизлияние в лямбдовидном синдосмозе на границе с чешуйчатым швом, на участке длиной 1 см. При ревизии шейного отдела позвоночника и позвоночных артерий каких-либо повреждений не выявлено. Головной мозг студневидный, видимых глазом повреждений не выявлено. ОРГАНЫ ШЕИ, ГРУДНОЙ И БРЮШНОЙ ПОЛОСТЕЙ: язык грязно-серый влажный, не обложен. Слизистые оболочки носоглотки грязно-серые, влажные, блестящие. В венах темная жидкая кровь. Щитовидная железа обычных размеров, с равновеликими долями, плотно-эластичная, темно-коричневая, на разрезе полнокровна, дольчатого строения. Аорта эластична, со следами жидкой крови в просвете. Левое легкое выполняет половину грудной клетки, правое легкое 2/3. В передних отделах легкие розовые, в остальных отделах темно-розовые. При проведении воздушной пробы концевые отделы передней поверхности нижней доли правого легкого плавают, остальные отделы легких тонут. Оба легких, кроме плавающих частей изъяты на диатомовый планктон. В субплевральном и под эпикардом точечные кровоизлияния. Легкие весом 30 грамм оба. В полости перикарда следы прозрачной с гнилостным запахом жидкости, листки его гладкие, влажные, блестящие. Сердце 2,5х2х1,5 см, эластичное с правильно сформированными сосудами и полостями. Баталов проток и овальное окно открыты. В полостях сердца жидкая кровь с гнилостными изменениями, пороков не выявлено. Толщина правого и левого желудочков по 0,3 см. Желудок раздут гнилостными газами. Толстый кишечник выполнен меконием, поворот завершен, тонкий кишечника пустой. Селезенка расползается под пальцами из-за аутолиза, размером 3,5х1,5х1 см. Печень весом 110 грамм, коричневая эластичная полнокровная. 10х5х3х2 см. Поджелудочная железа обычных размеров, плотно-эластичная, бледно-серая, на разрезах – дольчатого строения Почки равновелики, размером 2х1,5х1,1 см дряблые с аутолизом, полнокровные. Капсула снимается легко, обнажая эмбриональную дольчатость. Слизистые оболочки лоханок и чашечек бледно-синюшные, гладкие, блестящие, просвет их свободен. Мочеточники проходимы на всем протяжении, с бледно-серой слизистой. Мочевой пузырь пуст, слизистая оболочка его складчатая, бледно-серая, уретра свободно проходима. На этиловый алкоголь взят фрагмент плаценты. В судебно-биологическое отделение направлена селезенка для определения видовой принадлежности. На диатомовый планктон почка, оба легких. ДАННЫЕ ДОПОЛНИТЕЛЬНЫХ МЕТОДОВ ИССЛЕДОВАНИЯ.1. Акт исследования трупного материала. В легком обнаружены створки диатомового планктона. В почках не обнаружены.
2. Акт судебно-химического исследования. В плаценте этиловый спирт не обнаружен.

Вопросы:1.Является ли труп младенца новорожденным, доношенным, срок внутриутробной жизни?2.Причина смерти?3.Степень тяжести вреда причиненного здоровью человека?4.Время наступления смерти?5.Состояние опьянения? | 1.Наличие неотделенной пуповины говорит о том, что ребенок новорожденный. Согласно антропометрическим данным, ребенок является недоношенным, со сроком внутриутробной жизни 27-29 недель, жизнеспособным, зрелым. Наличие дышавших легких, что подтверждается положительной плавательной пробой и наличием створок диатомового планктона в легких, говорит, что ребенок является живорожденным. Длительность внеутробной жизни – не менее нескольких минут.2.Смерть новорожденной наступила в результате наступила в результате механической асфиксия от закрытия отверстий рта и носа со сдавлением головы, что подтверждается наличием общеасфиктической картины, признаков давления на мягкие ткани головы с наличием кровоизлияний (см. пункт 1), наличием черепно-мозговой травмы сдавления с действием травмирующих сил в передне-заднем направлении навстречу друг другу, с локальным переломом латерально-базиллярного синхондроза, перерастяжением с разрывами серпа и парусов мозжечкового намета, наличием отграничено-диффузных кровоизлияний в больших полушариях в проекции лябдовидного шва (Новая медицинская технология ФС по надзору в сфере здравоохранения и социального развития ФС №2011/169 от 15.06.11 «Судебно-медицинская дифференциальная диагностика родовой травмы нервной системы от травмы насильственного происхождения»). Повреждения возникли от давления твердых тупых предметов без четких идентифицирующих признаков навстречу друг другу. Кровоизлияния в коже головы могли возникнуть, в том числе и при воздействии пальцев рук человека. 3.Обнаруженная при судебно-медицинской экспертизе трупа черепно-мозговая травма сдавления по тяжести вреда здоровья не оценивается, т.к. входит в комплекс повреждений при механической асфиксии, которая согласно пункту 4.а Правил определения степени тяжести вреда, причиненного здоровью человека (Постановление Правительства РФ от 17 августа 2007 г. N 522) квалифицируется, как обусловившая тяжкий вред здоровью и имеет прямую причинную связь со смертью.4.Согласно динамике трупных явлений давность смерти не менее 2-х суток на момент вскрытия трупа в морге. 5.Данных о наличия алкоголя в крови пострадавшей не обнаружено. | ТК ГИА | УК-1 ПК-1 ПК-2 ПК-3 ПК-5 ПК-7 ПК-8 ПК-9 ПК-10 |
| 33 | ОБСТОЯТЕЛЬСТВА ДЕЛА: в направлении указано, что «около 21,00 минут 30 мая 2011 в приусадебном участке д.№ 00 по ул. Мира п. …….. Ивановского района К. края в земле в картонной коробке обнаружен труп младенца, рожденный гр. Н. 1983 г.р., в ходе проверки по сообщению, 28.05.11г. ».НАРУЖНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ: Труп ребенка женского пола, доставлен в картонной коробке в целлофановом пакете, плацента 220 гр., диаметром 14 см. Масса тела 1100 грамм, длина 39 см. Правильного телосложения. С неотделенной пуповиной, длиной 43 см. Кожа обильно опачкана землей, по отмыванию земли в сыровидной смазке. На плечах пушковые волосы. Большие половые губы не прикрывают малые. В соединительных оболочках глаз и слизистой век множественные кровоизлияния. Пупочное кольцо по центру передней брюшной стенки. Из носа подтекает красноватая, гнилостная жидкость. Прямой размер головы 10 см, большой поперечный 8,0 см большой косой 11,5 см. Голова правильной формы, кости черепа и лицевого скелета на ощупь целы. Грудная клетка цилиндрическая, эластичная, упругая, ребра на ощупь целы. Живот на одном уровне с грудной клеткой. Слизистая оболочка губ синюшная, подсохшая. Анальное отверстие сомкнуто. Кости конечностей целы. Ядро Беклара отсутствует.ПОВРЕЖДЕНИЯ. Видимых повреждений при наружном осмотре не выявлено. Кожные разрезы проведены методом Медведева с полной отсепаровкой кожи лица. При послойной отсепаровке кожи лица, грудной клетки - слева в мышцах над грудино-ключичным сочленением округлое кровоизлияние диаметром 1см. Кровоизлияние в виде полосы шириной в 2,5см, условно начинающееся слева в височных мышцах проходящее по мышцам подчелюстной области и мягким тканям передней поверхности нижней челюсти и заканчивающееся справа в мышцах в проекции сосцевидного отростка. В зоне кровоизлияние пропитывание мягких тканей до кости. В области нижнечелюстных суставов с обеих сторон в подкожной клетчатке кровоизлияние диаметром по 2 см. При проведении воздушной пробы – получен воздух из плевральных полостей, из полостей сердца не получен.Извлечение органокомплекса произведено по методу Шора, с рассечением ребер спереди. Череп вскрывался циркулярным распилом. Доступ к спинному мозгу осуществлялся сзади по методу Медведева. ПОЛОСТЬ ЧЕРЕПА: Незначительное смещение левой теменной кости на правую, в теменной области с центром в 3см от венечного шва поднадкостничное кровоизлияние диаметром 5см, к этой же зоне кровоизлияние и студневидный отек кожи. Череп вскрыт методом Фишера. При ревизии слева немного жидкой темной крови в средней и передней черепных ямках. Интрадуральное кровоизлияние в серпе от петушиного гребня и до вершины лямбдовидного шва по ходу сагиттального синуса, краевые надрывы длиной по 0,5см, с обеих сторон радиально от тинкториальной вырезки парусов мозжечкового намета с инфильтрацией их кровью, с разволокнениями и кровоизлияниями в парусах намета. Субарахноидально резкое полнокровие сосудов оболочек. Справа и слева пои наружной и верхней поверхностям теменных и затылочных долей отграниченно диффузные темно-красные кровоизлияния диаметром по 4 см, с максимальной интенсивностью в глубине борозд. Под надкостницей затылочного бугра кровоизлияние диаметром 1 см. В задней черепной ямке немного жидкой крови, в зоне стока пазух интрадуральных кровоизлияний не выявлено. Отмечается полный отрыв чешуйки затылочной кости от боковой части с массивными эпидуральными кровоизлияниями в данной зоне, и слева - инфильтрирующеся кровоизлияние в лямбдовидном синдосмозе на границе с чешуйчатым швом, на участке длиной 1 см. При ревизии шейного отдела позвоночника и позвоночных артерий каких-либо повреждений не выявлено. Головной мозг студневидный, видимых глазом повреждений не выявлено. ОРГАНЫ ШЕИ, ГРУДНОЙ И БРЮШНОЙ ПОЛОСТЕЙ: язык грязно-серый влажный, не обложен. Слизистые оболочки носоглотки грязно-серые, влажные, блестящие. В венах темная жидкая кровь. Щитовидная железа обычных размеров, с равновеликими долями, плотно-эластичная, темно-коричневая, на разрезе полнокровна, дольчатого строения. Аорта эластична, со следами жидкой крови в просвете. Левое легкое выполняет половину грудной клетки, правое легкое 2/3. В передних отделах легкие розовые, в остальных отделах темно-розовые. При проведении воздушной пробы концевые отделы передней поверхности нижней доли правого легкого плавают, остальные отделы легких тонут. Оба легких, кроме плавающих частей изъяты на диатомовый планктон. В субплевральном и под эпикардом точечные кровоизлияния. Легкие весом 30 грамм оба. В полости перикарда следы прозрачной с гнилостным запахом жидкости, листки его гладкие, влажные, блестящие. Сердце 2,5х2х1,5 см, эластичное с правильно сформированными сосудами и полостями. Баталов проток и овальное окно открыты. В полостях сердца жидкая кровь с гнилостными изменениями, пороков не выявлено. Толщина правого и левого желудочков по 0,3 см. Желудок раздут гнилостными газами. Толстый кишечник выполнен меконием, поворот завершен, тонкий кишечника пустой. Селезенка расползается под пальцами из-за аутолиза, размером 3,5х1,5х1 см. Печень весом 110 грамм, коричневая эластичная полнокровная. 10х5х3х2 см. Поджелудочная железа обычных размеров, плотно-эластичная, бледно-серая, на разрезах – дольчатого строения Почки равновелики, размером 2х1,5х1,1 см дряблые с аутолизом, полнокровные. Капсула снимается легко, обнажая эмбриональную дольчатость. Слизистые оболочки лоханок и чашечек бледно-синюшные, гладкие, блестящие, просвет их свободен. Мочеточники проходимы на всем протяжении, с бледно-серой слизистой. Мочевой пузырь пуст, слизистая оболочка его складчатая, бледно-серая, уретра свободно проходима. На этиловый алкоголь взят фрагмент плаценты. В судебно-биологическое отделение направлена селезенка для определения видовой принадлежности. На диатомовый планктон почка, оба легких. ДАННЫЕ ДОПОЛНИТЕЛЬНЫХ МЕТОДОВ ИССЛЕДОВАНИЯ.1.Акт исследования трупного материала. В легком обнаружены створки диатомового планктона. В почках не обнаружены.2.Акт судебно-химического исследования. В плаценте этиловый спирт не обнаружен.Вопросы:1.Является ли труп младенца новорожденным, доношенным, срок внутриутробной жизни?2.Причина смерти?3.Степень тяжести вреда причиненного здоровью человека?4.Время наступления смерти?5.Состояние опьянения? | 1.Наличие неотделенной пуповины говорит о том, что ребенок новорожденный. Согласно антропометрическим данным, ребенок является недоношенным, со сроком внутриутробной жизни 27-29 недель, жизнеспособным, зрелым. Наличие дышавших легких, что подтверждается положительной плавательной пробой и наличием створок диатомового планктона в легких, говорит, что ребенок является живорожденным. Длительность внеутробной жизни – не менее нескольких минут.2.Смерть новорожденной наступила в результате наступила в результате механической асфиксия от закрытия отверстий рта и носа со сдавлением головы, что подтверждается наличием общеасфиктической картины, признаков давления на мягкие ткани головы с наличием кровоизлияний (см. пункт 1), наличием черепно-мозговой травмы сдавления с действием травмирующих сил в передне-заднем направлении навстречу друг другу, с локальным переломом латерально-базиллярного синхондроза, перерастяжением с разрывами серпа и парусов мозжечкового намета, наличием отграничено-диффузных кровоизлияний в больших полушариях в проекции лябдовидного шва (Новая медицинская технология ФС по надзору в сфере здравоохранения и социального развития ФС №2011/169 от 15.06.11 «Судебно-медицинская дифференциальная диагностика родовой травмы нервной системы от травмы насильственного происхождения»). Повреждения возникли от давления твердых тупых предметов без четких идентифицирующих признаков навстречу друг другу. Кровоизлияния в коже головы могли возникнуть, в том числе и при воздействии пальцев рук человека. 3.Обнаруженная при судебно-медицинской экспертизе трупа черепно-мозговая травма сдавления по тяжести вреда здоровья не оценивается, т.к. входит в комплекс повреждений при механической асфиксии, которая согласно пункту 4.а Правил определения степени тяжести вреда, причиненного здоровью человека (Постановление Правительства РФ от 17 августа 2007 г. N 522) квалифицируется, как обусловившая тяжкий вред здоровью и имеет прямую причинную связь со смертью.4.Согласно динамике трупных явлений давность смерти не менее 2-х суток на момент вскрытия трупа в морге.5.Данных о наличия алкоголя в крови пострадавшей не обнаружено. | ТК ГИА | УК-1  ПК-1  ПК-2  ПК-3  ПК-5  ПК-7  ПК-8  ПК-9  ПК-10  |
| 34 | ОБСТОЯТЕЛЬСТВА ДЕЛА: в направлении указано, что «29.03.2012 в 23:00 час. в кв. 000 по ул. Мира, 00 г. К…. обнаружен труп гр. А. с признаками самоповешания». Других данных в направлении нет.Представлена карта осмотра трупа от 30.03.2012г., заполненная СМЭ, в которой указано: «… Время начала осмотра 01:20, время окончания 03:05. Температура воздуха +24,6 градусов. Труп находится в помещении в одежде, лежит на спине. Трупные явления на 01:25 – Идиомускулярная опухоль не образуется. Температура ректальная в 02:05 – 30,7 градуса, в 03:05 – 29,5 градуса. Отмечается заметное охлаждение на ощупь покрытых одеждой частей тела. Трупное окоченение хорошо выражено во всех группах мышц. Трупные пятна багрово-синюшные, располагаются циркулярно на верхних и нижних конечностях, при давлении исчезают и восстанавливаются через 4 минуты 35 секунд. В верхней трети шеи косо-восходящая снизу вверх спереди назад странгуляционная борозда, шириной 0,6см». НАРУЖНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ. На трупе следующая одежда: штаны черные, трусы черные, носки черные. По снятию одежды труп мужского пола, нормостенического телосложения, удовлетворительного питания, длиной тела около 168 см, с вытянутой верх правой рукой 211см, массой 62кг. Кожные покровы бледно-серого цвета, холодные на ощупь. Трупные пятна разлитые, насыщенные, багрово-фиолетовые, располагаются на задней поверхности туловища и преимущественно на всем протяжении нижних конечностей циркулярно, а также циркулярно в области предплечий и кистей, при надавливании цвета не меняют. В коже нижних конечностей циркулярно определяются множественные точечные темно-вишневые диффузные кровоизлияния. Трупное окоченение умеренно выражено во всех группах обычно исследуемых мышц. Голова обычной формы. Волосы на голове темно-русые, длиной до 0,7 см. Кости мозгового и лицевого скелета, хрящи носа и ушных раковин на ощупь целы. Выделений из наружных носовых и слуховых проходов не отмечается, кожа вокруг них чистая. Глаза закрыты, роговицы прозрачные, в соединительнотканных оболочках глаз определяются точечные темно-красные кровоизлияния, радужка серая. Зрачки равны по 0,5см в диаметре. Рот закрыт, язык зажат между зубами, кончик его подсохший. На верхней и нижней челюстях все зубы целы. Слизистая губ, десен серо-синюшная, без кровоизлияний. Шея развита пропорционально туловищу. Грудная клетка цилиндрической формы, симметричная, упругая. Живот расположен на уровне реберных дуг, не напряжен. Наружные половые органы развиты правильно по мужскому типу, выделений из наружного отверстия мочеиспускательного канала не отмечается. Оволосение на лобке по мужскому типу, выделений из наружного отверстия мочеиспускательного канала не отмечается. Яички в мошонке. Заднепроходное отверстие сомкнуто. Кожа промежности чистая. Кости верхних и нижних конечностей на ощупь целы. ПОВРЕЖДЕНИЯ: В верхней трети шеи имеется одиночная незамкнутая неравномерно вдавленная косо-восходящая спереди назад странгуляционная борозда, более выраженная на правой боковой поверхности шеи, которая располагается в виде полосы вдавления с красновато-коричневым, запавшим, подсохшим дном, с нависающим верхним кожным валиком, с участками осаднения красновато-коричневого цвета на правой боковой поверхности шеи шириной до 0,2см. На передней поверхности шеи ширина борозды 1,5см, на левой боковой поверхности шеи 1,1см, на правой боковой поверхности 1,6см, на задней поверхности 1,0см. На передней поверхности шеи борозда проходит на 3см ниже подбородочного выступа. Правый луч проходит чуть под углом к краю нижней челюсти на расстоянии 4,5см от угла нижней челюсти, на 6,5см ниже сосцевидного отростка. Левый луч проходит под углом к краю нижней челюсти, на расстоянии 2,5см от угла нижней челюсти, и на 4,0см ниже сосцевидного отростка. Левый луч затухает в затылочной области на 4,5см правее срединной линии на 0,5см выше уровня сосцевидного отростка. Правый луч затухает в затылочной области на 1см правее срединной линии на уровне затылочной бугра. В дне борозды местами определяется выстоящий над поверхностью валик шириной около 0,1см, ориентированный параллельно краям борозды. На передней поверхности шеи над выше описанной бороздой на расстоянии 1 см располагается горизонтальная линейная полосовидная ссадина ниже уровня кожи длиной 2см. На переднебоковой поверхности шеи слева от нижнего края выше описанной борозды проходит дугообразный горизонтально ориентированный овально-вытянутый пестрого вида багрово-фиолетовый кровоподтек, дугой открытый кверху размерами 8,5х0,4см.Произведено исследование борозды: для этого кусочек кожи с бороздой отсепарован и уложен между предметными стеклами, при исследовании в проходящем свете, обнаружено спадание и запустевание капилляров в дне борозды наряду с гиперемией и полнокровием сосудов в области краев (проба Бокариуса-Нейдинга).Каких-либо других повреждений при наружном исследовании трупа не обнаружено.ВНУТРЕННЕЕ ИССЛЕДОВАНИЕ: ПОЛОСТЬ ЧЕРЕПА: Кожно-мышечный лоскут головы с внутренней поверхности влажный, блестящий, без кровоизлияний. Височные мышцы красно-коричневого цвета влажные, блестящие, без кровоизлияний. Череп вскрыт угловым распилом. Толщина лобной кости 0,7см, теменных 0,4см, затылочной 0,6см. Твердая мозговая оболочка на видимых участках несколько напряжена, в синусах жидкая темно-красная кровь. Полушария мозга симметричны, борозды сглажены, извилины резко уплощены. Сосудистый рисунок выражен. Мягкая мозговая оболочка прозрачная, с полнокровными сосудами. Ткань мозга на разрезе с четкой границей между серым и белым веществом, полнокровная, влажная. Сосудистые сплетения серо-синюшные спавшиеся. При разрезе ткань мозга мягкая, влажная, тянется за лезвием ножа. Каких-либо кровоизлияний и патологических включений в сером и белом веществе головного мозга не обнаружено. Подкорковые ядра серовато-коричневого цвета, обычного строения. Стволовые отделы мозга на разрезе белесоватого цвета, рисунок строения их сохранен. Сосуды основания мозга спадаются, тонкие, просвет их на поперечных разрезах свободен. Мозжечок имеет древовидное строение. Каких-либо патологических включений в стволовых отделах мозга не обнаружено. На миндалинах мозжечка отмечается вдавление в виде отпечатка края большого затылочного отверстия шириной 0,5 см без кровоизлияний в области его границ. По снятию твердой мозговой оболочки кости свода и основания черепа целы. Пазуха основной кости не вскрывалась. Масса головного мозга 1370 гр. ГРУДНАЯ И БРЮШНАЯ ПОЛОСТИ: Подкожно-жировая клетчатка выражена удовлетворительно. Толщина подкожно-жирового слоя на шее – 0,3см, грудной клетке – 0,5см, животе – 1,5см. Мышцы груди и живота красно-коричневого цвета, влажные, блестящие. В подкожно-жировой клетчатке и мышцах шеи по ходу борозды имеются темно-вишневые, очаговые кровоизлияния. Проведено исследование сонных артерий, повреждений их стенок не обнаружено. Отмечается темно-вишневое кровоизлияние в ножку грудино-ключично-сосцевидной мышцы справа на участке размером 5х3,5х0,5см. Грудная клетка цела. Проведено удаление грудины по хрящевым частям ребер. Органы в полостях расположены правильно. Легкие выполняют объем плевральных полостей на 2/3. Печень из-под края реберной дуги не выстоит. Большой сальник на 2/3 прикрывает петли кишечника. Петли кишечника равномерно подвздуты. Брюшина перламутрового вида, гладкая, блестящая. В плевральных полостях и брюшной полости спаек и свободной жидкости не выявлено. Мочевой пузырь на уровне лона, в его полости около 70мл прозрачной светло-желтой мочи, слизистая его серая, складчатость выражена. Органы извлечены единым органокомплексом по методу Шора. В просвете аорты следы жидкой темно-красной крови. Интима ее светло-желтая с единичными бляшками в виде пятен и полос. Ширина окружности аорты в грудном отделе – 4,7см, в брюшном – 3,5см; края ее на поперечном сечении расходятся на 3см. В просвете пищевода следы белой мутной жидкости, слизистая серого цвета, влажная, блестящая, продольная складчатость выражена. Язык чистый, сосочки у корня языка выражены, мышца языка на разрезе красно-коричневая, блестящая, без кровоизлияний. Миндалины размером 1,5х1,3х2см, серо-красного цвета, влажные. Вход в гортань и пищевод свободен. Признаков отека слизистой гортани нет. Подъязычная кость подвижная в суставах, в мышцах по ходу подъязычной кости кровоизлияний нет. Доли щитовидной железы размером 4х2,5х1,5см, серо-красного цвета, коллоидного строения, полнокровные. В просвете трахеи и главных бронхов следы розоватой пенистой слизи; слизистая их серо-розовая, влажная, гладкая, блестящая. Под плеврой легких отмечаются множественные точечные темно-красные кровоизлияния. Легкие массой: правое 580гр, левое 540гр; эмфизематозно вздуты, местами похрустывают при надавливании, красновато-бордовые с поверхности. На разрезе ткань легких темно-вишневого цвета, сосудистый и бронхиальный рисунок выражен. При надавливании с поверхности разреза стекает небольшое количество пенистой жидкости и темно-красная жидкая кровь. Надпочечники овальной формы, размерами по 3,5х2,5х0,5см; на разрезе корковый слой темно-коричневый, мозговой светло-желтого цвета. Околопочечная клетчатка развита удовлетворительно. Почки парные, плотные, овальной формы, размерами правая 11х6х3,5см, массой 140гр, левая 10,5х6х3см, массой 130гр. На разрезе полнокровные, корковый слой около 0,6см темно-бордового цвета, пирамиды темно-бордового, границы между слоями не прослеживается. Лоханки умеренно обложены жиром, слизистая их серая с единичными точечными темно-вишневыми кровоизлияниями. Фиброзная капсула с почек снимается легко, обнажая гладкую поверхность. Мочеточники проходимы на всем протяжении. Сердечная сорочка цела, в её полости следы светло-желтой прозрачной жидкости. Сердце конусовидной формы, плотно-эластичное на ощупь, размером 11х9х5,5см, массой 300гр. На разрезе полости сердца не расширены, в них следы жидкой темно-красной крови. Сосочковые и трабекулярные мышцы не утолщены, сухожильные нити не укорочены. Под эпикардом по всей поверхности определяются множественные слабо выраженные точечные темно-красные кровоизлияния. Клапаны аорты не утолщены, эластичные, полностью смыкаются. Стенка левого желудочка 1,3см, правого 0,3см. Мышца сердца на разрезе равномерного красно-коричневого цвета. Под эндокардом левого желудочка со стороны перегородки определяются мелкоочаговые сливающиеся темно-фиолетовые кровоизлияния на участке размером 4,5х3см. Венечные сосуды умеренно обложены жиром. На разрезе просвет их свободен, стенки тонкие. Тип кровоснабжения сердца правый. Селезенка дряблая с морщинистой капсулой, размером 16х10х3см, массой 230гр. На разрезе темно-вишневая, пестрая, при проведении спинкой ножа пульпа дает умеренный соскоб. Печень красно-коричневая с поверхности, гладкая, плотно-ластичная на ощупь, передний край ее заострен, размером 25х17х15х6,5см, массой 1450гр. На разрезе ткань печени красно-коричневого цвета, полнокровная. Желчный пузырь овально-вытянутой формы, содержит в себе около 20мл оливкового цвета желчи. Общий желчный проток проходим на всем протяжении, слизистая бархатистая, темно-зеленого цвета. Поджелудочная железа в виде плотноватого тяжа, размером 16,5х3х2х2см. На разрезе ткань бледно-желтая, дольчатого строения. В желудке следы светло-коричневой мутной жидкости; слизистая бледно-розовая, складчатость выражена, без кровоизлияний. В просвете тонкого и толстого отделов кишечника полужидкое и кашицеобразное светло-коричневое содержимое, слизистая кишечника бледно-розовая, складчатость выражена. Кости позвоночника, грудной клетки, таза, верхних и нижних конечностей целы.ПРИМЕЧАНИЕ:В судебно-химическое отделение направлены кровь и моча для определения наличия этилового спирта.В судебно-биохимическое отделение направлена кровь из бедренной вены и синусов твердой мозговой оболочки для определения разности глюкозы.В судебно-гистологическое отделение направлены кусочки внутренних органов: кожи с бороздой, мышцы шеи, легкого, сердца, для определения патоморфологических изменений и прижизненности повреждения. ДАННЫЕ ДОПОЛНИТЕЛЬНЫХ МЕДИЦИНСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ:Согласно служебной записке к акту судебно-химического исследования от 09.04.2012г., выполненного экспертом-химиком, в крови и моче этиловый спирт не обнаружен.Согласно акту судебно-биохимического исследования от 10.04.2012г., выполненного смэ, глюкоза в крови из бедренной вены 3,03 ммоль/л, из синусов ТМО 0,81 ммоль/л. Согласно акту судебно-гистологического исследования от 10.04.2012г., полученному 11.04.2012г., выполненного смэ, дано заключение: В представленном кусочке кожи признаки компрессионного воздействия. Очаговые кровоизлияния в представленном кусочке мягких тканей с области шеи. Острое полнокровие сосудов легкого, очаговая альвеолярная эмфизема, отек в легком, мелкоочаговый внутриальвеолярный эритродиапедез. Согласно выписке из протокола исследования образцов крови в ИФА на «СПИД» в Краевой клинико – иммунологический центр к заключению эксперта от 30 марта 2012г.: Вич-отрицательно. Вопросы:1. Причина смерти?
2. Время наступления смерти?
3. Механизм травмы?
4. Степень тяжести вреда причиненного вреда здоровью человека?
5. Употреблял ли потерпевший не задолго до смерти алкоголь?
 | 1. Смерть его наступила в результате механической асфиксии от сдавления органов шеи петлей при повешении, что подтверждается наличием одиночной незамкнутой неравномерно вдавленной косо-восходящей странгуляционной борозды в верхней трети шеи, мелкоочаговыми кровоизлияниями в коже нижних конечностей, в соединительно-тканных оболочках глаз, кровоизлияниями в мягкие ткани шеи в проекции борозды, в ножке грудино-ключично-сосцевидной мышцы справа, положительной пробой Бокариуса-Нейдинга, наличием кровоизлияний под легочную плевру, эпикард и эндокард (пятна Тардье), острым полнокровием сосудов легких, очаговой альвеолярной эмфиземой, отеком в легких, мелкоочаговым внутриальвеолярным эритродиапедезом, жидким состоянием крови в полостях сердца и просветах крупных сосудов, венозным полнокровием внутренних органов, разностью содержания глюкозы в крови из бедренной вены 3,03 ммоль/л, из синусов твердой мозговой оболочки 0,81 ммоль/л. 2. Согласно выраженности трупных явлений на момент осмотра трупа на месте его обнаружения, (ректальная температура – в 02:05 - 30,7; в 03:05 - 29,5; трупное окоченение хорошо выражено во всех группах мышц, при ударе по двуглавой мышце плеча идиомускулярная опухоль не образуется, время восстановления трупных пятен после их исчезновения при надавливании – 4мин 35сек) смерть его могла наступить в пределах 9-20 часов к моменту осмотра.3. Описанная выше странгуляционная борозда, с развитием механической асфиксии от сдавления органов шеи, могла возникнуть от воз­действия петли, при затягивании её под тяжестью собст­венного тела, что подтверждается наличием нависающего верхнего валика по краю странгуляционной борозды, кровоизлияниями в мышцы шеи в проекции странгуляционной борозды, характером расположения ее на шее как косовосходящей, циркулярным расположением трупных пятен на верхних и нижних конечностях. Обнаруженные на передней поверхности шеи ссадина и кровоподтек рядом со странгуляционной бороздой могли возникнуть при смещении петли на шее. 4. Описанное выше состояние в виде механической асфиксии с нали­чием, описанной выше, странгуляционной борозды состоит в прямой при­чинной связи с наступившей смертью. Обнаруженная при исследовании механическая асфиксия от сдавления органов шеи петлей при повешении, согласно приказу МЗиСР РФ 294н от 24.04.2008г. пункт 6.2.10. отнесена к критериям, характеризующим квалифицирующий признак вреда, опасного для жизни человека. По указанному признаку, согласно правилам «Определения тяжести вреда, причиненного здоровью человека» (постановление правительства РФ №522 от 17.08.2007г) механическая асфиксия от сдавления органов шеи петлей при повешении квалифицируется как ТЯЖКИЙ вред здоровью.5. При судебно-химическом исследовании в крови и моче этиловый спирт не обнаружен. | ТК ГИА | УК-1  ПК-1  ПК-2  ПК-3  ПК-5  ПК-7  ПК-8  ПК-9  ПК-10  |
| 35 | В подвале 01.01с.г., обнаружен труп гр-на Н., 35лет, без одежды. Кожные покровы холодные на ощупь, по типу «гусиной» кожи. В лобной области 3 ссадины 1,5х0,8см, 1,8х1,0см, 2,0х1,0см, с буровато-красным подсохшим дном. Трупные пятна разлитые, розово-красные, на заднебоковых поверхностях тела, при надавливании не бледнеют. Трупное окоченение хорошо выражено во всех группах обычно исследуемых мышц; внутрипеченочная температура 30˚, идиомускулярная опухоль: вмятина на месте удара. … переполнение темно-алой с розоватым оттенком жидкой крови и мелкими свертками в полостях сердца, острое об­щее венозное полнокровие, красный цвет легких на разрезе, слизистая оболочка желудка рыхлая, отечная, с наличием по вершинам складок слизистой буровато-коричневых кровоизлияний в виде «шапочек» (пятна Вишневского),… выраженный отек мягких мозговых оболочек. При лабораторном исследовании: отсутствие зерен гликогена в цитоплазме гепатоцитов, признаки спазмов бронхов в легком, кровоизлияния в слизистую желудка; концентрация глюкозы в крови – 1,3ммоль/л. Этиловый алкоголь в крови 0,4‰, в моче 0,5‰.Вопросы:1. Определить причину смерти
2. Определить давность наступления смерти
3. Имеются ли телесные повреждения, если да – их вид, характер, локализация.
4. Какой механизм образования повреждений, давность возникновения, тяжесть причиненного вреда здоровью человека, отношение к причине смерти?

Употреблял ли алкоголь незадолго до наступления смерти | 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 организма2. Исходя из трупных явлений на момент обнаружения: трупные при надавливании не бледнеют, трупное окоченение хорошо выражено во всех группах обычно исследуемых мышц, внутрипеченочная температура 30˚, идиомускулярная опухоль: вмятина на месте удара, смерть могла наступить в пределах 9-11часов на момент осмотра трупа.3. При медицинском исследовании трупа обнаружены: ссадины в лобной области (3), буровато-красное дно ссадины указывает на прижизненность повреждения. Эти повреждения возникли от воздействия твердого тупого предмета (предметов), в период около 12-24 часов к моменту наступления смерти.4. Выявленные повреждения в связи с наступлением смерти не состоят и согласно пункту 9 раздела № 2 приказа МЗ и СР РФ 194н от 24.04.2008г. расцениваются, как повреждения, не причинившие вред здоровью человека. 5. При судебно-химическом исследовании обнаружен этиловый алкоголь в крови 0,4‰, в моче 0,5‰, что по аналогии с живыми лицами расценивается как незначительное влияние этилового алкоголя на организм.  | ТК ГИА | УК-1  ПК-1  ПК-3  ПК-5  ПК-7  ПК-8  ПК-9  ПК-10  |
| 36 | ОБСТОЯТЕЛЬСТВА ДЕЛА: в постановлении указано, что «15.05.2011 в Краевой клинической больнице в отделении реанимации скончалсягр З., 2008г.р., который был доставлен в больницу 27.04.2011г из дома по адресу: Емельяновский район, п. Элита, 2. По предварительным данным гр. З. взялся руками за оголенный электрический провод под напряжением».Представлена медицинская карта стационарного больного из ККБ на имягр. З., 2008 года рождения, согласно которой доставлен бригадой скорой помощи 27.04.2011г в 12:37 с диагнозом: электротравма, состояние после клинической смерти. Представлена выписка из амбулаторной карты из МУЗ «Емельяновской центральной районной больницы» Элитовской врачебной амбулатории на имягр З., 2008г.р., проживавшего по адресу: Емельяновский район, п. ……..ул……….00, согласно которой: «27 апреля в 11 часов ребенок был доставлен в амбулаторию попутным транспортом бабушкой без признаков жизни. Со слов бабушки электротравма произошла во дворе ее дома в 10:55. Ребенок взялся рукой за оборванный оголенный провод. На момент осмотра ребенок без сознания, кожные покровы бледные, зрачки на свет не реагируют, расширены. Дыхание, сердцебиение и артериальное давление не определяется. Немедленно были начаты реанимационные мероприятия: закрытый массаж сердца, искусственная вентиляция легких методом «рот в рот». Параллельно внутривенно вводились: адреналин, преднизолон, натрий хлорид. При отсутствии эффекта было произведено повторное внутривенное введение этих же препаратов и в той же дозе. Примерно на 20 минуте реанимационных мероприятий появилось сердцебиение, затем самостоятельное дыхание и АД 70/40мм.рт.ст. После чего бледность сохранялась, зрачки стали реагировать на свет, тоны сердца приглушены, аритмичные, дыхание глубокое 12 в минуту. Сознания нет. Прибывшей машиной скорой помощи Емельяновской ЦРБ реберной был госпитализирован в г. Красноярск. Диагноз: поражение электрическим током. Состояние после перенесенной клинической смерти. Кома IIIст.». 27.04.2011г в 12:40 осмотр зав. ожоговым отделением: без сознания, на ИВЛ. Со слов персонала скорой помощи получил удар электрическим током дома у бабушки в п. Элита. Потеря сознания, остановка дыхания, сердечной деятельности, реанимационные мероприятия. Бригадой скорой помощи забран из Емельяновской ЦРБ, доставлен в ККБ, госпитализирован в ОРИТ № 1. Анамнез выяснить из-за отсутствия родителей не удалось. Объективно: состояние крайне тяжелое, сознание угнетено, в мед. седации. Телосложение правильное. Питания нормального. Кожные покровы бледные, чистые. Периферические лимфоузлы не увеличены. Слизистые цианотичные. Язык чистый, влажный. В легких дыхание спонтанное через назотрахеальную трубку, хрипов нет, ЧДД 40 в минуту. Тоны сердца приглушены, ритмичные, ЧСС 150 в минуту, АД 90/40мм.рт.ст. Живот правильной формы, в акте дыхания участвует, при пальпации мягкий, безболезненный. Печень не увеличена. Селезенка, почки не пальпируются. Диурез 50мл по катетеру, светлая. Локально: на правой кисти, по ладонной поверхности 2,3,4 пальцев на ногтевых и средних фалангах раны линейной формы, с обугленными краями, кратерообразный некроз глубиной 0,3см. На левой кисти на ногтевой фаланге большого пальца в 1 межпальцевом промежутке, кратерообразный некроз. Диагноз: электротравма IIIст. Электротермический ожог III-IVст. пальцев обеих кистей. 15.05.2011г дежурный реаниматолог, 08:20: состояние больного с отрицательной динамикой. Сознание угнетено до комы III-IV. Нарастает инотропная стимуляция. АД 40/10мм.рт.ст. пульс 30 в минуту. Объективно: кожные покровы землистого цвета, умеренной влажности. Генерализованная мышечная атония, арефлексия. В легких дыхание проводится во всех отделах, равное, с большим количеством хрипов. Гемодинамика крайне не стадильная. Сердечные тоны ясные, ритмичные. Живот подвздут, газы отходят. Перистальтика вялая. Продолжается АИВЛ. На этом фоне в 08:30 отмечена асистолия. На фоне продленной АИВЛ больному внутривенное струйно введено: адреналин, атропин, преднизолон. Проводился непрямой массаж сердца. В течении 40 минут проводился полный комплекс стандартных реанимационных мероприятий, без эффекта. Сохраняется асистолия. Зрачки равные, полная арефлексия. В 09:10 констатирована смерть. 15.05.2011г посмертный эпикриз: Зубченко Александр Александрович, 18.05.2008 г.р. поступил в ОРИТ № 4 ГКБУЗ ККБ 27.04.2011 года в 12 часов 37 минут. Доставлен бригадой скорой помощи № 4 на спонтанном дыхании с Емельяновской ЦРБ. Диагноз: электротравма 3 ст. (по Березневой). Электрический ожог IIIБ-IV пальцев обеих кистей, состояние после клинической смерти. Состояние при поступлении крайне тяжелое кома III, АИВЛ с момента поступления. Проводилась дезинтоксикационная терапия, переливания одногрупной крови, плазмы. Получал анальгетики, антибиотикик, симптоматическая терапия, перевязки согласно фазам раневого процесса. На фоне проводимой терапии отмечалось тяжелое течение постреанимационной болезни, гиперосмолярная кома. Течение болезни осложнилось сепсисом, двухсторонней пневмонией, синдромом полиорганной недостаточности. Децеребрация. На фоне нарастающих явлений сердечно-легочной недостаточности 15.05.2011 года в 08 часов 40 минут остановка сердечной деятельности. Реанимационные мероприятия без эффекта, в 09 часов 10 минут констатирована смерть. Посмертный клинический диагноз: Основной: Электротравма 3 ст. (по Березневой). Электротермический ожог IIIБ-IV пальцев обеих кистей, состояние после клинической смерти. Осложнения: Сепсис. Двухсторонняя вентиляторассоциированная пневмония. Синдром полиорганной недостаточности. Децеребрация. Постреанимационная болезнь. Церебральная гиперосмолярная кома. Непосредственная причина смерти: Острая сердечно-легочная недостаточность. НАРУЖНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ: Труп мальчика доставлен без одежды, длина тела 100см, вес 8500кг. Правая кисть в марлевой повязке. Справа в области пахового сгиба в сосуды введены катетеры. В затылочной области дефект кожи с центром в области затылочного бугра прикрытый желтого цвета пленкой, диаметром 4см. Края дефекта набухшие, дном являются покрытая фибрином кость, дно подсохшее, по краям влажное, серого цвета. Трупное окоченение выражено во всех обычно исследуемых группах мышц. Трупные пятна в отлогих местах тела. Правильного телосложения, удовлетворительного питания.ПОВРЕЖДЕНИЯ: На правой кисти, по ладонной поверхности указательного пальца, распространяясь на 1-ую его фалангу, мягкие ткани мумифицированы, сухие, темно-вишневого с серым оттенком цвета. В основании 3-й фаланги с переходом на ладонь на этом участке кратерообразный дефект ткани, выполненный сухой золотистого цвета коркой, диаметр дефекта 0,5см, глубина его до 0,3см. На среднем пальце в области локтевого ложа дефект эпидермиса покрытый аналогичной сухой коркой, ориентированный у основания ногтя горизонтально, 0,6х0,2см. Слева у основания большого пальца по ладонной поверхности на участке 3х1,5см овальной формы мумифицированное подсыхание ткани, в центре которого кратерообразный дефект диаметром 0,5см, глубиной 0,2см покрытый сухой прозрачной коркой. Аналогичное подсыхание по тыльной поверхности концевой фаланги указательного пальца 2х1см, по ладонной поверхности концевой фаланги безымянного пальца с переходом на подушечку диаметром 0,7см и по подушечки мизинца диаметром 0,3см. Других повреждений при наружном исследовании не выявлено. ПОЛОСТЬ ЧЕРЕПА: При отсепаровке кожи в кожно-мышечном лоскуте головы выраженный студневидный отек. По снятию кожного лоскут головы кроме выше описанного дефекта повреждений нет. Отмечается расхождение венечного, лобного, стреловидного и ромбовидного швов до 0,1см между краями костей по стреловидному с кровоизлияниями по ходу швов. При распиле с распила вытекает мутная, окрашенная кровью жидкость. Череп вскрыт угловым распилом. По снятию крыши свода, которая отделилась сама от ТМО, швы свода черепа соединены между собой только соединительно-тканными перемычками. Субдуральное пространство полностью выполнено веществом мозга, поверхность полушарий лакирована. Вес мозга 1400 грамм. Мозжечок и продолговатый мозг при извлечении бесструктурные, расползаются под пальцами. Дифференцировки на серое и белое вещество сохранены, но вещество мозга на разрезах, особенно в субэпендемной зоне и подкорковых ядрах расползается под пальцами. В мягких мозговых оболочках множественные мелкоочаговые кровоизлияния по всем отделам. Отмечается наличие разрывных трещин по сквама латеральному синхондрозу. Разрывная трещина по лямбдовидному шву смыкается с трещиной внутренней костной пластинки по чешуйчатому шву с обеих сторон. При соприкосновении лямбдовидного и чешуйчатого шва внутрь чешуи затылочной кости по внутренней костной пластинке отходят радиальные трещины. Повреждений ТМО не выявлено.  ГРУДНАЯ И БРЮШНАЯ ПОЛОСТИ: Кожные разрезы проводились по методу Медведева. Повреждений в мягких тканях грудной клетки, живота и шеи не выявлено. Органокомплекс извлечен по методу Шора. В брюшной и плевральных полостях по 50мл прозрачной жидкости. Просвет воздухопроводящих путей заполнен прозрачной слизью. Легкие равномерно уплотнены, сине-фиолетового цвета, на разрезах на темно-красном фоне с мелкими желтовато-серыми множественными очагами с гнойным содержимым, размерами с «просяное зерно». В просвете мелких бронхов густой желтый гной. Масса обоих легких 400грамм. Сердце с правильно сформированными сосудами и полостями, массой 100грамм, размером 7,5х6,5х4см. Вскрытие сердца проводилось методом Автандилова. В полостях сердца смешанные сгустки крови. Почки равновелики, бобовидной формы, 6х3х2см, дряблые, эластичны, с сохранением эмбриональной дольчатости, массой 120грамм, слои четко различимы. Селезенка 6х3х1,5см, эластичная, белая пульпа выделяется, соскоба нет, весом 50грамм. Печень 18х12х11х7см, массой 550грамм, дрябло-эластичная с острым передним краем, пестрой окраски из-за множественных очагов жировой дистрофии, желтоватого цвета, диаметром не более 0,5см. В желудке прокрашенные желчью кашицеобразные желтые массы. Содержимое тонкого кишечника свойственное его отделам. В толстом кишечнике плотные каловые массы. Поджелудочная железа обычного вида, резко полнокровная, эластичная, бледно-серая, на разрезах – дольчатого строения.ПРИМЕЧАНИЕ:Кусочки внутренних органов направлены в судебно-гистологические отделение для определения патоморфологических изменений.Вопросы:1. Какова причина смерти и давность ее наступления?
2. Какова тяжесть причиненного вреда в совокупности и каждого повреждения в отдельности?
3. Через какое время после причинения повреждений наступила смерть?
4. Каково количество ударов, воздействий, которыми причинены повреждения? Какова сила ударов, воздействий?
5. Имеются ли на трупе следы и телесные повреждения, указывающие на возможную борьбу, самооборону?
 | 1. Причиной смерти ребенка явилась электротравма, обусловившая клиническую смерть и гибель головного мозга, что и стало непосредственной причиной смерти 15.05.2011 в 09 часов 10 минут, о чем свидетельствуют записи в истории болезни.
2. При экспертизе трупа обнаружены повреждения в виде электрометок - электротермического ожога III Б-IV пальцев на кистях обеих рук, повреждения являются составной частью электротравмы, которая согласно пункту 4.а Правил определения степени тяжести вреда, причиненного здоровью человека (Постановление Правительства РФ от 17 августа 2007 г. N 522) квалифицируется, как обусловившая тяжкий вред здоровью и имеет прямую причинную связь со смертью.
3. Учитывая, что по данным истории болезни электротравма произошла 27.04.11. в 10 час. 55 смин., а смерть наступила 15.05.2011 в 09 часов 10 минут, смерть наступила через 18 суток, 22 часа 25 мин.
4. Количество воздействий электротока 2-ва – входная электрометка и выходная. Сила тока в бытовой электросети 55 ампер, напряжение 220 вольт.
5. Каких либо признаков борьбы, либо самообороны с электрическим проводом при экспертизе не обнаружено.
 | ТК ГИА | УК-1  ПК-1  ПК-2  ПК-3  ПК-5  ПК-7  ПК-8  ПК-9  ПК-10  |
| 37 | Труп гр-на Н., 46 лет, обнаружен 24.04.с.г. в 10:00час., дома (на кровати); известно, что жаловался на боли в области груди, за медицинской помощью не обращался. В затылочной области справа овальный кровоподтек 2,5х3,0см, багрово-синюшного цвета. Трупное окоченение выражено во всех группах мышц, трупные пятна багрово-синюшные, разлитые, расположены на задней поверхности тела, три дозированном надавливании исчезают и восстанавливают цвет через 8секунд, внутрипеченочная температура 36˚, мышцы при механическом раздражении: быстро появляется плотных тяж высотой 1,6-2,0см… В крупных сосудах жидкая темная кровь с единичными сгустками вишневого цвета, выраженное полнокровие внутренних органов, точечные кровоизлияния под висцеральную плевру, эпикард. Легкие резко плотные на ощупь, с поверхности темно-красные, увеличены, на разрезе пестрые, светло-розовые и красно-коричневые, при надавливании с поверхности разрезов стекает обильное количество серо-желтой жидкости, из сосудов красная кровь. Гистологически: неравномерное кровенаполнение судов микроциркуляции в почках и в легких; венозное полнокровие внутренних органов; в легких дистелектазы, резкое полнокровие, стазы крови, сладж эритроцитов, в просвете альвеол скопления сегментоядерных лейкоцитов в большом количестве, в нескольких альвеолах, кроме клеток белой крови определяются неизмененные эритроциты, плевра без наложений. При судебно-биохимическом исследовании концентрация в крови мочевины – 55,13ммоль/л, креатинина – 0,35ммоль/л.Вопросы:1. Какова причина смерти?
2. Определить давность наступления смерти.
3. Указать наличие, вид, характер и локализацию повреждений.
4. Механизм и давность возникновения.
5. Тяжесть причиненного вреда здоровью.
 | 1. Обнаружение при экспертизе трупа гр-на Н., 46лет, изменения со стороны легких в виде увеличения их объема, изменения цвета: легкие резко уплотненны, с поверхности темно-красные, на разрезах пестрые, светло-красно-коричневые, с обильным количеством серо-желтой жидкости на разрезах, гистологически в легких дистелектазы, резкое полнокровие, стазы крови, сладж эритроцитов, в просвете альвеол скопления сегментоядерных лейкоцитов в большом количестве, в нескольких альвеолах, кроме клеток белой крови определяются неизмененные эритроциты, а так же признаки быстро наступившей смерти: неравномерное кровенаполнение судов микроциркуляции в почках и в легких; венозное полнокровие внутренних органов, повышение сосудистой проницаемости с мелкими кровоизлияниями под висцеральную плевру, эпи­кард, дает основание считать, что смерть наступила в результате двухсторонней фибринозно-гнойной пневмонии, осложнившийся инфекционно-токсическим шоком.
2. Трупные явления: температура печени 36˚, трупное окоченение выражено во всех группах мышц идиомускулярная опухоль определяется в виде валика высотой 1,6-2,0см., трупные пятна при дозированном надавливании исчезают, время восстановления 8сек., смерть могла наступить в пределах 1,5-4,5 часов на момент осмотра трупа.
3. Обнаружено повреждение – кровоподтек на лице, которое возникло от воздействия твердого тупого предмета или при ударе о таковой, высказаться о свойствах которого не представляется возможным, в связи с отсутствием специфических признаков.
4. Багрово-синюшного цвета кровоподтек, указывает на прижизненность, возник незадолго до наступления смерти, к причине смерти отношения не имеет.
5. Это повреждение – кровоподтек, не влечет за собой незначительной стойкой утраты общей трудоспособности и не вызывает кратковременного расстройства здоровья и согласно медицинских критериев приказ МЗиСР 194 п.9 раздел 2, расценивается как повреждение не причинившее вред здоровью человека.
 | ТК ГИА | УК-1  ПК-1  ПК-2  ПК-3  ПК-5  ПК-7  ПК-8  ПК-9  ПК-10  |
| 38 | Труп гр-на Н., 46 лет, обнаружен 24.04.с.г. в 10:00час., дома (на кровати); известно, что жаловался на боли в области груди, за медицинской помощью не обращался. В затылочной области справа овальный кровоподтек 2,5х3,0см, багрово-синюшного цвета. Трупное окоченение выражено во всех группах мышц, трупные пятна багрово-синюшные, разлитые, расположены на задней поверхности тела, три дозированном надавливании исчезают и восстанавливают цвет через 8секунд, внутрипеченочная температура 36˚, мышцы при механическом раздражении: быстро появляется плотных тяж высотой 1,6-2,0см… В крупных сосудах жидкая темная кровь с единичными сгустками вишневого цвета, выраженное полнокровие внутренних органов, точечные кровоизлияния под висцеральную плевру, эпикард. Легкие резко плотные на ощупь, с поверхности темно-красные, увеличены, на разрезе пестрые, светло-розовые и красно-коричневые, при надавливании с поверхности разрезов стекает обильное количество серо-желтой жидкости, из сосудов красная кровь. Гистологически: неравномерное кровенаполнение судов микроциркуляции в почках и в легких; венозное полнокровие внутренних органов; в легких дистелектазы, резкое полнокровие, стазы крови, сладж эритроцитов, в просвете альвеол скопления сегментоядерных лейкоцитов в большом количестве, в нескольких альвеолах, кроме клеток белой крови определяются неизмененные эритроциты, плевра без наложений. При судебно-биохимическом исследовании концентрация в крови мочевины – 55,13ммоль/л, креатинина – 0,35ммоль/л.Вопросы:1. Какова причина смерти?
2. Определить давность наступления смерти.
3. Указать наличие, вид, характер и локализацию повреждений.
4. Механизм и давность возникновения.
5. Тяжесть причиненного вреда здоровью.
 | 1. Обнаружение при экспертизе трупа гр-на Н., 46лет, изменения со стороны легких в виде увеличения их объема, изменения цвета: легкие резко уплотненны, с поверхности темно-красные, на разрезах пестрые, светло-красно-коричневые, с обильным количеством серо-желтой жидкости на разрезах, гистологически в легких дистелектазы, резкое полнокровие, стазы крови, сладж эритроцитов, в просвете альвеол скопления сегментоядерных лейкоцитов в большом количестве, в нескольких альвеолах, кроме клеток белой крови определяются неизмененные эритроциты, а так же признаки быстро наступившей смерти: неравномерное кровенаполнение судов микроциркуляции в почках и в легких; венозное полнокровие внутренних органов, повышение сосудистой проницаемости с мелкими кровоизлияниями под висцеральную плевру, эпи­кард, дает основание считать, что смерть наступила в результате двухсторонней фибринозно-гнойной пневмонии, осложнившийся инфекционно-токсическим шоком.2. Трупные явления: температура печени 36˚, трупное окоченение выражено во всех группах мышц идиомускулярная опухоль определяется в виде валика высотой 1,6-2,0см., трупные пятна при дозированном надавливании исчезают, время восстановления 8сек., смерть могла наступить в пределах 1,5-4,5 часов на момент осмотра трупа.3. Обнаружено повреждение – кровоподтек на лице, которое возникло от воздействия твердого тупого предмета или при ударе о таковой, высказаться о свойствах которого не представляется возможным, в связи с отсутствием специфических признаков.4. Багрово-синюшного цвета кровоподтек, указывает на прижизненность, возник незадолго до наступления смерти, к причине смерти отношения не имеет. 5. Это повреждение – кровоподтек, не влечет за собой незначительной стойкой утраты общей трудоспособности и не вызывает кратковременного расстройства здоровья и согласно медицинских критериев приказ МЗиСР 194 п.9 раздел 2, расценивается как повреждение не причинившее вред здоровью человека. | ТК ГИА | УК-1  ПК-1  ПК-2  ПК-3  ПК-5  ПК-7  ПК-8  ПК-9  ПК-10  |
| 39 | ОБСТОЯТЕЛЬСТВА ДЕЛА: в направлении на судебно-медицинское исследование трупа не указаны.  Представлена медицинская карта стационарного больного № Ч, 1956 г.р., который 01.02.07г. в 21-10 бригадой "скорой помощи" был доставлен в токсикологическое отделение из гаражей по ул. Перенсона, 60. Известно, что в компании друзей пил антифриз на этиленгликолевой основе. На догоспитальном этапе промыт желудок через зонд. При поступлении состояние тяжелое, сознание сопор. Контакту недоступен, психомоторное возбуждение. Кожа бледная, склеры чистые. Зрачки узкие, равны, фотореакция снижена. Симптом Кернига 170°. Дыхание спонтанное, адекватное, ЧДД 20 в минуту, единичные проводные хрипы. АД 160/100 мм.рт.ст. Пульс 91 в минуту. Живот умеренно напряжен. Печень у края реберной дуги. При поступлении в отделение больному произведена катетеризация подключичной вены справа, катетеризирован мочевой пузырь. Несмотря на проводимое лечение 03.02.07г. в 14-15 зафиксирована остановка кровообращения с эффективной реанимацией. Повторно остановка кровообращения на фоне сложного нарушения ритма в 15-50. Реанимационные мероприятия в течение 30 минут без эффекта. 03.02.07г. в 16-20 констатирована смерть больного.ПОСМЕРТНЫЙ ДИАГНОЗ. Острое пероральное отравление этиленгликолем тяжелой степени, бытовое. *Осложнения.* Токсическая энцефалопатия тяжелой степени. Отек мозга. Токсическая гепато-нефропатия. Миокардиопатия. Вторичный панкреатит. Сердечно-легочная недостаточность. Алкоголь – в крови и моче не обнаружен.НАРУЖНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ. Труп мужчины, доставлен без одежды, среднего телосложения, удовлетворительного питания, длиной тела 181 см. Кожа бледно-серая, холодная на ощупь во всех отделах, в отлогих местах тела сливные, фиолетовые, не исчезающие и не меняющие цвет при надавливании трупные пятна. Трупное окоченение достаточно выражено во всех обычно исследуемых группах мышц. Склеры глаз мутные, тусклые, суховаты, кровоизлияний в соединительные оболочки глаз не отмечается, зрачки равновелики по 0,4 см диаметром. Голова правильной формы, кости черепа и лицевого скелета на ощупь целы. Грудная клетка цилиндрическая, эластичная, упругая, ребра на ощупь целы. Живот на одном уровне с грудной клеткой. Естественные отверстия тела и полости рта и носоглотки свободны, чистые. Слизистая оболочка губ синюшная, подсохшая. Анальное отверстие сомкнуто. Половые органы развиты правильно. Кости конечностей целы.ВНУТРЕННЕЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ПОЛОСТЬ ЧЕРЕПА: кожно-мышечный лоскут головы гладкий, влажный, блестящий, без кровоизлияний и повреждений, височные мышцы синюшные, сочные, полнокровны. Кости свода и основания черепа целы. Твердая мозговая оболочка серо-перламутрового цвета, цела, блестящая, гладкая, влажная, просвет ее синусов выполнен жидкой темной кровью в большом количестве. Мягкие мозговые оболочки тонкие, прозрачные со студневидным отеком и полнокровными сосудами, по ходу которых определяются рассеянные точечные кровоизлияния в небольшом количестве в толще мозговых оболочек. Сосуды Вилизиева круга с тонкими стенками, пустым просветом. Борозды мозга сглажены, извилины уплощены, на миндаликах мозжечка кольцевидная с диффузными субарахноидальными кровоизлияниями полоса вдавления от краев большого затылочного отверстия с губовидным выпячиванием вещества мозга внутри кольца. Резервные пространства мозга отсутствуют. Головной мозг дряблый, выполняет все резервные пространства, на разрезах с четкой границей серого и белого вещества и мраморным рисунком подкорковых ядер. Поверхности разрезов тускловаты, липнут к лезвию ножа. Желудочки мозга симметричны, обычного объема, эпендима их бледно-серая, блестящая, влажная, в полостях желудочков следы прозрачной соломенного цвета жидкости. Сосудистые сплетения обычного вида, полнокровны.ОРГАНЫ ГОЛОВЫ И ШЕИ. Язык синюшный, влажный, обложен серовато-желтым, не снимающимся налетом. Слизистые оболочки носоглотки синюшные, влажные, блестящие. В мягких тканях шеи повреждений и кровоизлияний не обнаружено. Вход и просвет гортани свободен, слизистая оболочка ее бледно-серая. Подъязычная кость и хрящи гортани целы, в мягких тканях ее повреждений не обнаружено. Просвет трахеи и главных бронхов свободен, хрящи трахеи целы. Щитовидная железа обычных размеров, с равновеликими долями, плотно-эластичная, темно-коричневая, на разрезе полнокровна, дольчатого строения. Просвет пищевода свободен, слизистая его бледно-серая, продольно складчатая.ГРУДНАЯ ПОЛОСТЬ. В плевральных полостях следы прозрачной жидкости. Легкие выполняют 2\3 полостей, с блестящей, гладкой и влажной плеврой. Под висцеральной плеврой, особенно, в прикорневых отделах легких и по базальным поверхностям, множественные точечные кровоизлияния. Легкие синюшные в передних и темно-синюшные в задних отделах, тестоватой консистенции, на разрезах темно-красные с обычным рисунком, полнокровны. Слизистые оболочки воздухо-проводящих путей светло-розовые, набухшие. Бифуркационные лимфоузлы располагаются в виде пакетов диаметром от 1 до 2 см, эластичные, не спаянные между собой и с окружающими тканями, темно-синюшные, на разрезах сочные, с обычным рисунком. В полости перикарда следы прозрачной жидкости, листки его гладкие, влажные, блестящие. Под эпикардом единичные точечные рассеянные темно-красные кровоизлияния. Сердце дрябло-эластичное, 11х9х8 см, с избыточным отложением жира под эпикардом. В полостях сердца немного жидкой темной крови с мелкими единичными темно-вишневыми свертками. Миокард розовато-синюшный, эластичный, неравномерного кровенаполнения. Толщина стенки правого желудочка 0,3 см, левого 1,2 см. Клапаны и пристеночный эндокард тонкий, полупрозрачный, клапаны сформированы правильно. Аорта эластична, со следами жидкой крови в просвете и рассеянными липидными пятнами в интиме. Коронарные артерии с тонкими стенками, пустым просветом. БРЮШНАЯ ПОЛОСТЬ. Органы расположены анатомически правильно. В полости следы прозрачной жидкости соломенного цвета. Листки брюшины гладкие, влажные, блестящие. Желудок пустой, содержимое кишечника отделам соответствует, слизистые оболочки их бледно-серые. Мезентериальные лимфоузлы располагаются раздельно, диаметр их не более 1 см, эластичны. Печень 25х20х16х13 см, плотно-эластичная, желто-зеленоватая с поверхности и на разрезах, полнокровная, со смазанным рисунком долек. В желчном пузыре 15 мл жидкой темно-зеленой желчи, слизистая оболочка его темно-зеленая, бархатистая. Просвет внепеченочных желчевыводящих путей свободно проходим. Поджелудочная железа обычных размеров, плотно-эластичная, бледно-серая, на разрезах - дольчатого строения. Селезенка 6х5х4 см, синюшная, полнокровна, эластична, без соскоба. Надпочечники листовидной формы, обычных размеров, на разрезах граница слоев четкая. Почки равновелики, 15х10х7 см, дряблые. Капсула сползает при надрезе, обнажая ровную поверхность. По краю разреза паренхима наползает на капсулу. На разрезах корковый и мозговой слои - синюшные, граница слоев отсутствует. Слизистые оболочки лоханок и чашечек бледно-синюшные, гладкие, блестящие, просвет их свободен. Мочеточники проходимы на всем протяжении, с бледно-серой слизистой. Мочевой пузырь пуст, слизистая оболочка его складчатая, бледно-серая, уретра свободно проходима. **А К Т**Судебно-гистологического исследования ЗАКЛЮЧЕНИЕВ просвете почечных канальцев типичные кристаллы щавелевокислого кальция, характерные для отравления этиленгликолем. Аналогичные кристаллы перивазально в коре головного мозга. Очаговый некронефроз. Выраженные нарушения гемодинамики в микроциркуляторном русле. Отек легких с геморрагическим компонентом. Периваскулярный и перицеллюлярный отек головного мозга. В печени внутридольковый холестаз.Вопросы:1. Какие дополнительные исследования необходимо провести?
2. Зашифровать заболевание в свидетельстве о смерти?
3. Составить судебно-медицинский диагноз?
4. Определить наличие телесных провреждений?
5. Установить причину смерти?
 | 1. Из трупа для судебно-гистологического исследования взяты кусочки внутренних органов на патоморфологические изменения. Для судебно-химического исследования кровь и моча на определение алкоголя.
2. Свидетельство о смерти В) острое отравление этиленгликолем.
3. СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКИЙ ДИАГНОЗ. Острое отравление этиленгликолем - типичные кристаллы щавелевокислого кальция в просвете почечных канальцев, и перивазально в веществе головного мозга. Осложнения: острая почечная недостаточность, отек и набухание головного мозга с дислокацией; отек легких; венозное полнокровие внутренних органов.
4. Смерть наступила в результате острого отравления этиленгликолем с типичными кристаллами щавелево-кислого кальция и развитием острой почечной недостаточности. Заключение подтверждается картиной, найденной на вскрытии, и данными медицинской документации.
5. При судебно-медицинском исследовании трупа телесные повреждения не обнаружены. При поступлении пострадавшей в стационар в крови и моче этиловый спирт не обнаружен.
 | ТК ГИА | УК-1  ПК-1  ПК-2  ПК-3  ПК-5  ПК-7  ПК-8  ПК-9  ПК-10  |
| 40 | ОБСТОЯТЕЛЬСТВА ДЕЛА: в направлении на судебно-медицинское исследование трупа не указаны. Представлена медицинская карта стационарного больного из ГКБ на имя гр. А., 1975 г.р., которая 01.02.07г. в 21-25 бригадой "скорой помощи" была доставлена в токсикологическое отделение из гаражей по ул. Перенсона, 60. Известно, что в компании друзей пила антифриз на этиленгликолевой основе, после чего потеряла сознание. На догоспитальном этапе промыт желудок через зонд. При поступлении состояние тяжелое, сознание сопор. Контакту недоступна, психомоторное возбуждение. Кожа бледная, склеры чистые. Зрачки узкие, равны, фотореакция отсутствует. Симптом Кернига 170°. Дыхание спонтанное, адекватное, ЧДД 25 в минуту, проводится по всем полям, единичные проводные хрипы. АД 140/90 мм.рт.ст. Пульс 89 в минуту. Живот умеренно напряжен, участвует в дыхании. Печень +3 см. При поступлении в отделение больной произведена катетеризация подключичной вены справа, катетеризирован мочевой пузырь. Несмотря на проводимое лечение 03.02.07г. в 19-10 зафиксирована остановка кровообращения, реанимационные мероприятия без эффекта. 03.02.07г. в 19-40 констатирована смерть больной.ПОСМЕРТНЫЙ ДИАГНОЗ. Острое пероральное отравление этиленгликолем тяжелой степени, бытовое. *Осложнения.* Токсическая энцефалопатия тяжелой степени. отек мозга. миокардиопатия. Аспирационный с-м. Аспирационная пневмония. Сердечно-легочная недостаточность. Отек легких. вторичный панкреатит. Алкоголь – в крови и моче не обнаружен.НАРУЖНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ. Труп женщины, доставлен без одежды, среднего телосложения, удовлетворительного питания, длиной тела 165 см. Кожа бледно-серая, холодная на ощупь во всех отделах, в отлогих местах тела сливные, фиолетовые, не исчезающие и не меняющие цвет при надавливании трупные пятна. Пастозность голеней выражена. Трупное окоченение достаточно выражено во всех обычно исследуемых группах мышц. Склеры глаз мутные, тусклые, суховаты, кровоизлияний в соединительные оболочки глаз не отмечается, зрачки равновелики по 0,4 см диаметром. Голова правильной формы, кости черепа и лицевого скелета на ощупь целы. Грудная клетка цилиндрическая, эластичная, упругая, ребра на ощупь целы. Живот на одном уровне с грудной клеткой. Естественные отверстия тела и полости рта и носоглотки свободны, чистые. Слизистая оболочка губ синюшная, подсохшая. Анальное отверстие сомкнуто. Половые органы развиты правильно. Кости конечностей целы.ПОВРЕЖДЕНИЯ. Каких-либо повреждений, кроме следов медицинских манипуляций, при наружном исследовании не обнаружено.При проведении воздушной пробы – воздух из плевральных полостей и полостей сердца не получен.ПОЛОСТЬ ЧЕРЕПА: кожно-мышечный лоскут головы гладкий, влажный, блестящий, без кровоизлияний и повреждений, височные мышцы синюшные, сочные, полнокровны. Кости свода и основания черепа целы. Твердая мозговая оболочка серо-перламутрового цвета, цела, блестящая, гладкая, влажная, просвет ее синусов выполнен жидкой темной кровью в большом количестве. Мягкие мозговые оболочки тонкие, прозрачные со студневидным отеком и полнокровными сосудами, по ходу которых определяются рассеянные точечные кровоизлияния в небольшом количестве в толще мозговых оболочек. Сосуды Вилизиева круга с тонкими стенками, пустым просветом. Борозды мозга сглажены, извилины уплощены, на миндаликах мозжечка кольцевидная с диффузными субарахноидальными кровоизлияниями полоса вдавления от краев большого затылочного отверстия с губовидным выпячиванием вещества мозга внутри кольца. Резервные пространства мозга отсутствуют. Головной мозг дряблый, выполняет все резервные пространства, на разрезах с четкой границей серого и белого вещества и мраморным рисунком подкорковых ядер. Поверхности разрезов тускловаты, липнут к лезвию ножа. Желудочки мозга симметричны, обычного объема, эпендима их бледно-серая, блестящая, влажная, в полостях желудочков следы прозрачной соломенного цвета жидкости. Сосудистые сплетения обычного вида, полнокровны.ОРГАНЫ ГОЛОВЫ И ШЕИ. Язык синюшный, влажный, обложен серовато-желтым, не снимающимся налетом. Слизистые оболочки носоглотки синюшные, влажные, блестящие. В мягких тканях шеи повреждений и кровоизлияний не обнаружено. Вход и просвет гортани свободен, слизистая оболочка ее бледно-серая. Подъязычная кость и хрящи гортани целы, в мягких тканях ее повреждений не обнаружено. Просвет трахеи и главных бронхов свободен, хрящи трахеи целы. Щитовидная железа обычных размеров, с равновеликими долями, плотно-эластичная, темно-коричневая, на разрезе полнокровна, дольчатого строения. Просвет пищевода свободен, слизистая его бледно-серая, продольно складчатая.ГРУДНАЯ ПОЛОСТЬ. В плевральных полостях следы прозрачной жидкости. Легкие выполняют 2\3 полостей, с блестящей, гладкой и влажной плеврой. Под висцеральной плеврой, особенно, в прикорневых отделах легких и по базальным поверхностям, множественные точечные кровоизлияния. Легкие синюшные в передних и темно-синюшные в задних отделах, тестоватой консистенции, на разрезах темно-красные с обычным рисунком, полнокровны. Слизистые оболочки воздухопроводящих путей светло-розовые, набухшие. Бифуркационные лимфоузлы располагаются в виде пакетов диаметром от 1 до 2 см, эластичные, не спаянные между собой и с окружающими тканями, темно-синюшные, на разрезах сочные, с обычным рисунком. В полости перикарда следы прозрачной жидкости, листки его гладкие, влажные, блестящие. Под эпикардом единичные точечные рассеянные темно-красные кровоизлияния. Сердце дрябло-эластичное, 11х9х8 см, с избыточным отложением жира под эпикардом. В полостях сердца немного жидкой темной крови с мелкими единичными темно-вишневыми свертками. Миокард розовато-синюшный, эластичный, неравномерного кровенаполнения. Толщина стенки правого желудочка 0,3 см, левого 1,2 см. Клапаны и пристеночный эндокард тонкий, полупрозрачный, клапаны сформированы правильно. Аорта эластична, со следами жидкой крови в просвете и рассеянными липидными пятнами в интиме. Коронарные артерии с тонкими стенками, пустым просветом. БРЮШНАЯ ПОЛОСТЬ. Органы расположены анатомически правильно. В полости следы прозрачной жидкости соломенного цвета. Листки брюшины гладкие, влажные, блестящие. Желудок пустой, содержимое кишечника отделам соответствует, слизистые оболочки их бледно-серые. Мезентериальные лимфоузлы располагаются раздельно, диаметр их не более 1 см, эластичны. Печень 24х20х16х13 см, плотно-эластичная, желто-коричневая с поверхности и на разрезах, полнокровная, со смазанным рисунком долек. В желчном пузыре 50 мл жидкой темно-зеленой желчи, слизистая оболочка его темно-зеленая, бархатистая. Просвет внепеченочных желчевыводящих путей свободно проходим. Поджелудочная железа обычных размеров, плотно-эластичная, бледно-серая, на разрезах - дольчатого строения. Селезенка 6х5х4 см, синюшная, полнокровна, эластична, без соскоба. Надпочечники листовидной формы, обычных размеров, на разрезах граница слоев четкая. Почки равновелики, 14х10х7 см, дряблые. Капсула сползает при надрезе, обнажая ровную поверхность. По краю разреза паренхима наползает на капсулу. На разрезах корковый и мозговой слои - синюшные, граница слоев отсутствует. Слизистые оболочки лоханок и чашечек бледно-синюшные, гладкие, блестящие, просвет их свободен. Мочеточники проходимы на всем протяжении, с бледно-серой слизистой. Мочевой пузырь пуст, слизистая оболочка его складчатая, бледно-серая, уретра свободно проходима. **А К Т**Судебно-гистологического исследования ЗАКЛЮЧЕНИЕВ просвете почечных канальцев типичные кристаллы щавелево-кислого кальция, характерные для отравления этиленгликолем. Аналогичные кристаллы перивазально в коре головного мозга. Очаговый некронефроз. Выраженные нарушения гемодинамики в микроциркуляторном русле. Отек легких с геморрагическим компонентом. Периваскулярный и перицеллюлярный отек головного мозга. Вопросы:1. Какие дополнительные исследования необходимо провести?2. Зашифровать заболевание в свидетельстве о смерти?3. Составить судебно-медицинский диагноз?4. Определить наличие телесных провреждений?5. Установить причину смерти? | 1. Из трупа для судебно-гистологического исследования взяты кусочки внутренних органов на патоморфологические изменения. Для судебно-химического исследования кровь и моча на определение алкоголя. 2. Свидетельство о смерти В) отравление этиленгликолем3. СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКИЙ ДИАГНОЗ. Острое отравление этиленгликолем - типичные кристаллы щавелевокислого кальция в просвете почечных канальцев, и перивазально в коре головного мозга. Осложнения: острая почечная недостаточность, отек и набухание головного мозга с дислокацией; отек легких; венозное полнокровие внутренних органов.4. Смерть наступила в результате острого отравления этиленгликолем с типичными кристаллами щавелево-кислого кальция и развитием острой почечной недостаточности. Заключение подтверждается картиной, найденной на вскрытии, и данными медицинской документации.5. При поступлении пострадавшей в стационар в крови и моче этиловый спирт не обнаружен, телесные повреждения не обнаружены. | ТК ГИА | УК-1  ПК-1  ПК-2  ПК-3  ПК-5  ПК-7  ПК-8  ПК-9  ПК-10  |
| 41 | ОБСТОЯТЕЛЬСТВА ДЕЛА: в направлении на судебно-медицинское исследование трупа не указаны.  Представлен акт о смерти. Больной К, 31 год, доставлен бригадой "скорой помощи" доставлен в ГКБ в 1-20 07.02.07г. с диагнозом: цирроз печени, пищеводное кровотечение? Больной доставлен из дома 1-я Ленинградская, 25-2. При поступлении состояние больного тяжелое. В сознании, контакт с больным затруднен. Со слов врача бригады "скорой помощи" употреблял суррогаты алкоголя. 05.01.07г. отметил иктеричность кожных покровов, обращался в токсикологическое отделение – направлен на амбулаторное лечение. Кожные покровы и видимые слизистые иктеричные. В легких дыхание проводится по всем полям, хрипов нет. Сердечные тоны приглушены, пульс 82 в минуту. АД 90/60 мм.рт.ст. Язык влажный, живот не вздут, симметричен. При пальпации живот мягкий, умеренно болезненный в эпигастрии. Симптомов раздражения брюшины нет. Больной направлен на обследование. Во время нахождения в приемном отделении ГКБ № 6 состояние больного резко ухудшилось, наступила остановка дыхания, сердечной деятельности. Вызван дежурный реаниматолог. Реанимационные мероприятия в течение 20 минут без эффекта. В 2-15 07.02.07 констатирована смерть.По органам малокровие.НАРУЖНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ. Труп мужчины, доставлен без одежды, среднего телосложения, удовлетворительного питания, длиной тела 175 см. Кожа бледно-серая, холодная на ощупь во всех отделах, в отлогих местах тела сливные, фиолетовые, не исчезающие и не меняющие цвет при надавливании трупные пятна. Трупное окоченение достаточно выражено во всех обычно исследуемых группах мышц. Склеры глаз мутные, тусклые, суховаты, кровоизлияний в соединительные оболочки глаз не отмечается, зрачки равновелики по 0,4 см диаметром. Голова правильной формы, кости черепа и лицевого скелета на ощупь целы. Грудная клетка цилиндрическая, эластичная, упругая, ребра на ощупь целы. Живот на одном уровне с грудной клеткой. Естественные отверстия тела и полости рта и носоглотки свободны, чистые. Слизистая оболочка губ синюшная, подсохшая. Анальное отверстие сомкнуто, кожа вокруг него слегка обпачкана каловыми массами. Половые органы развиты правильно. Кости конечностей целы.ПОВРЕЖДЕНИЯ. Каких-либо повреждений, кроме следов медицинских манипуляций, при наружном исследовании не обнаружено.При проведении воздушной пробы – воздух из плевральных полостей и полостей сердца не получен.ПОЛОСТЬ ЧЕРЕПА: кожно-мышечный лоскут головы гладкий, влажный, блестящий, без кровоизлияний и повреждений, височные мышцы синюшные, сочные, малокровны. Кости свода и основания черепа целы. Твердая мозговая оболочка желтого цвета, цела, блестящая, гладкая, влажная, просвет ее синусов выполнен жидкой темной кровью в большом количестве. Мягкие мозговые оболочки тонкие, прозрачные со студневидным отеком и малокровными сосудами, по ходу которых определяются рассеянные точечные кровоизлияния в небольшом количестве в толще мозговых оболочек. Сосуды Вилизиева круга с тонкими стенками, пустым просветом Борозды мозга сглажены, извилины уплощены, на миндаликах мозжечка кольцевидная с диффузными субарахноидальными кровоизлияниями полоса вдавления от краев большого затылочного отверстия с губовидным выпячиванием вещества мозга внутри кольца. Резервные пространства мозга отсутствуют. Головной мозг дряблый, выполняет все резервные пространства, на разрезах с четкой границей серого и белого вещества и мраморным рисунком подкорковых ядер. Поверхности разрезов тускловаты, липнут к лезвию ножа. Желудочки мозга симметричны, обычного объема, эпендима их бледно-серая, блестящая, влажная, в полостях желудочков следы желтого цвета жидкости. Сосудистые сплетения обычного вида, малокровныОРГАНЫ ГОЛОВЫ И ШЕИ. Язык желто-синюшный, влажный, обложен серовато-желтым, не снимающимся налетом. Слизистые оболочки носоглотки желто-синюшные, влажные, блестящие. В мягких тканях шеи повреждений и кровоизлияний не обнаружено. Вход и просвет гортани свободен, слизистая оболочка ее желто-серая. Подъязычная кость и хрящи гортани целы, в мягких тканях ее повреждений не обнаружено. Просвет трахеи и главных бронхов свободен, хрящи трахеи целы. Щитовидная железа обычных размеров, с равновеликими долями, плотно-эластичная, темно-коричневая, на разрезе малокровна, дольчатого строения. Просвет пищевода свободен, слизистая его желто-серая, продольно складчатая.ГРУДНАЯ ПОЛОСТЬ. В плевральных полостях следы желтой жидкости. Легкие выполняют 2\3 полостей, с блестящей, прокрашенной в желтый цвет гладкой и влажной плеврой. Под висцеральной плеврой, особенно, в прикорневых отделах легких и по базальным поверхностям, множественные точечные кровоизлияния. Легкие желто-серые в передних и в задних отделах, тестоватой консистенции, на разрезах бледно-красные с обычным рисунком, малокровны. Слизистые оболочки воздухо-проводящих путей желтые, набухшие. Бифуркационные лимфоузлы располагаются в виде пакетов диаметром от 1 до 2 см, эластичные, не спаянные между собой и с окружающими тканями, темно-синюшные, на разрезах сочные, с обычным рисунком. В полости перикарда следы желтой жидкости, листки его гладкие, влажные, блестящие. Под эпикардом единичные точечные рассеянные темно-красные кровоизлияния. Сердце дряблое, 11,5х9х8 см. В полостях сердца немного жидкой темной крови с мелкими единичными темно-вишневыми свертками. Миокард розовато-синюшный, эластичный, неравномерного кровенаполнения. Толщина стенки правого желудочка 0,3 см, левого 1,2 см. Клапанный и пристеночный эндокард тонкий, прокрашен в желтый цвет, полупрозрачный, клапаны сформированы правильно. Аорта эластична, со следами жидкой крови в просвете и рассеянными липидными пятнами в интиме. Коронарные артерии с тонкими стенками, пустым просветом. БРЮШНАЯ ПОЛОСТЬ. Органы расположены анатомически правильно. В полости следы прозрачной жидкости желтого цвета. Листки брюшины прокрашены в желтый цвет, гладкие, влажные, блестящие. В желудке 2 л свернувшейся крови. При ревизии в кардиальном отделе с переходом на пищевод вертикальная трещина слизистой оболочки длиной 3 см с темно-вишневым дном, ширина трещины до 0,5 см, форма щелевидная. Вокруг нее в подслизистом слое кровоизлияние диаметром 5 см. Содержимое кишечника отделам соответствует, слизистые оболочки их желто-серые. В толстом кишечнике бесцветные каловые массы. Мезентериальные лимфоузлы располагаются раздельно, диаметр их не более 1 см, эластичны. Печень 27х22х18х13 см, плотно-эластичная, желто-зеленая с поверхности и на разрезах, малокровная, с зеленым крапом. В желчном пузыре 50 мл жидкой темно-зеленой желчи, слизистая оболочка его темно-зеленая, бархатистая. Просвет внепеченочных желчевыводящих путей свободно проходим. Поджелудочная железа обычных размеров, плотно-эластичная, бледно-желтая, на разрезах - дольчатого строения. Селезенка 6х6х4 см, синюшная, малокровна, эластична, без соскоба, с морщинистой капсулой. Надпочечники листовидной формы, обычных размеров, на разрезах граница слоев четкая. Почки равновелики, 14,5х9х7 см, дряблые. Капсула сползает при надрезе, обнажая ровную поверхность. По краю разреза паренхима наползает на капсулу. На разрезах корковый и мозговой слои - синюшные, граница слоев отсутствует. Слизистые оболочки лоханок и чашечек бледно-синюшные, гладкие, блестящие, просвет их свободен. Мочеточники проходимы на всем протяжении, с бледно-серой слизистой. Мочевой пузырь пуст, слизистая оболочка его складчатая, бледно-серая, уретра свободно проходима. Из трупа взяты: для судебно-гистологического исследования кусочки внутренних органов на патоморфологические изменения; для судебно-химического исследования кровь и моча на определение алкоголя; для судебно-химического исследования печень, почка, часть желудка с содержимым, фрагмент мочевого пузыря на определение спиртов, растворителей.ДАННЫЕ ДОПОЛНИТЕЛЬНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ.1. Представлен акт судебно-химического исследования № 777 от 08.02.07г. Эксперт-химик Кандыба. При судебно-химическом исследовании вещественных доказательств, изъятых при вскрытии трупа, обнаружен этиловый спирт в концентрации: в крови 0,4 промилле, в моче 0,6 промилле.
2. Представлен акт судебно-химического исследования № 446 от 13.02.07г. Эксперт Козлова Т.В. ЗАКЛЮЧЕНИЕ: на основании вышеизложенного следует, что при судебно-химическом исследовании биологического материала, изъятого при вскрытии трупа Козлова Т.В. 31 год, в крови, почке и стенке желудка газохроматографическим методом не обнаружено: метилового, пропиловых, бутиловых, амиловых спиртов, ядовитых хлорпроизводных, ароматических производных (бензола, ксилола, толуола), ацетона, ацетальдегида.
3. А К Т Судебно-гистологического исследования № 962 ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В просвете почечных канальцев типичные кристаллы щавелевокислого кальция, характерные для отравления этиленгликолем. Очаговый некронефроз. Выраженные нарушения гемодинамики в микроциркуляторном русле. Отек легких с геморрагическим компонентом. Периваскулярный и перицеллюлярный отек головного мозга. В печени внутридольковый холестаз. В желудке поверхностный некроз слизистой и диффузные кровоизлияния. Вопросы:1. Какие дополнительные исследования необходимо провести?2. Зашифровать заболевание в свидетельстве о смерти?3. Составить судебно-медицинский диагноз?4. Определить наличие телесных провреждений?5. Установить причину смерти? | 1. Из трупа для судебно-гистологического исследования взяты кусочки внутренних органов на патоморфологические изменения. Для судебно-химического исследования кровь и моча на определение алкоголя.
2. Свидетельство о смерти В) отравление этиленгликолем
3. СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКИЙ ДИАГНОЗ. Острое отравление этиленгликолем - типичные кристаллы щавелевокислого кальция в просвете почечных канальцев, и перивазально в веществе головного мозга. Осложнения: острая почечная недостаточность, острый эрозивный гастрит кардиального отдела желудка желудочное кровотечение 2000 мл., постгеморрагическая анемия, отек и набухание головного мозга с дислокацией; отек легких; малокровие внутренних органов.
4. При судебно-медицинском исследовании трупа телесные повреждения не обнаружены.
5. Смерть наступила в результате острого отравления этиленгликолем с типичными кристаллами щавелево-кислого кальция, с развитием острой почечной недостаточности и эрозивного гастрита с желудочным кровотечением. Заключение подтверждается картиной, найденной на вскрытии, и данными медицинской документации. При поступлении пострадавшей в стационар в крови и моче обнаружен.этиловый спирт в концентрации 0,4 промилле, что может быть физиологической нормой.
 | ТК ГИА | УК-1  ПК-1  ПК-2  ПК-3  ПК-5  ПК-7  ПК-8  ПК-9  ПК-10  |
| 42 | Обнаружен труп гр-на С.58 лет, на скамейке во дворе дома 14.10.с.г. Температура печени 35,8˚, трупное окоченение отсутствует во всех группах мышц, идиомускулярная опухоль определяется в виде валика высотой 1,5см. Трупные пятна багрово-синюшные, на передней поверхности тела, при дозированном надавливании исчезают и восстанавливаются через 10сек. Кожные покровы лица бледно-серого цвета с синюшным оттенком, слегка одутловатое... На передней поверхности правого плеча в нижней трети определяется багрово-синюшный кровоподтек 4х3см… Резкое полнокровие внутренних органов, кровоизлияния по плевру и эпикард, печень на разрезе красно-коричневого цвета, с выраженным желтым прокрашиванием, в желчном пузыре конкременты, каменистой плотности; Гистологически: неравномерное кровенаполнение судов микроциркуляции в почках и в легких; венозное полнокровие внутренних органов, жидкое состояние крови в полостях сердца и крупных сосудов, отек головного мозга. При судебно-химическом исследовании обнаружен этиловый спирт в крови- 5,‰, в моче- 4,5‰. Вопросы:1. Определить причину смерти2. Определить давность наступления смерти3. 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. | 1.Совокупность признаков: наличие этилового спирта в крови-5,4 ‰ и в моче- 4,5 ‰, синюшность и одутловатость лица, кровоизлияния под плевру, эпикард; неравномерное кровенаполнение судов микроциркуляции в почках и в легких; венозное полнокровие внутренних органов, жидкое состояние крови в полостях сердца и крупных сосудов, отек головного мозга дает основание считать, что причиной смерти гр-на С.58 лет, явилось острое отравление этиловым спиртом.2. Исходя из трупных явлений на момент обнаружения: температура печени 35,8˚С, трупное окоченение отсутствует во всех группах мышц идиомускулярная опухоль определяется в виде валика высотой 1,5см. Трупные пятна при дозированном надавливании исчезают и восстанавливаются через 10сек, смерть могла наступить в пределах 3-6 часов на момент осмотра трупа.3. При наружном исследовании трупа обнаружен кровоподтек, на передней поверхности правого плеча в нижней трети.4. Кровоподтек является прижизненным, возник от воздействия твердого тупого предмета или при ударе о таковой, возник незадолго до наступления смерти и к причине смерти отношения не имеет, согласно п. 9 раздела №2 приказа МЗиСР РФ 194н от 24.04.2008г. расценивается как повреждение, не причинившее вред здоровью человека.  | ТК ГИА | УК-1  ПК-1  ПК-2  ПК-3  ПК-5  ПК-7  ПК-8  ПК-9  ПК-10  |
| 43 | **ОБСТОЯТЕЛЬСТВА ДЕЛА:** В постановлении о назначении судебно-медицинской экспертизы указано, что «27 ноября в дневное время суток в снегу в лесном массиве обнаружен труп новорожденного ребенка женского пола без видимых телесных повреждений в пос. О».**НАРУЖНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ:** В целлофановом пакете доставлен труп новорожденной девочки. Труп девочки нормостенического телосложения. Кожа в сыровидной смазке с пушковыми волосами на плечах, опачкана подсохшей кровью. Пупочное кольцо на равном расстоянии от симфиза и лобка, пупочный остаток влажный, блестящий, длиной 48 см, край ровно обрезан. Голова правильной формы, кости черепа с патологической подвижностью. Склеры глаз тусклые, зрачки равновелики по 0,3 см диаметром, в соединительных оболочках глаз множественные точечные кровоизлияния. Грудная клетка цилиндрическая, упругая, живот выше уровня грудной клетки. Наружные половые органы развиты по женскому типу, большие половые губы не прикрывают малые.  Размеры и другие анатомические данные смотри таблицу № 1.**ПОВРЕЖДЕНИЯ.** Повреждений при наружном исследовании не выявлено.При послойных разрезах полной отсепаровкой кожи головы по методу Медведева, в кожно-мышечном лоскуте головы в теменно-затылочной области с центром на уровне левого теменного бугра округлая область с точечными кровоизлияниями в апоневроз темно-красного цвета с размытыми контурами на участке диаметром 9 см (область периостального застоя).  В мягких тканях по ходу хрящей крыльев носа с обеих сторон сплошные кровоизлияния, аналогичные кровоизлияния и в слизистой оболочке носовых ходов. Сплошные кровоизлияния в мышцы шеи с обеих сторон в областях углов нижних челюстей. Других повреждений при наружном исследовании не обнаружено.**Полость черепа**: кожно-мышечный лоскут головы розового цвета, целый. Кости свода черепа целы, швы не заращены, смещения костей черепа нет. Большой родничок напряжен, размеры родничков в таб. № 1. Твердая мозговая оболочка плотно связана с костями черепа, в синусах ее темная жидкая кровь. Мозжечковый намет и серп целы. Субдуральное пространство свободно. Мягкие мозговые оболочки тонкие, прозрачные, со студневидным отеком и полнокровными сосудами, по ходу которых точечные кровоизлияния в толще оболочек. Борозды мозга сглажены, извилины уплощены. Головной мозг студневидный (вес его в таблице № 2), на разрезах блестящий, полнокровный, тянется за лезвием ножа. Дифференцировка на серое и белое вещество отсутствует. Желудочки мозга симметричны со следами прозрачной жидкости и гладкой, блестящей эпендимой. Сосудистые сплетения полнокровны. Мозжечок с симметричными долями, на разрезах древовидного строения.**Позвоночный столб и спинной мозг**: При ревизии позвоночного столба повреждений не обнаружено. Спинной мозг студневидной консистенции. **Органы головы и шеи**: полости рта и носа свободны, слизистые их синюшные. Хоаны свободно проходимы. Язык синюшный, влажный, не обложен. Небные миндалины по 0,3 см диаметром, синюшные. Околоушные слюнные железы обычных размеров, дольчатого строения. Просвет гортани свободен, хрящи гортани и подъязычная кость целы, каких-либо повреждений в мягких тканях шеи не обнаружено. Щитовидная железа с симметричными долями, красно-синюшная, эластичная, обычных размеров, на разрезе мелкобугристого вида. Кольца трахеи целы, просвет ее свободен, слизистая оболочка гортани и трахеи бледно-серая. Просвет пищевода свободен, слизистая оболочка его бледно-серая. **ГРУДНАЯ ПОЛОСТЬ.** В плевральных полостях следы прозрачной жидкости. Легкие розовые, выполняют 2/3 полостей (вес в табл.№2). Легкие плавают в воде, тестоватой консистенции, с множественными точечными кровоизлияниями под висцеральной плеврой. На разрезах легкие пестрые из-за мозаично чередующихся мелких, розовых выбухающих и темно-красных западающих очагов. С поверхности разреза стекает немного пенистой прозрачной розоватой жидкости и жидкая темная кровь из пересеченных сосудов. Просвет воздухо-проводящих путей свободен, слизистые оболочки их бледно-серые. Бифуркационные лимфоузлы 0,2-0,3 см диаметром, эластичные. В полости перикарда следы прозрачной жидкости. Сердце (размеры указаны в табл. №2) эластичное, с правильно сформированными сосудами и полостями. Под эпикардом множественные рассеянные точечные кровоизлияния. В полостях сердца и крупных сосудах жидкая темная кровь. Баталов проток и овальное окно открыты. Миокард розовато-синюшный, полнокровный, клапанный и пристеночный эндокард тонкий, прозрачный, клапаны сформированы правильно. Аорта эластична, интима ее бледно-желтая, гладкая. **БРЮШНАЯ ПОЛОСТЬ**. Размеры и вес органов указаны в табл. №2. Студневидный отек жировой клетчатки. Органы расположены правильно, повороты кишечника завершены. Желудок после перевязки в кардиальном и пилорическом отделах отсечен, водяная проба положительна. В желудке следы темно-зеленых густых масс, в кишечнике – меконий. Слизистые оболочки желудочно-кишечного тракта бледно-серые. Печень коричневого цвета, эластичная, с гладкой поверхность, полнокровная. Внепеченочные желчевыводящие пути свободно проходимы. Селезенка плотно-эластичная, темно-красная с поверхности и на разрезах, без соскоба, белая пульпа не определяется. Поджелудочная железа в виде тяжа, обычного вида. Надпочечники листовидной формы, с ясно различимыми слоями. Почки равновелики, бобовидной формы, сохраняют эмбриональную дольчатость, на разрезах полнокровны. С четкой границей слоев. Мочеточники проходимы, мочевой пузырь пустой. Внутренние половые органы развиты по женскому типу. Данные гистологического метода исследования, 5 стекол, 15 срезов. Легкие – в большинстве полей зрения альвеолы расправлены вплоть до альвеолярной эмфиземы с разрывом межальвеолярных перегородок. Выраженное полнокровие капиллярной сети с пролабированием капилляров в просвет альвеол. Встречаются единичные поля зрения, где просвет альвеол щелевидный. В просвете альвеол небольшое количество роговых чешуек, единичные кусочки мекония, десквамированные альвеолоциты с аутолитическими изменениями. Просвет бронхов и респираторных бронхиол в большинстве полей зрения свободен. В отдельных бронхиолах фрагменты растительной клетчатки от единичных клеток до мелких пластов до 10 клеток. Респираторные бронхиолы в зонах расправленных альвеол с просветом выполненным кровью и преобладающим по диаметру над толщиной стенки.* Пуповина – аутолитические изменения и отек, сосуды с пустым резко суженным просветом.
* Стенка желудка – строение обычное, выраженные аутолитические изменения.

Заключение: картина дышавших легких с расправленным малым кругом кровообращения, фрагменты инородного тела (растительная клетчатка, возможно вата, марля, хлопок) в просвете респираторных бронхиол, очаговая эмфизема легких. В пуповине спазм сосудов. Биологическое исследование - справка от 01.12.99г. .– групповая характеристика мышечной ткани новорожденного ребенка не установлена из-за не выявления антигенов.Вопросы:1. Какие дополнительные исследования необходимо провести?
2. Составить судебно-медицинский диагноз?
3. Установить причину смерти?
4. Является ли ребенок зрелым, доношенным, срок гестации?
5. Какова длительность внеутробной жизни?
 | * 1. Для судебно-гистологического исследования для определения патоморфологических изменений изъяты кусочки внутренних органов трупа. Мышцы бедра для судебно-биологического исследования на групповую принадлежность.
	2. **СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКИЙ ДИАГНОЗ.** Механическая асфиксия от закрытия просвета дыхательных путей: кровоизлияния в мягкие ткани спинки носа и слизистые оболочки носовых ходов, кровоизлияния в мягкие ткани в области углов нижней челюсти с обеих сторон, точеные кровоизлияния в соединительные оболочки глаз, под висцеральную плевру и эпикард, под мягкие мозговые оболочки, носовое кровотечение, очаговая эмфизема легких с разрывом межальвеолярных перегородок, отек легких и головного мозга, венозное полнокровие внутренних органов. При экспертизе трупа обнаружены следующие телесные повреждения - кровоизлияния в мягкие ткани спинки носа и слизистые оболочки носовых ходов, кровоизлияния в мягкие ткани в области углов нижней челюсти с обеих сторон, повреждения возникли в результате давления твердыми предметами (предметом) без четких идентифицирующих признаков на лицо в области крыльев носа и углов нижней челюсти с направлением травмирующих сил навстречу друг другу. Повреждения по тяжести вреда здоровью не оцениваются, т.к. входят в понятие механической асфиксии, которая сама является опасной для жизни в момент причинения, обусловила тяжкий вред здоровью и имеет прямую причинную связь со смертью. Учитывая обнаружение в просвете дыхательных путей фрагментов растительной клетчатки, не исключено, что на поверхности предметов (предмета) находились, либо в их (его) состав входили, растительные волокна.
	3. Смерть ребенка наступила в результате механической асфиксии от закрытия просвета дыхательных путей не идентифицированным предметом (предметами), что подтверждается картиной найденной на вскрытии и данными дополнительных методов исследования.
	4. Согласно антропометрическим данным младенец является доношенным, со сроком внутриутробной жизни не менее 36 недель, зрелым, жизнеспособным. Учитывая наличие воздушных легких – ребенок является живорожденным, с длительностью жизни после родов не менее нескольких минут.
	5. В связи с отсутствием осмотра тела ребенка на месте происшествия судебно-медицинским экспертом, а так же низкую температуру окружающей среды на момент обнаружения тела в лесном массиве установить давность смерти ребенка на момент вскрытия не представляется возможным.
 | ТК ГИА | УК-1  ПК-1  ПК-2  ПК-3  ПК-5  ПК-7  ПК-8  ПК-9  ПК-10  |
| 44 | ОБСТОЯТЕЛЬСТВА ДЕЛА: в постановлении о назначении судебно-медицинской экспертизы указано, что «28.08.2000г. в мусорном баке около дома № 18 пер. Медицинский в г. Красноярске обнаружен труп новорожденной девочки. НАРУЖНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ: В целлофановом пакете доставлен труп новорожденной девочки. Труп девочки нормостенического телосложения. Кожа в сыровидной смазке с пушковыми волосами на плечах, опачкана подсохшей кровью. Пупочное кольцо на равном расстоянии от симфиза и лобка, пупочный остаток влажный, блестящий, длиной 2 см, край ровно обрезан. Голова правильной формы, кости черепа с патологической подвижностью. Склеры глаз тусклые, зрачки равновелики по 0,3 см диаметром, в соединительных оболочках глаз множественные точечные кровоизлияния. Грудная клетка цилиндрическая, живот выше уровня грудной клетки. Наружные половые органы развиты по женскому типу, большие половые губы прикрывают малые. ПОВРЕЖДЕНИЯ: багрово-синюшный кровоподтек на левой ягодичной области с размытыми контурами диаметром 5 см. аналогичный кровоподтек по внутренней поверхности в нижней трети правого бедра диаметром 5 см. Патологическая подвижность костей свода черепа. ПЛАЦЕНТА: диаметр – 24 см, толщина 3,0 см, центральное прикрепление, вес 350 гр., длина пуповины 54 см.ВНУТРЕННЕЕ ИССЛЕДОВАНИЕ: ПОЛОСТЬ ЧЕРЕПА: При послойных разрезах с полной отсепаровкой кожи головы по методу Медведева, в кожно-мышечном лоскуте головы в теменной и затылочной областях с центром в области правого затылочного бугра сплошное кровоизлияние в мягкие ткани на участке диаметром 12 см неправильно-округлой формы с толщиной кровоизлияния до 3 см с образованием среди размозженных тканей гематомы из жидкой крови с дряблыми свертками объемом 10 мл. при ревизии костей черепа полный поперечный перелом чешуи затылочной кости, идущий слева направо и несколько сверху вниз, начинающийся у основания пирамиды височной кости слева, дугообразно проходящий выпуклостью вниз через всю чешую затылочной кости, пересекающий справа лямбдовидный шов ближе к основанию и заканчивающийся у центра пирамиды височной кости. От линии перелома верх и вниз отходят множественные дополнительные линии перелома на теменные кости. Множественные переломы, смыкающиеся между собой, обеих теменных костей, распространяющиеся на лобную. В зоне поперечного перелома полный разрыв твердой мозговой оболочки с размозжением обеих затылочных долей головного мозга. Под мягкими мозговыми оболочками по всем отделам множественные темно-красные кровоизлияния, с наибольшей интенсивностью образуя сплошные поверхности в обеих лобных и затылочных долях, где кровоизлияния распространяются на вещество мозга до уровня боковых желудочков. Практически полный перерыв со сплошными кровоизлияниями продолговатого мозга на уровне ромбовидной ямки. Головной мозг крайне дряблый. Субдуральное пространство выполнено жидкой кровью. При вскрытии спинного мозга в шейном и грудном отделах множественные кровоизлияния во все связки и сплошные кровоизлияния эпи- и субдурально. Сплошное кровоизлияние с разрушением вещества мозга в зоне шейного утолщения. ОРГАНЫ ГОЛОВЫ И ШЕИ: Язык грязно-серый, влажный. Небные миндалины по 0,3 см диаметром, округлые, грязно-серые. Просвет носоглотки, гортани и трахеи свободен. Хоаны свободно проходимы. Подъязычная кость и хрящи гортани целы. Множественные кровоизлияния в мягкие ткани вокруг гортани и щитовидного хряща. Слюнные железы обычных размеров дольчатого строения, гнилостно изменены. Слизистые оболочки гортани и трахеи грязно-серые. Щитовидная железа с симметричными долями, обычных размеров. Просвет пищевода свободен, слизистая его продольно-складчатая, грязно-серая.ГРУДНАЯ ПОЛОСТЬ. При ревизии грудной полости в плевральных полостях следы жидкой крови. Двусторонние, симметричные, полные, поперечные переломы 2-12 ребер по околопозвоночной линии. Сплошные кровоизлияния в мягкие ткани в зоне переломов. Сплошные кровоизлияния в задние отделы обоих легких. Легкие розовые, воздушные. Легкие выполняют плевральные полости полностью, ярко-розовые, при проведении воздушной пробы – легкие плавают в воде. В плевральных полостях свободного газа и жидкости не обнаружено. Множественные рассеянные субплевральные точечные кровоизлияния. Легкие тестоватые, на разрезах легкие ярко-розовые, при надавливании с поверхности разрезов выделяется немного вспененной прозрачной жидкости и немного темной жидкой крови из пересеченных сосудов. Просвет воздухо-проводящих путей свободен вплоть до уровня мелких бронхов, слизистые оболочки их бледно-серые. Вилочковая железа дряблая, дольчатого строения бледно-розовая. В полости перикарда следы прозрачной жидкости. Под эпикардом множественные точечные кровоизлияния. Сердце с правильно сформированными сосудами и полостями, в которых жидкая темная кровь. Клапанный и пристеночный эндокард тонкий, прозрачный. Клапаны сформированы правильно. Аорта эластична, интима ее гладкая.БРЮШНАЯ ПОЛОСТЬ. При ревизии брюшной полости: множественные разнонаправленные разрывы печени. В брюшной полости следы жидкой крови. Сплошные кровоизлияния в околопочечную клетчатку с обеих сторон, разрыв левого надпочечника. Органы расположены анатомически правильно, петли кишечника умеренно раздуты газами. Поворот кишечника завершен. В желудке следы зеленоватой густой жидкости, в тонком и толстом кишечнике темно-зеленый меконий. Поджелудочная железа обычных размеров, дольчатого строения, розовая. Печень темно-вишневая, эластичная, полнокровна. Внепеченочные желчевыводящие пути свободно проходимы. Селезенка дрябло-эластичная, с морщинистой капсулой, темно-красная. Надпочечники листовидной формы с ясно различимыми слоями. Почки равновелики, бобовидной формы, сохраняют эмбриональную дольчатость, полнокровны. Мочевой пузырь пустой.  Данные гистологического исследования № 5111.* Легкие – участки диффузных кровоизлияний с разрывом ткани легкого, участки полностью расправленных легких чередуются с первичными и вторичными ателектазами.
* Пупочное кольцо – диффузное кровоизлияние в кожу пупочного кольца.
* Надпочечники – множественные очаговые и диффузные кровоизлияния во всех слоях.
* Головной мозг и мозжечок – диффузные кровоизлияния в мягкие мозговые оболочки, распространяющиеся на вещество мозга с разрушением его целостности, выражен перицеллюлярный и периваскулярный отек. Гистоархитектоника не нарушена.
* Плацента – строение обычное, умеренное межпластинчатое кровоизлияние.
* Жировая ткань – диффузное свежое кровоизлияние.
* Вилочковая железа – очаговое и диффузное междольковое и внутридольковое кровоизлияния.
* Печень – малокровие синусоидов, стаз крови в венах, рассеянные очаги экстрамедуллярного кроветворения.
* Почки – диффузные кровоизлияния в околопочечную клетчатку, распространяющиеся на капсулу, а в отдельных полях зрения и на паренхиму почки. В сосудах стаз крови.
* Миокард – строение обычное, стаз крови в сосудах.

Гистологическое заключение: расправленные дышавшие легкие, диффузные свежие кровоизлияния в паренхиму легких, под мягкие мозговые оболочки и в вещество головного мозга, в мягкие ткани в обоасти пупочного кольца, в околопочечную клетчатку и в паренхиму почек, в надпочечники, в жировую клетчатку, в вилочковую железу.Вопросы:1. Какие дополнительные исследования необходимо провести?2. Составить судебно-медицинский диагноз?3. Установить причину смерти, давность смерти?4. Является ли ребенок зрелым, доношенным, срок гестации, какова длительность внеутробной жизни?5. Наличие телесных повреждений и механизм их образования | 1. Для судебно-гистологического исследования для определения патоморфологических изменений изъяты кусочки внутренних органов трупа и кусочки плаценты. Для вирусологического исследования изъяты фрагмент трахеи и кусочек легкого. Для цитологического исследования на наличие вирусных включений на секции сделаны мазки – отпечатки с трахеи и легких.
2. СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКИЙ ДИАГНОЗ. Сочетанная травма тела: а) множественные переломы теменных костей, дугообразный поперечный перелом чешуи затылочной кости, распространяющийся на ее основание с разрывом твердой мозговой оболочки и повреждением стока пазух, прямого и затылочных синусов; сплошные кровоизлияния в мягкие мозговые оболочки и в вещество мозга с наибольшей интенсивностью в лобных и затылочных долях; субдуральная гематома по всем отделам мозга; массивное кровоизлияние в теменной и затылочной областях в кожно-мышечном лоскуте головы; б) закрытая спинальная травма: кровоизлияние в связки шейного и грудного отдела позвоночного столба, сплошные кровоизлияния в эпи- и субдуральные пространства спинного мозга; кровоизлияния с разрушением вещества мозга в зоне шейного утолщения; в) закрытая тупая травма грудной клетки: полные косопоперечные переломы 2-12 ребер с обеих сторон по околопозвоночным линиям, сплошные кровоизлияния в мягких тканях в зонах переломов; сплошные кровоизлияния в задних отделах обоих легких; г) закрытая тупая травма живота: множественные разрывы печени, сплошные кровоизлияния в околопочечную клетчатку с обеих сторон, разрыв левого надпочечника; внутрибрюшное кровотечение. *Осложнения:* отек легких и головного мозга, неравномерное кровенаполнение внутренних органов. *Сопутствующие:* кровоподтек в левой ягодичной области и на правом бедре.
3. При судебно-медицинской экспертизе трупа обнаружены следующие телесные повреждения в виде: а) множественные переломы теменных костей, дугообразный поперечный перелом чешуи затылочной кости, распространяющийся на ее основание с разрывом твердой мозговой оболочки и повреждением стока пазух, прямого и затылочных синусов; сплошные кровоизлияния в мягкие мозговые оболочки и в вещество мозга с наибольшей интенсивностью в лобных и затылочных долях; субдуральная гематома по всем отделам мозга; массивное кровоизлияние в теменной и затылочной областях в кожно-мышечном лоскуте головы; б) кровоизлияние в связки шейного и грудного отдела позвоночного столба, сплошные кровоизлияния в эпи- и субдуральные пространства спинного мозга; кровоизлияния с разрушением вещества мозга в зоне шейного утолщения; в) полные косопоперечные переломы 2-12 ребер с обеих сторон по околопозвоночным линиям, сплошные кровоизлияния в мягких тканях в зонах переломов; сплошные кровоизлияния в задних отделах обоих легких; г) множественные разрывы печени, сплошные кровоизлияния в околопочечную клетчатку с обеих сторон, разрыв левого надпочечника; внутрибрюшное кровотечение; д) кровоподтек в левой ягодичной области и на правом бедре. Повреждения, указанные под пунктами «а», «б», «в», «г», возникли одномоментно в результате травматического ударного воздействия твердого тупого предмета с плоской преобладающей контактирующей поверхностью, с действием травмирующей силы сзади наперед на задние поверхности туловища и головы, что возможно при падении ребенка со значительной высоты. Повреждения оцениваются в совокупности, относятся к опасным для жизни в момент причинения, обусловили тяжкий вред здоровью и имеют прямую причинную связь со смертью.
4. Смерть наступила в результате сочетанной травмы тела, сопровождавшейся открытой черепно-мозговой травмой, с повреждениями костей черепа и головного мозга, закрытой спинальной травмой с повреждением спинного мозга, закрытой тупой травмой грудной клетки с переломами ребер и ушибом легких, закрытой тупой травмой живота с повреждением внутренних органов. После получения повреждений, смерть наступила практически мгновенно.
5. Согласно динамики трупных явлений на момент первичного осмотра трупа на месте происшествия, давность смерти не менее 4-х часов. Повреждения, указанные под пунктом «д», вероятнее всего предшествовали вышеописанным повреждениям и могут соответствовать проводным точкам при рождении ребенка в ягодичном предлежании, как указано в постановлении. Повреждения не причинили какого-либо вреда здоровью и в какой-либо причинной связи со смертью не состоят, являясь физиологическим проявлением родового акта. Повреждения, отмеченные под пунктами «а», «б», «в» и «г», не могли возникнуть в результате родового акта в ягодичном предлежании. Согласно антропометрическим данным – вес, длина ребенка и размеры последа, можно говорить, что ребенок является доношенным со сроком внутриутробной жизни 39-40 недель, зрелым, жизнеспособным. Учитывая наличие дышавших легких, а также наличие кровоизлияний в зонах травм, что говорит о действующем кровообращении, ребенок является живорожденным, со сроком внутриутробной жизни не менее нескольких минут.
 | ТК ГИА | УК-1  ПК-1  ПК-2  ПК-3  ПК-5  ПК-7  ПК-8  ПК-9  ПК-10  |
| 45 | ОБСТОЯТЕЛЬСТВА ДЕЛА: в направлении на судебно-медицинское исследование трупа не указаны. Представлена выписка из поликлиники на имя Л Диагноз: ХПН терминальная стадия, нефросклероз, рак правой почки? Гипертоническая болезнь 2-3 степени. Киста печени. Эрозивный гастрит. НАРУЖНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ. Труп мужчины, доставлен в трусах черного цвета, завернут в покрывало, среднего телосложения, резко сниженног8о питания, длиной тела 165 см. ПОВРЕЖДЕНИЯ. Каких-либо повреждений, кроме следов медицинских манипуляций, при наружном исследовании не обнаружено. При проведении воздушной пробы – воздух из плевральных полостей и полостей сердца не получен.Полость черепа: кожно-мышечный лоскут головы гладкий, влажный, блестящий, без кровоизлияний и повреждений, височные мышцы синюшные, сочные, полнокровны. Кости свода и основания черепа целы. Твердая мозговая оболочка серо-перламутрового цвета, цела, блестящая, гладкая, влажная, просвет ее синусов выполнен жидкой темной кровью в большом количестве. Мягкие мозговые оболочки тонкие, прозрачные со студневидным отеком и полнокровными сосудами, по ходу которых определяются рассеянные точечные кровоизлияния в небольшом количестве в толще мозговых оболочек. Сосуды Вилизиева круга с тонкими стенками, пустым просветом. Борозды мозга с обычным рисунком, на миндаликах мозжечка кольцевидная с диффузными субарахноидальными кровоизлияниями полоса вдавления от краев большого затылочного отверстия с губовидным выпячиванием вещества мозга внутри кольца. Резервные пространства мозга отсутствуют. Головной мозг дрябло-эластичный, на разрезах с четкой границей серого и белого вещества и мраморным рисунком подкорковых ядер. Поверхности разрезов тускловаты, липнут к лезвию ножа. Желудочки мозга симметричны, увеличенного объема, эпендима их бледно-серая, блестящая, влажная, в полостях желудочков повышенное количество прозрачной соломенного цвета жидкости. Сосудистые сплетения обычного вида, полнокровны ОРГАНЫ ГОЛОВЫ И ШЕИ. Язык синюшный, влажный, обложен серовато-желтым, не снимающимся налетом. Слизистые оболочки носоглотки синюшные, влажные, блестящие. В мягких тканях шеи повреждений и кровоизлияний не обнаружено. Вход и просвет гортани свободен, слизистая оболочка ее бледно-серая. Подъязычная кость и хрящи гортани целы, в мягких тканях ее повреждений не обнаружено. Просвет трахеи и главных бронхов свободен, хрящи трахеи целы. Щитовидная железа обычных размеров, с равновеликими долями, плотно-эластичная, темно-коричневая, на разрезе полнокровна, дольчатого строения. Просвет пищевода свободен, слизистая его бледно-серая, продольно складчатая. ГРУДНАЯ ПОЛОСТЬ. В плевральных полостях следы прозрачной жидкости. Легкие выполняют 2\3 полостей, с блестящей, гладкой и влажной плеврой. Под висцеральной плеврой, особенно, в прикорневых отделах легких и по базальным поверхностям, множественные точечные кровоизлияния. Легкие синюшные в передних и темно-синюшные в задних отделах, тестоватой консистенции, на разрезах темно-красные с обычным рисунком, полнокровны. Слизистые оболочки воздухопроводящих путей светло-розовые, набухшие. Бифуркационные лимфоузлы располагаются в виде пакетов диаметром от 1 до 2 см, эластичные, не спаянные между собой и с окружающими тканями, темно-синюшные, на разрезах сочные, с обычным рисунком. В полости перикарда следы прозрачной жидкости, листки его гладкие, влажные, блестящие. Под эпикардом единичные точечные рассеянные темно-красные кровоизлияния. Сердце дрябло-эластичное, 11х9х8 см. В полостях сердца немного жидкой темной крови с мелкими единичными темно-вишневыми свертками. Миокард розовато-синюшный, эластичный, неравномерного кровенаполнения. Толщина стенки правого желудочка 0,3 см, левого 1,2 см. Клапаны и пристеночный эндокард тонкий, полупрозрачный, клапаны сформированы правильно. Аорта эластична, со следами жидкой крови в просвете и рассеянными липидными пятнами в интиме. Коронарные артерии с тонкими стенками, пустым просветом. БРЮШНАЯ ПОЛОСТЬ Каких-либо метастазов и опухолевых узлов в печени, легких, селезенки, лимфоузлах не обнаружено. Органы расположены анатомически правильно. В полости следы прозрачной жидкости соломенного цвета. Листки брюшины гладкие, влажные, блестящие. Желудок пустой, содержимое кишечника отделам соответствует, слизистые оболочки их бледно-серые. Мезентериальные лимфоузлы располагаются раздельно, диаметр их не более 1 см, эластичны. Печень 20х18х16х13 см, плотно-эластичная, желто-коричневая с поверхности и на разрезах, полнокровная, со смазанным рисунком долек. В желчном пузыре 15 мл жидкой темно-зеленой желчи, слизистая оболочка его темно-зеленая, бархатистая. Просвет внепеченочных желчевыводящих путей свободно проходим. Поджелудочная железа обычных размеров, плотно-эластичная, бледно-серая, на разрезах - дольчатого строения. Селезенка 7х5х4 см, синюшная, полнокровна, эластична, без соскоба. Надпочечники листовидной формы, обычных размеров, на разрезах граница слоев четкая. Обе почки с мелкобугристой поверхностью равновелики, 8х6х5 см. Глазом опухолевых узлов не выявлено. Очень бледная кора. Отеков и других признаков почечной недостаточности не выявлено. Слизистые оболочки лоханок и чашечек бледно-синюшные, гладкие, блестящие, просвет их свободен. Мочеточники проходимы на всем протяжении, с бледно-серой слизистой. Плотная, значительно увеличенная в размерах, до 7 см диаметром, простата с разрастанием в толще ее бледно-серой ткани типа «рыбьего мяса». В мочевом пузыре 20 грамм прозрачной мочи, слизистая оболочка его складчатая, бледно-серая, уретра свободно проходима. **АКТ** Судебно-гистологического исследования № 238. В почках – картина паренхиматозного тотального пиелонефрита. В простате – крупноацинарная аденокарцимнома.Вопросы:1. Какие дополнительные исследования необходимо провести?2. Зашифровать заболевание в свидетельстве о смерти?3. Составить судебно-медицинский диагноз?4. Определить наличие телесных провреждений?5. Установить причину смерти? | 1.Из трупа для судебно-гистологического исследования взяты кусочки внутренних органов на патоморфологические изменения. Для судебно-химического исследования кровь и моча на определение алкоголя. 2. Свидетельство о смерти В) крупноацинарная аденокарцинома простаты. 3. СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКИЙ ДИАГНОЗ. Крупноацинарная аденокарцинома простаты. *Осложнения:* двусторонний паренхиматозный тотальный пиелонефрит, кахексия, отек и набухание головного мозга с дислокацией; отек легких; венозное полнокровие внутренних органов.4. При судебно-медицинском исследовании трупа телесные повреждения не обнаружены.5. Смерть наступила в результате заболевания – злокачественной опухоли простаты, осложнившейся двусторонним пиелонефритом. Заключение подтверждается картиной, найденной на вскрытии, и данными медицинской документации.При судебно-химическом исследовании в крови этиловый спирт не обнаружен. | ТК ГИА | УК-1  ПК-1  ПК-2  ПК-3  ПК-5  ПК-7  ПК-8  ПК-9  ПК-10  |
| 46 | ОБСТОЯТЕЛЬСТВА ДЕЛА: в направлении на судебно-медицинское исследование трупа не указаны. Представлена выписка из поликлиники на имя Л Диагноз: ХПН терминальная стадия, нефросклероз, рак правой почки? Гипертоническая болезнь 2-3 степени. Киста печени. Эрозивный гастрит. НАРУЖНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ. Труп мужчины, доставлен в трусах черного цвета, завернут в покрывало, среднего телосложения, резко сниженног8о питания, длиной тела 165 см. ПОВРЕЖДЕНИЯ. Каких-либо повреждений, кроме следов медицинских манипуляций, при наружном исследовании не обнаружено. При проведении воздушной пробы – воздух из плевральных полостей и полостей сердца не получен.Полость черепа: кожно-мышечный лоскут головы гладкий, влажный, блестящий, без кровоизлияний и повреждений, височные мышцы синюшные, сочные, полнокровны. Кости свода и основания черепа целы. Твердая мозговая оболочка серо-перламутрового цвета, цела, блестящая, гладкая, влажная, просвет ее синусов выполнен жидкой темной кровью в большом количестве. Мягкие мозговые оболочки тонкие, прозрачные со студневидным отеком и полнокровными сосудами, по ходу которых определяются рассеянные точечные кровоизлияния в небольшом количестве в толще мозговых оболочек. Сосуды Вилизиева круга с тонкими стенками, пустым просветом. Борозды мозга с обычным рисунком, на миндаликах мозжечка кольцевидная с диффузными субарахноидальными кровоизлияниями полоса вдавления от краев большого затылочного отверстия с губовидным выпячиванием вещества мозга внутри кольца. Резервные пространства мозга отсутствуют. Головной мозг дрябло-эластичный, на разрезах с четкой границей серого и белого вещества и мраморным рисунком подкорковых ядер. Поверхности разрезов тускловаты, липнут к лезвию ножа. Желудочки мозга симметричны, увеличенного объема, эпендима их бледно-серая, блестящая, влажная, в полостях желудочков повышенное количество прозрачной соломенного цвета жидкости. Сосудистые сплетения обычного вида, полнокровны ОРГАНЫ ГОЛОВЫ И ШЕИ. Язык синюшный, влажный, обложен серовато-желтым, не снимающимся налетом. Слизистые оболочки носоглотки синюшные, влажные, блестящие. В мягких тканях шеи повреждений и кровоизлияний не обнаружено. Вход и просвет гортани свободен, слизистая оболочка ее бледно-серая. Подъязычная кость и хрящи гортани целы, в мягких тканях ее повреждений не обнаружено. Просвет трахеи и главных бронхов свободен, хрящи трахеи целы. Щитовидная железа обычных размеров, с равновеликими долями, плотно-эластичная, темно-коричневая, на разрезе полнокровна, дольчатого строения. Просвет пищевода свободен, слизистая его бледно-серая, продольно складчатая. ГРУДНАЯ ПОЛОСТЬ. В плевральных полостях следы прозрачной жидкости. Легкие выполняют 2\3 полостей, с блестящей, гладкой и влажной плеврой. Под висцеральной плеврой, особенно, в прикорневых отделах легких и по базальным поверхностям, множественные точечные кровоизлияния. Легкие синюшные в передних и темно-синюшные в задних отделах, тестоватой консистенции, на разрезах темно-красные с обычным рисунком, полнокровны. Слизистые оболочки воздухопроводящих путей светло-розовые, набухшие. Бифуркационные лимфоузлы располагаются в виде пакетов диаметром от 1 до 2 см, эластичные, не спаянные между собой и с окружающими тканями, темно-синюшные, на разрезах сочные, с обычным рисунком. В полости перикарда следы прозрачной жидкости, листки его гладкие, влажные, блестящие. Под эпикардом единичные точечные рассеянные темно-красные кровоизлияния. Сердце дрябло-эластичное, 11х9х8 см. В полостях сердца немного жидкой темной крови с мелкими единичными темно-вишневыми свертками. Миокард розовато-синюшный, эластичный, неравномерного кровенаполнения. Толщина стенки правого желудочка 0,3 см, левого 1,2 см. Клапаны и пристеночный эндокард тонкий, полупрозрачный, клапаны сформированы правильно. Аорта эластична, со следами жидкой крови в просвете и рассеянными липидными пятнами в интиме. Коронарные артерии с тонкими стенками, пустым просветом. БРЮШНАЯ ПОЛОСТЬ Каких-либо метастазов и опухолевых узлов в печени, легких, селезенки, лимфоузлах не обнаружено. Органы расположены анатомически правильно. В полости следы прозрачной жидкости соломенного цвета. Листки брюшины гладкие, влажные, блестящие. Желудок пустой, содержимое кишечника отделам соответствует, слизистые оболочки их бледно-серые. Мезентериальные лимфоузлы располагаются раздельно, диаметр их не более 1 см, эластичны. Печень 20х18х16х13 см, плотно-эластичная, желто-коричневая с поверхности и на разрезах, полнокровная, со смазанным рисунком долек. В желчном пузыре 15 мл жидкой темно-зеленой желчи, слизистая оболочка его темно-зеленая, бархатистая. Просвет внепеченочных желчевыводящих путей свободно проходим. Поджелудочная железа обычных размеров, плотно-эластичная, бледно-серая, на разрезах - дольчатого строения. Селезенка 7х5х4 см, синюшная, полнокровна, эластична, без соскоба. Надпочечники листовидной формы, обычных размеров, на разрезах граница слоев четкая. Обе почки с мелкобугристой поверхностью равновелики, 8х6х5 см. Глазом опухолевых узлов не выявлено. Очень бледная кора. Отеков и других признаков почечной недостаточности не выявлено. Слизистые оболочки лоханок и чашечек бледно-синюшные, гладкие, блестящие, просвет их свободен. Мочеточники проходимы на всем протяжении, с бледно-серой слизистой. Плотная, значительно увеличенная в размерах, до 7 см диаметром, простата с разрастанием в толще ее бледно-серой ткани типа «рыбьего мяса». В мочевом пузыре 20 грамм прозрачной мочи, слизистая оболочка его складчатая, бледно-серая, уретра свободно проходима. **АКТ** Судебно-гистологического исследования № 238. В почках – картина паренхиматозного тотального пиелонефрита. В простате – крупноацинарная аденокарцимнома.Вопросы:1. Какие дополнительные исследования необходимо провести?2. Зашифровать заболевание в свидетельстве о смерти?3. Составить судебно-медицинский диагноз?4. Определить наличие телесных провреждений?5. Установить причину смерти? | 1. Из трупа для судебно-гистологического исследования взяты кусочки внутренних органов на патоморфологические изменения. Для судебно-химического исследования кровь и моча на определение алкоголя. 2. Свидетельство о смерти В) крупноацинарная аденокарцинома простаты. 3. СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКИЙ ДИАГНОЗ. Крупноацинарная аденокарцинома простаты. *Осложнения:* двусторонний паренхиматозный тотальный пиелонефрит, кахексия, отек и набухание головного мозга с дислокацией; отек легких; венозное полнокровие внутренних органов.4. При судебно-медицинском исследовании трупа телесные повреждения не обнаружены.5. Смерть наступила в результате заболевания – злокачественной опухоли простаты, осложнившейся двусторонним пиелонефритом. Заключение подтверждается картиной, найденной на вскрытии, и данными медицинской документации.При судебно-химическом исследовании в крови этиловый спирт не обнаружен. | ТК ГИА | УК-1  ПК-1  ПК-2  ПК-3  ПК-5  ПК-7  ПК-8  ПК-9  ПК-10  |
| 47 | ОБСТОЯТЕЛЬСТВА ДЕЛА: в направлении на судебно-медицинское исследование трупа не указаны.  Представлена история болезни из ГКБ на имя Т., 1968 г.р., которая 17.02.07г. в 2-00 бригадой скорой помощи была доставлена в гинекологическое отделение в крайне тяжелом состоянии. Со слов врача скорой помощи взята из дома, где обнаружена сожителем в луже крови. Там же врачом скорой помощи выяснено, что больная в течение 1 месяца принимала алкоголь (технический спирт). Больная на вопросы отвечает спутано. Удалось выяснить, что последняя менструация была в середине января 2007 года в течение 7 дней, очень обильно. Когда вновь появились кровянистые выделения из половых путей не помнит. Из перенесенных заболеваний: венерические заболевания, болезнь Боткина, хронический алкоголизм, токсический гепатит, пневмония. Количество беременностей 2, абортов 1, родов 1. У больной педикулез. Общее состояние крайне тяжелое. Оглушение 1-2. Кожные покровы желтушные, отмечается иктеричность склер. Дыхание жесткое, проводится по всем полям. ЧСС 126/мин. АД 60/40 мм.рт.ст. Пульс 126/мин, нитевидный. Живот не вздут, мягкий, умеренно болезненный в нижних отделах. Печень резко увеличена, край печени определяется около пупка. После соответствующей обработки наружных половых органов женщины и рук врача шейка матки выведена в зеркалах и взята на пулевые щипцы. Длина полости матки 7 см. Стенки матки гладкие. Наружный зев закрыт, расширен до 10,5 см, соскоб не получен. Произведено выскабливание цервикального канала, полости матки. Получен соскоб скудный. Матка сократилась, кровотечение в виде обрывков эндометрия. 19.02.07г. в 6-00 больная пошла в туалет, где наступила смерть.ПОСМЕРТНЫЙ ДИАГНОЗ. Токсический гепатит. *Фоновое заболевание.* Хронический алкоголизм. *Осложнение.* Печеночная недостаточность. Вторичная коагулопатия. Маточное кровотечение. Геморрагический шок 2-3 степени. Анемия тяжелой степени.НАРУЖНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ. Труп женщины, доставлен без одежды, среднего телосложения, правильного питания, длиной тела 160 см. Кожа желтая, холодная на ощупь во всех отделах, в отлогих местах тела сливные, фиолетовые, не исчезающие и не меняющие цвет при надавливании трупные пятна. Трупное окоченение достаточно выражено во всех обычно исследуемых группах мышц. Склеры глаз мутные, тусклые, суховаты, кровоизлияний в соединительные оболочки глаз не отмечается, зрачки равновелики по 0,4 см диаметром. Голова правильной формы, кости черепа и лицевого скелета на ощупь целы. Грудная клетка цилиндрическая, эластичная, упругая, ребра на ощупь целы. Живот на одном уровне с грудной клеткой. Естественные отверстия тела и полости рта и носоглотки свободны, чистые. Слизистая оболочка губ синюшная, подсохшая. Анальное отверстие сомкнуто. Половые органы развиты правильно. Кости конечностей целы.ПОВРЕЖДЕНИЯ. Каких-либо повреждений, кроме следов медицинских манипуляций, при наружном исследовании не обнаружено.При проведении воздушной пробы – воздух из плевральных полостей и полостей сердца не получен.ПОЛОСТЬ ЧЕРЕПА: кожно-мышечный лоскут головы гладкий, влажный, блестящий, без кровоизлияний и повреждений, височные мышцы синюшные, сочные, малокровны. Кости свода и основания черепа целы. Твердая мозговая оболочка ярко-желтого цвета, цела, блестящая, гладкая, влажная, просвет ее синусов с жидкой темной кровью в небольшом количестве. Мягкие мозговые оболочки тонкие, прозрачные со студневидным отеком и малокровными сосудами, по ходу которых определяются рассеянные точечные кровоизлияния в небольшом количестве в толще мозговых оболочек. Сосуды Вилизиева круга с тонкими стенками, пустым просветом. Борозды мозга с обычным рисунком, на миндаликах мозжечка определяется полоса вдавления от краев большого затылочного отверстия. Головной мозг дрябло-эластичный, на разрезах с четкой границей серого и белого вещества и мраморным рисунком подкорковых ядер. Поверхности разрезов тускловаты, липнут к лезвию ножа. Желудочки мозга симметричны, обычного объема, эпендима их бледно-серая, блестящая, влажная, в полостях желудочков следы прозрачной соломенного цвета жидкости. Сосудистые сплетения обычного вида, малокровныОРГАНЫ ГОЛОВЫ И ШЕИ. Язык синюшный, влажный, обложен серовато-желтым, не снимающимся налетом. Слизистые оболочки носоглотки синюшные, влажные, блестящие. В мягких тканях шеи повреждений и кровоизлияний не обнаружено. Вход и просвет гортани свободен, слизистая оболочка ее бледно-серая. Подъязычная кость и хрящи гортани целы, в мягких тканях ее повреждений не обнаружено. Просвет трахеи и главных бронхов свободен, хрящи трахеи целы. Щитовидная железа обычных размеров, с равновеликими долями, плотно-эластичная, темно-коричневая, на разрезе малокровна, дольчатого строения. Просвет пищевода свободен, слизистая его бледно-серая, продольно складчатая.ГРУДНАЯ ПОЛОСТЬ. В плевральных полостях следы прозрачной жидкости. Легкие выполняют 2\3 полостей, с блестящей, гладкой и влажной плеврой. Под висцеральной плеврой, особенно, в прикорневых отделах легких и по базальным поверхностям, множественные точечные кровоизлияния. Легкие бледно-синюшные во всех отделах, тестоватой консистенции, на разрезах пестрые с множественными темно-красными очагами кровоизлияний в паренхиме. бледно-розовые с обычным рисунком, малокровны вне кровоизлияний. Слизистые оболочки воздухо-проводящих путей светло-розовые, набухшие. Бифуркационные лимфоузлы располагаются в виде пакетов диаметром от 1 до 2 см, эластичные, не спаянные между собой и с окружающими тканями, темно-синюшные, на разрезах сочные, с обычным рисунком. В полости перикарда следы прозрачной жидкости, листки его гладкие, влажные, блестящие. Сердце дрябло-эластичное, 10,5х9х8 см, с избыточным отложением жира под эпикардом. В полостях сердца немного жидкой темной крови. Миокард розовато-синюшный, эластичный, неравномерного кровенаполнения. Толщина стенки правого желудочка 0,3 см, левого 1,2 см. Под эндокардом левого желудочка пятнистые кровоизлияния Клапаны и пристеночный эндокард тонкий, полупрозрачный, клапаны сформированы правильно. Аорта эластична, со следами жидкой крови в просвете и рассеянными липидными пятнами в интиме. Коронарные артерии с тонкими стенками, пустым просветомБРЮШНАЯ ПОЛОСТЬ. Органы расположены анатомически правильно. В полости следы прозрачной жидкости соломенного цвета. Листки брюшины гладкие, влажные, блестящие. Желудок пустой, содержимое кишечника отделам соответствует, слизистые оболочки их бледно-серые. Мезентериальные лимфоузлы располагаются раздельно, диаметр их не более 1 см, эластичны. Печень 28х20х18х16 см, плотно-эластичная, желтая с поверхности и на разрезах, малокровная, со смазанным рисунком долек. В желчном пузыре 50 мл жидкой темно-зеленой желчи, слизистая оболочка его темно-зеленая, бархатистая. Просвет внепеченочных желчевыводящих путей свободно проходим. Поджелудочная железа обычных размеров, плотно-эластичная, бледно-серая, на разрезах - дольчатого строения. Селезенка 8х7х5 см, синюшная, малокровна, эластична, без соскоба. Надпочечники листовидной формы, обычных размеров, на разрезах граница слоев четкая. Почки равновелики, 10х6х5 см, дрябло-эластичные. Капсула сползает при надрезе, обнажая ровную поверхность. По краю разреза паренхима наползает на капсулу. На разрезах корковый слой - синюшный, с темно-красным крапом и подчеркнутым рисунком, мозговой слой также с подчеркнутым рисунком, граница слоев отчетливо выражена. Слизистые оболочки лоханок и чашечек бледно-синюшные, гладкие, блестящие, просвет их свободен. Мочеточники проходимы на всем протяжении, с бледно-серой слизистой. Мочевой пузырь пуст, слизистая оболочка его складчатая, бледно-серая, уретра свободно проходима. Яичники с множественными кистами с прозрачным содержимым. Матка обычных размеров, в полости немного смешанных свертков крови, в слизистой – инфильтрация кровью. **А К Т** Судебно-гистологического исследования № 1236. ЗАКЛЮЧЕНИЕ Печень – хронический персистирующий гепатит с внутридольковыми холестазами и жировым гепатозом 3 ст. Матка – эндометрий отсутствует, в полости – наложения свертков крови. Яичники с фолликулярными кистами. В маточной трубе хронический аднексит вне обострения. Миокард – малокровие сосудов, умеренный перивазальный склероз. Легкие – картина отека с геморрагическим компонентом. Почки – неравномерное кровенаполнение сосудов. Головной мозг – периваскулярный и перицеллюлярный отек.Вопросы:1. Какие дополнительные исследования необходимо провести?
2. Зашифровать заболевание в свидетельстве о смерти?
3. Составить судебно-медицинский диагноз?
4. Определить наличие телесных повреждений?
5. Установить причину смерти?
 | * 1. Из трупа взяты: для судебно-гистологического исследования кусочки внутренних органов на патоморфологические изменения; для судебно-химического исследования кровь и моча на наличие алкоголя.
	2. Свидетельство о смерти. В) Хронический персистирующий гепатит
	3. СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКИЙ ДИАГНОЗ. Хронический персистирующий гепатит с внутридольковым холестазом и жировым гепатозом 3 ст. Осложнения: паренхиматозная желтуха, геморрагический синдром - маточное кровотечение, постгеморрагическая анемия, малокровие и неравномерное кровенаполнение внутренних органов, пятна Минакова под эндокардом левого желудочка сердца, точечные кровоизлияния под висцеральную плевру; отек и набухание головного мозга; отек легких с геморрагическим компонентом; венозное малокровие внутренних органов.
	4. При судебно-медицинском исследовании трупа телесные повреждения не обнаружены.
	5. Смерть наступила в результате заболевания, верифицированного как хронический персистирующий гепатит с внутридольковым холестазом и жировым гепатозом 3 степени, обусловившим нарушения свертывающей системы крови и, осложнившегося геморрагическим синдромом с соответствующими клинико-морфологическими проявлениями (см. диагноз). Заключение подтверждается картиной, найденной на вскрытии и данными медицинской документации. Данных в истории болезни о наличия алкоголя в крови пострадавшей не обнаружено.
 | ТК ГИА | УК-1  ПК-1  ПК-2  ПК-3  ПК-5  ПК-7  ПК-8  ПК-9  ПК-10  |
| 48 | ОБСТОЯТЕЛЬСТВА ДЕЛА: в направлении на судебно-медицинское исследование трупа не указаны.  Представлена история болезни из ГКБ на имя Т., 1968 г.р., которая 17.02.07г. в 2-00 бригадой скорой помощи была доставлена в гинекологическое отделение в крайне тяжелом состоянии. Со слов врача скорой помощи взята из дома, где обнаружена сожителем в луже крови. Там же врачом скорой помощи выяснено, что больная в течение 1 месяца принимала алкоголь (технический спирт). Больная на вопросы отвечает спутано. Удалось выяснить, что последняя менструация была в середине января 2007 года в течение 7 дней, очень обильно. Когда вновь появились кровянистые выделения из половых путей не помнит. Из перенесенных заболеваний: венерические заболевания, болезнь Боткина, хронический алкоголизм, токсический гепатит, пневмония. Количество беременностей 2, абортов 1, родов 1. У больной педикулез. Общее состояние крайне тяжелое. Оглушение 1-2. Кожные покровы желтушные, отмечается иктеричность склер. Дыхание жесткое, проводится по всем полям. ЧСС 126/мин. АД 60/40 мм.рт.ст. Пульс 126/мин, нитевидный. Живот не вздут, мягкий, умеренно болезненный в нижних отделах. Печень резко увеличена, край печени определяется около пупка. После соответствующей обработки наружных половых органов женщины и рук врача шейка матки выведена в зеркалах и взята на пулевые щипцы. Длина полости матки 7 см. Стенки матки гладкие. Наружный зев закрыт, расширен до 10,5 см, соскоб не получен. Произведено выскабливание цервикального канала, полости матки. Получен соскоб скудный. Матка сократилась, кровотечение в виде обрывков эндометрия. 19.02.07г. в 6-00 больная пошла в туалет, где наступила смерть.ПОСМЕРТНЫЙ ДИАГНОЗ. Токсический гепатит. *Фоновое заболевание.* Хронический алкоголизм. *Осложнение.* Печеночная недостаточность. Вторичная коагулопатия. Маточное кровотечение. Геморрагический шок 2-3 степени. Анемия тяжелой степени.НАРУЖНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ. Труп женщины, доставлен без одежды, среднего телосложения, правильного питания, длиной тела 160 см. Кожа желтая, холодная на ощупь во всех отделах, в отлогих местах тела сливные, фиолетовые, не исчезающие и не меняющие цвет при надавливании трупные пятна. Трупное окоченение достаточно выражено во всех обычно исследуемых группах мышц. Склеры глаз мутные, тусклые, суховаты, кровоизлияний в соединительные оболочки глаз не отмечается, зрачки равновелики по 0,4 см диаметром. Голова правильной формы, кости черепа и лицевого скелета на ощупь целы. Грудная клетка цилиндрическая, эластичная, упругая, ребра на ощупь целы. Живот на одном уровне с грудной клеткой. Естественные отверстия тела и полости рта и носоглотки свободны, чистые. Слизистая оболочка губ синюшная, подсохшая. Анальное отверстие сомкнуто. Половые органы развиты правильно. Кости конечностей целы.ПОВРЕЖДЕНИЯ. Каких-либо повреждений, кроме следов медицинских манипуляций, при наружном исследовании не обнаружено.При проведении воздушной пробы – воздух из плевральных полостей и полостей сердца не получен.ПОЛОСТЬ ЧЕРЕПА: кожно-мышечный лоскут головы гладкий, влажный, блестящий, без кровоизлияний и повреждений, височные мышцы синюшные, сочные, малокровны. Кости свода и основания черепа целы. Твердая мозговая оболочка ярко-желтого цвета, цела, блестящая, гладкая, влажная, просвет ее синусов с жидкой темной кровью в небольшом количестве. Мягкие мозговые оболочки тонкие, прозрачные со студневидным отеком и малокровными сосудами, по ходу которых определяются рассеянные точечные кровоизлияния в небольшом количестве в толще мозговых оболочек. Сосуды Вилизиева круга с тонкими стенками, пустым просветом. Борозды мозга с обычным рисунком, на миндаликах мозжечка определяется полоса вдавления от краев большого затылочного отверстия. Головной мозг дрябло-эластичный, на разрезах с четкой границей серого и белого вещества и мраморным рисунком подкорковых ядер. Поверхности разрезов тускловаты, липнут к лезвию ножа. Желудочки мозга симметричны, обычного объема, эпендима их бледно-серая, блестящая, влажная, в полостях желудочков следы прозрачной соломенного цвета жидкости. Сосудистые сплетения обычного вида, малокровныОРГАНЫ ГОЛОВЫ И ШЕИ. Язык синюшный, влажный, обложен серовато-желтым, не снимающимся налетом. Слизистые оболочки носоглотки синюшные, влажные, блестящие. В мягких тканях шеи повреждений и кровоизлияний не обнаружено. Вход и просвет гортани свободен, слизистая оболочка ее бледно-серая. Подъязычная кость и хрящи гортани целы, в мягких тканях ее повреждений не обнаружено. Просвет трахеи и главных бронхов свободен, хрящи трахеи целы. Щитовидная железа обычных размеров, с равновеликими долями, плотно-эластичная, темно-коричневая, на разрезе малокровна, дольчатого строения. Просвет пищевода свободен, слизистая его бледно-серая, продольно складчатая.ГРУДНАЯ ПОЛОСТЬ. В плевральных полостях следы прозрачной жидкости. Легкие выполняют 2\3 полостей, с блестящей, гладкой и влажной плеврой. Под висцеральной плеврой, особенно, в прикорневых отделах легких и по базальным поверхностям, множественные точечные кровоизлияния. Легкие бледно-синюшные во всех отделах, тестоватой консистенции, на разрезах пестрые с множественными темно-красными очагами кровоизлияний в паренхиме. бледно-розовые с обычным рисунком, малокровны вне кровоизлияний. Слизистые оболочки воздухо-проводящих путей светло-розовые, набухшие. Бифуркационные лимфоузлы располагаются в виде пакетов диаметром от 1 до 2 см, эластичные, не спаянные между собой и с окружающими тканями, темно-синюшные, на разрезах сочные, с обычным рисунком. В полости перикарда следы прозрачной жидкости, листки его гладкие, влажные, блестящие. Сердце дрябло-эластичное, 10,5х9х8 см, с избыточным отложением жира под эпикардом. В полостях сердца немного жидкой темной крови. Миокард розовато-синюшный, эластичный, неравномерного кровенаполнения. Толщина стенки правого желудочка 0,3 см, левого 1,2 см. Под эндокардом левого желудочка пятнистые кровоизлияния Клапаны и пристеночный эндокард тонкий, полупрозрачный, клапаны сформированы правильно. Аорта эластична, со следами жидкой крови в просвете и рассеянными липидными пятнами в интиме. Коронарные артерии с тонкими стенками, пустым просветомБРЮШНАЯ ПОЛОСТЬ. Органы расположены анатомически правильно. В полости следы прозрачной жидкости соломенного цвета. Листки брюшины гладкие, влажные, блестящие. Желудок пустой, содержимое кишечника отделам соответствует, слизистые оболочки их бледно-серые. Мезентериальные лимфоузлы располагаются раздельно, диаметр их не более 1 см, эластичны. Печень 28х20х18х16 см, плотно-эластичная, желтая с поверхности и на разрезах, малокровная, со смазанным рисунком долек. В желчном пузыре 50 мл жидкой темно-зеленой желчи, слизистая оболочка его темно-зеленая, бархатистая. Просвет внепеченочных желчевыводящих путей свободно проходим. Поджелудочная железа обычных размеров, плотно-эластичная, бледно-серая, на разрезах - дольчатого строения. Селезенка 8х7х5 см, синюшная, малокровна, эластична, без соскоба. Надпочечники листовидной формы, обычных размеров, на разрезах граница слоев четкая. Почки равновелики, 10х6х5 см, дрябло-эластичные. Капсула сползает при надрезе, обнажая ровную поверхность. По краю разреза паренхима наползает на капсулу. На разрезах корковый слой - синюшный, с темно-красным крапом и подчеркнутым рисунком, мозговой слой также с подчеркнутым рисунком, граница слоев отчетливо выражена. Слизистые оболочки лоханок и чашечек бледно-синюшные, гладкие, блестящие, просвет их свободен. Мочеточники проходимы на всем протяжении, с бледно-серой слизистой. Мочевой пузырь пуст, слизистая оболочка его складчатая, бледно-серая, уретра свободно проходима. Яичники с множественными кистами с прозрачным содержимым. Матка обычных размеров, в полости немного смешанных свертков крови, в слизистой – инфильтрация кровью.**А К Т** Судебно-гистологического исследования № 1236. ЗАКЛЮЧЕНИЕ Печень – хронический персистирующий гепатит с внутридольковыми холестазами и жировым гепатозом 3 ст. Матка – эндометрий отсутствует, в полости – наложения свертков крови. Яичники с фолликулярными кистами. В маточной трубе хронический аднексит вне обострения. Миокард – малокровие сосудов, умеренный перивазальный склероз. Легкие – картина отека с геморрагическим компонентом. Почки – неравномерное кровенаполнение сосудов. Головной мозг – периваскулярный и перицеллюлярный отек.Вопросы:1.Какие дополнительные исследования необходимо провести?2.Зашифровать заболевание в свидетельстве о смерти?3.Составить судебно-медицинский диагноз?4.Определить наличие телесных повреждений?5.Установить причину смерти? | * 1. 1.Из трупа взяты: для судебно-гистологического исследования кусочки внутренних органов на патоморфологические изменения; для судебно-химического исследования кровь и моча на наличие алкоголя.
	2. 2.Свидетельство о смерти. В) Хронический персистирующий гепатит
	3. 3.СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКИЙ ДИАГНОЗ. Хронический персистирующий гепатит с внутридольковым холестазом и жировым гепатозом 3 ст. Осложнения: паренхиматозная желтуха, геморрагический синдром - маточное кровотечение, постгеморрагическая анемия, малокровие и неравномерное кровенаполнение внутренних органов, пятна Минакова под эндокардом левого желудочка сердца, точечные кровоизлияния под висцеральную плевру; отек и набухание головного мозга; отек легких с геморрагическим компонентом; венозное малокровие внутренних органов.
	4. 4.При судебно-медицинском исследовании трупа телесные повреждения не обнаружены.
	5. 5.Смерть наступила в результате заболевания, верифицированного как хронический персистирующий гепатит с внутридольковым холестазом и жировым гепатозом 3 степени, обусловившим нарушения свертывающей системы крови и, осложнившегося геморрагическим синдромом с соответствующими клинико-морфологическими проявлениями (см. диагноз). Заключение подтверждается картиной, найденной на вскрытии и данными медицинской документации. Данных в истории болезни о наличия алкоголя в крови пострадавшей не обнаружено.
 | ТК ГИА | УК-1,  ПК-1,  ПК-2, ПК-3,  ПК-6,  ПК-7,  ПК-8,  ПК-9, ПК-10  |
| 49 | ОБСТОЯТЕЛЬСТВА ДЕЛА. В направлении на судебно-медицинское исследование трупа не указаны.Представлен акт о смерти. Б., 48 лет доставлен бригадой скорой помощи в приемное отделение 1.11.07г. в 23-50 в крайне тяжелом состоянии. Жалоб на момент осмотра не предъявляет в связи с нарушением сознания – сопор. Из анамнеза (со слов матери) заболел в мае 2007г. когда появились слабость в ногах, в июне 2007г. стационарное лечение в неврологическом отделении ГКБ № 1. С июня 2007г. постепенно отрицательная динамика: тремор в руках, замедленные движения. Последние 3 недели лежит, на обращенную речь не реагирует, наблюдался участковым терапевтом, неврологом по месту жительства. Дополнительных методов обследования не проводилось. Объективно: кожные покровы бледные, сухие, на крестце пролежень 3х5 см с признаками перифокального воспаления. Дыхание проводится по всем полям, ЧДД 20\мин. Сердечные тоны приглушены, ритмичные, ЧСС 80\мин. АД 90\60 мм.рт.ст. Моча выведена катетером – желтая, прозрачная. Неврологический статус: сопор. Взор фиксирован прямо. Рот открыт. Язык в полости рта. Сухожильные рефлексы с рук высокие, с ног низкие. Положительный синдром «подушки». Менингеальных знаков нет. Произведена рентгенография черепа, легких – патологии не выявлено. ЭКГ – ритм синусовый, ЧСС 88\мин. УЗИ брюшной полости – патологии не выявлено, диффузные изменения печени, конкременты в желчном пузыре. 2.11.07 в 0-20 внезапно состояние больного резко ухудшилось – спонтанные движения грудной клетки отсутствуют, давление и пульс на периферических артериях не определяются. Реанимационные мероприятия в течение 20 минут без эффекта. В 0-40 2.11.2007г. констатирована биологическая смерть больного.НАРУЖНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ. Труп мужчины, доставлен без одежды, среднего телосложения, правильного удовлетворительного питания, длиной тела 178 см. Кожа бледно-серая, холодная на ощупь во всех отделах, в отлогих местах тела сливные, фиолетовые, не исчезающие и не меняющие цвет при надавливании трупные пятна. Трупное окоченение достаточно выражено во всех обычно исследуемых группах мышц. Склеры глаз мутные, тусклые, суховаты, кровоизлияний в соединительные оболочки глаз не отмечается, зрачки равновелики по 0,5 см диаметром. Голова правильной формы, кости черепа и лицевого скелета на ощупь целы. Грудная клетка цилиндрическая, эластичная, упругая, ребра на ощупь целы. Живот на одном уровне с грудной клеткой. Естественные отверстия тела и полости рта и носоглотки свободны, чистые. Слизистая оболочка губ синюшная, подсохшая. Анальное отверстие сомкнуто, кожа вокруг него чистая. Половые органы развиты правильно. Кости конечностей целы. ПОВРЕЖДЕНИЯ. Каких-либо повреждений, кроме следов медицинских манипуляций, при исследовании не обнаружено. При проведении воздушной пробы – воздух из плевральных полостей и полостей сердца не получен. При проведении судебно-медицинского исследования трупа использовались: кожные разрезы по методу Шора.ВНУТРЕННЕЕ ИССЛЕДОВАНИЕИзвлечение органокомплекса произведено по методу Шора, с распилом ребер спереди. Череп вскрывался угловым распилом. Масса органов:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Масса | № 323 | норма |
| Мозг | 1100 | До 1400 |
| Легкое правое | 590 | 450 |
|  левое | 450 | 375 |
| Сердце | 360 | 200-400 |
| Печень | 1700 | 1200-2000 |
| Селезенка | 110 | 80-180 |
| Почки обе | 300 | 275-310 |
|  Правая/Левая | 145/155 |  |

ПОЛОСТЬ ЧЕРЕПА. Головной мозг исследовался методом Вирхова. Кожно-мышечный лоскут головы блестящий, полнокровный, без кровоизлияний и повреждений. Кости свода и основания черепа целы. Твердая мозговая оболочка напряжена, серо-перламутрового цвета, блестящая, в синусах ее темная жидкая кровь в большом количестве. Субдуральное пространство свободно. Мягкие мозговые оболочки тонкие, прозрачные с полнокровными сосудами, походу которых рассеянные точечные субарахноидальные кровоизлияния в глубине борозд. Умеренный атеросклероз сосудов Вилизиева круга, наиболее выраженный в основной артерии с наличием на ней полулунной атеросклеротической бляшки с облитерацией просвета до 1/3. Борозды мозга несколько сглажены, извилины слегка уплощены. Головной мозг дрябло-эластичный, на разрезах с четкой границей серого и белого вещества и мраморным рисунком подкорковых ядер. Поверхности разрезов тускловаты, липнут к лезвию ножа. Желудочки мозга симметричны, обычного объема, эпендима их бледно-серая, блестящая, влажная, в полостях желудочков следы прозрачной соломенного цвета жидкости. Сосудистые сплетения обычного вида, полнокровны. ОРГАНЫ ШЕИ, ГРУДНОЙ И БРЮШНОЙ ПОЛОСТЕЙ: язык синюшный, влажный, обложен серовато-желтым, не снимающимся налетом. Слизистые оболочки носоглотки синюшные, влажные, блестящие. В мягких тканях шеи повреждений и кровоизлияний не обнаружено. В плевральных полостях следы прозрачной жидкости, Легкие полностью выполняют плевральные полости с отпечатками ребер. Органы брюшной полости расположены анатомически правильно, в полости следы прозрачной жидкости соломенного цвета. Листки брюшины гладкие, влажные, блестящие. Просвет пищевода свободен, слизистая его бледно-серая, продольно складчатая. Вход и просвет гортани свободен. Подъязычная кость и хрящи гортани целы, в мягких тканях ее повреждений не обнаружено. Просвет трахеи и главных бронхов свободен, хрящи трахеи целы. Щитовидная железа обычных размеров, с равновеликими долями, плотно-эластичная, темно-коричневая, на разрезе полнокровна, дольчатого строения. Аорта эластична, со следами жидкой крови в просвете и рассеянными липидными пятнами и множественными атеросклеротическими бляшками в разных стадиях развития в интиме, с наибольшей концентрацией в области бифуркации.Под висцеральной плеврой, особенно, в прикорневых отделах легких и по базальным поверхностям, множественные точечные кровоизлияния. Легкие тестоватые, бледно-розовато-синюшные, на разрезах розовые. С поверхности разрезов из сосудов стекает повышенное количество жидкой темной крови. На разрезах над поверхностями разрезов выступают бронхи в виде «гусиных перьев». Просвет бронхов ниже главных бронхов полностью выполнен жидким желто-зеленым гноем, слизистые оболочки гортани, трахеи и бронхов гиперемированы, отечны с налетом фибрина.Бифуркационные лимфоузлы располагаются в виде пакетов диаметром от 1 до 2 см, эластичные, не спаянные между собой и с окружающими тканями, темно-синюшные, на разрезах сочные, с обычным рисунком. В полости перикарда следы прозрачной жидкости, листки его гладкие, влажные, блестящие. Сердце дрябло-эластичное, 12х11х10 см, с избыточным отложением жира под эпикардом. В полостях сердца смешанные свертки крови. Миокард розовато-синюшный, эластичный, с сетчатым разрастанием соединительной ткани, неравномерного кровенаполнения. В задней стенке левого желудочка с переходом на перегородку на всю толщу миокарда на участке диаметром 4 см очаговое темно-вишневое прокрашивание миокарда на фоне которого рассеянные мелкие участки более бледной окраски. Толщина стенки правого желудочка 0,3 см, левого 1,5 см. Клапанный и пристеночный эндокард утолщен, мутный, клапаны сформированы правильно. Коронарные артерии с неравномерно утолщенными стенками за счет полулунных и кольцевидных атеросклеротических бляшек с кальцинозом, с облитерацией просвета не более чем на 1/3. Желудок пустой, содержимое кишечника отделам соответствует, слизистые оболочки желудочно-кишечного тракта бледно-серые. Мезентериальные лимфоузлы располагаются раздельно, диаметр их не более 1 см, эластичны. Печень 25х17х15х13 см, плотно-эластичная, коричневая с поверхности и на разрезах, полнокровная, со смазанным рисунком долек. Просвет внепеченочных желчевыводящих путей свободно проходим. Поджелудочная железа обычных размеров, плотно-эластичная, бледно-серая, на разрезах – дольчатого строения. Селезенка 9х7х5 см, дрябло-эластичная, синюшная, с гипоплазией белой пульпы, на разрезах с обильным соскобом. Надпочечники листовидной формы, обычных размеров, на разрезах граница слоев четкая. Почки равновелики, 11х7х5 см, дрябло-эластичные. Капсула сползает при надрезе, обнажая ровную поверхность. По краю разреза паренхима наползает на капсулу. На разрезах корковый слой - синюшный, с темно-красным крапом и подчеркнутым рисунком, мозговой слой также с подчеркнутым рисунком, граница слоев отчетливо выражена с полнокровием юкстагломерулярной зоны. Слизистые оболочки лоханок и чашечек бледно-синюшные, гладкие, блестящие, просвет их свободен. Мочеточники проходимы на всем протяжении, с бледно-серой слизистой. Мочевой пузырь пуст, слизистая оболочка его складчатая, бледно-серая, уретра свободно проходима.ДАННЫЕ ДОПОЛНИТЕЛЬНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ.Акт судебно-гистологического исследования № 6781 внутренних органов от трупа. ЗАКЛЮЧЕНИЕМиокард – выражен межуточный отек, фрагментация кардиоцитов, в поляризованном свете отдельные кардиоциты с контрактурными изменениями 1-3 степени, очаговые перивазальные кровоизлияния в паренхиме, распространяющиеся в толщу миокарда. В части кардиоцитов в поляризованном свете неравномерное свечение «миокард, изъеденный молью». Миолизис отдельных кардиоцитов. Умеренный фуксинофильный перивазальный склероз. Большое количество жировой клетчатке в эпикарде с разрастанием ее перивазально на субэпикардиальные отделы миокарда. Почки – во всех сосудах стаз крови, в клубочках набухание мезангия, просвет капсулы Шумлянского свободен. склероз стенок приносящих артериол, очаговый гломерулосклероз, эпителий канальцев с дистрофическими изменениями. Легкие – гнойный эндобронхит, перибронхиальный и перивазальный пневмосклероз. В сосудах стаз крови с агрегацией эритроцитов вплоть до сладж феномена. Очаговый внутриальвеолярный отек, выраженный межуточный отек, полнокровие капилляров.Вопросы:1. Какие дополнительные исследования необходимо провести?
2. Зашифровать заболевание в свидетельстве о смерти.
3. Составить судебно-медицинский диагноз.
4. Определить наличие телесных повреждений.
5. Установить причину смерти.
 | * 1. 1. Из трупа взяты: для судебно-гистологического исследования кусочки внутренних органов на патоморфологические изменения; для судебно-химического исследования кровь и моча на наличие алкоголя.
	2. 2. Свидетельство о смерти: хронический гнойный бронхит J 41.1.
	3. 3. Судебно-медицинский диагноз: хронический гнойный бронхит с обструкцией гноем просвета бронхов: перибронхиальный и перивазальный пневмосклероз, острая эмфизема легких с отпечатками ребер, точечные кровоизлияния под висцеральную плевру, венозное полнокровие внутренних органов, токсико-гипоксические изменения миокарда - межуточный отек, фрагментация кардиоцитов отдельные кардиоциты с контрактурными изменениями 1-3 степени, очаговые перивазальные кровоизлияния в паренхиме, распространяющиеся в толщу миокарда, миолизис отдельных кардиоцитов.
	4. 4. При судебно-медицинском исследовании трупа телесные повреждения не обнаружены.
	5. 5. Смерть наступила в результате заболевания, верифицированного как хронический гнойный бронхит с обструкцией гноем просвета бронхов. Проявлениями заболевания явились перибронхиальный и перивазальный пневмосклероз и гнойное воспаление с слизистой оболочке воздухо-проводящих путей. Закупорка гноем просвета бронхов обусловила острую легочно-сердечную недостаточность, явившуюся непосредственной причиной смерти. При судебно-химическом исследовании вещественных доказательств, изъятых при вскрытии трупа, этиловый спирт не обнаружен.
 | ТК ГИА | УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-5, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10 |
| 50 | ОБСТОЯТЕЛЬСТВА ДЕЛА. В направлении на судебно-медицинское исследование трупа не указаны. Представлена медицинская карта стационарного больного № 29806 из ГКБ № 6 на имя Некрасовой Н.Ф., 1928 г.р., которая 20.10.07г. в 13-30 бригадой скорой помощи была доставлена в 1 травматологическое отделение с жалобами на боли в правом тазобедренном суставе. При поступлении состояние больной ближе к удовлетворительному, в сознании, ориентирована. Кожные покровы чистые, видимые слизистые розовые, влажные. Дыхание спонтанное, проводится с обеих сторон, ослаблено в нижних отделах, влажные хрипы. Тоны сердца приглушены, ритмичные. АД 130х90 мм.рт.ст. Пульс 76\мин. Живот не вздут, безболезненный при пальпации. Отек, болезненность и положительный симптом «прилипшей» пятки справа. При рентгенологическом исследовании № 21380 от 20.10.07г. перелом шейки правого бедра со смещением. При рентгенографии № 644 от 25.10.07г.: смещение дистального фрагмента шейки правого бедра кверху еще остается под углом 105 градусов. Состояние по дневникам ближе у удовлетворительному. 31.10. - взята на операцию в плановом порядке. Операции: 1) 31.10.07г. Закрытая репозиция шейки правого бедра копрессир. винтами. Во время операционных мероприятий развилась клиника тромбоэмболии. Реанимационные мероприятия в течение 30 минут эффекта не дали. 31.10.07г. в 10-30 констатирована смерть больной. ПОСМЕРТНЫЙ ДИАГНОЗ. Флеботромбоз нижних конечностей. Осложнения. Тромбоэмболия ветвей легочной артерии. Сопутствующий. Медиальный варусный перелом шейки правого бедра. ИБС. Стенокардия 2-3 фкл. Болезнь лев. прав. Пучка Гиса. Гипертоническая болезнь 3 риск 4. Операции: 1) 31.10.07г. Закрытая репозиция шейки правого бедра копрессир. винтами.Алкоголь -

|  |
| --- |
| Данные анализов |
| Параметры дата | 20.10 | 22.10 |
| гемоглобин | 149 | 155 |
| лейкоциты | 7,5 | 5,3 |
| палочкоядерные |  | 3 |
| сегментоядерные |  | 66 |
| лимфоциты |  | 27 |
| моноциты |  | 4 |
| РОЭ | 13 | 16 |
| мочевина |  | 6,7 |
| Белок крови |  | 56,1 |
| Калий |  | 3,4 |
| Натрий |  | 148 |
| сахар |  | 5,7 |
| Уд. вес мочи |  | м\м |
| Белок мочи |  | 320 |
| Лейкоциты мочи |  | 12-17 |
| Эритроциты мочи |  | 3-5 |

НАРУЖНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ. Труп женщины, доставлен без одежды, среднего телосложения, правильного удовлетворительного питания, длиной тела 160 см. Кожа бледно-серая, холодная на ощупь во всех отделах, в отлогих местах тела сливные, фиолетовые, не исчезающие и не меняющие цвет при надавливании трупные пятна. Трупное окоченение достаточно выражено во всех обычно исследуемых группах мышц. Склеры глаз мутные, тусклые, суховаты, кровоизлияний в соединительные оболочки глаз не отмечается, зрачки равновелики по 0,4 см диаметром. Голова правильной формы, кости черепа и лицевого скелета на ощупь целы. Грудная клетка цилиндрическая, эластичная, упругая, ребра на ощупь целы. Живот на одном уровне с грудной клеткой. Естественные отверстия тела и полости рта и носоглотки свободны, чистые. Слизистая оболочка губ синюшная, подсохшая. Анальное отверстие сомкнуто, кожа вокруг него чистая. Половые органы развиты правильно. Кости конечностей целы. ПОВРЕЖДЕНИЯ. Справа в проекции шейки бедра вертикальный ушитый операционный разрез длиной 15 см. При ревизии - перелом шейки бедра скрепленный металлическими спицами. В зоне перелома и операции инфильтрирующие кровоизлияния в мышцы.Каких-либо других повреждений, кроме следов медицинских манипуляций, при исследовании не обнаружено. При проведении воздушной пробы – воздух из плевральных полостей и полостей сердца не получен. При проведении судебно-медицинского исследования трупа использовались: кожные разрезы по методу Шора.ВНУТРЕННЕЕ ИССЛЕДОВАНИЕИзвлечение органокомплекса произведено по методу Шора, с распилом ребер спереди. Череп вскрывался угловым распилом. Доступ к спинному мозгу осуществлялся сзади по методу Медведева. Доступ к костному мозгу был осуществлен поперечным распилом правой бедренной кости.Масса органов.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Масса | № 322 | норма |
| Мозг | 1200 | До 1400 |
| Легкое правое | 500 | 450 |
|  левое | 450 | 375 |
| Сердце | 390 | 200-400 |
| Печень | 1600 | 1200-2000 |
| Селезенка | 80 | 80-180 |
| Почки обе | 270 | 275-310 |
|  Правая/Левая | 140/130 |  |

ПОЛОСТЬ ЧЕРЕПА. Головной мозг исследовался методом Вирхова. Кожно-мышечный лоскут головы блестящий, полнокровный, без кровоизлияний и повреждений. Кости свода и основания черепа целы. Твердая мозговая оболочка напряжена, серо-перламутрового цвета, блестящая, в синусах ее темная жидкая кровь в большом количестве. Субдуральное пространство свободно. Мягкие мозговые оболочки тонкие, прозрачные с полнокровными сосудами, походу которых рассеянные точечные субарахноидальные кровоизлияния в глубине борозд. Борозды мозга несколько сглажены, извилины слегка уплощены. Сосуды Вилизиева круга с небольшим количеством полулунных атеросклеротических бляшек с облитерацией просвета не более чем на 1/3. Головной мозг дрябло-эластичный, на разрезах с четкой границей серого и белого вещества и мраморным рисунком подкорковых ядер. Поверхности разрезов тускловаты, липнут к лезвию ножа. Желудочки мозга симметричны, обычного объема, эпендима их бледно-серая, блестящая, влажная, в полостях желудочков следы прозрачной соломенного цвета жидкости. Сосудистые сплетения обычного вида, полнокровны. ОРГАНЫ ШЕИ, ГРУДНОЙ И БРЮШНОЙ ПОЛОСТЕЙ: язык синюшный, влажный, обложен серовато-желтым, не снимающимся налетом. Слизистые оболочки носоглотки синюшные, влажные, блестящие. В мягких тканях шеи повреждений и кровоизлияний не обнаружено. В плевральных полостях следы прозрачной жидкости, легкие выполняют 2\3 полостей, с блестящей, гладкой и влажной плеврой. Органы брюшной полости расположены анатомически правильно, в полости следы прозрачной жидкости соломенного цвета. Листки брюшины гладкие, влажные, блестящие. Просвет пищевода свободен, слизистая его бледно-серая, продольно складчатая. Вход и просвет гортани свободен, слизистая оболочка ее бледно-серая. Подъязычная кость и хрящи гортани целы, в мягких тканях ее повреждений не обнаружено. Просвет трахеи и главных бронхов свободен, хрящи трахеи целы. Щитовидная железа обычных размеров, с равновеликими долями, плотно-эластичная, темно-коричневая, на разрезе полнокровна, дольчатого строения. Выраженный атеросклероз аорты в виде атеросклеротических бляшек в разной стадии развития, наиболее выражен на уровне бифуркации. При ревизии сосудов легких - в обеих легочных артериях вколоченные плотные тромбоэмболы, при их извлечении со стороны легочной паренхимы тромбоэмболы плотные повторяют форму сосудов, смыкаясь в легочных артериях в единые образования, задняя часть которых состоит из рыхлых свертков крови, неровная. При ревизии сосудов нижних конечностей в сосудах жидкая кровь.При ревизии нижней полой вены, на уровне подхода подвздошных вен - утолщение с серым прокрашиванием стенки на участке диаметром 0,5 см с наложением на этом участке тромботических масс синюшного цвета, с толщиной наложения не более 0,1 см.Под висцеральной плеврой, особенно, в прикорневых отделах легких и по базальным поверхностям, множественные точечные кровоизлияния. Легкие синюшные в передних и темно-синюшные в задних отделах, тестоватой консистенции, на разрезах темно-красные с обычным рисунком, полнокровны. Слизистые оболочки воздухо-проводящих путей светло-розовые, набухшие. Бифуркационные лимфоузлы располагаются в виде пакетов диаметром от 1 до 2 см, эластичные, не спаянные между собой и с окружающими тканями, темно-синюшные, на разрезах сочные, с обычным рисунком. В полости перикарда следы прозрачной жидкости, листки его гладкие, влажные, блестящие. Сердце дрябло-эластичное, 11х10х9 см, с избыточным отложением жира под эпикардом. В полостях сердца немного жидкой темной крови. Миокард розовато-синюшный, эластичный, с сетчатым разрастанием соединительной ткани, неравномерного кровенаполнения. Толщина стенки правого желудочка 0,3 см, левого 1,5 см. Клапанный и пристеночный эндокард утолщен, мутный, клапаны сформированы правильно. Коронарные артерии с неравномерно утолщенными стенками за счет полулунных и кольцевидных атеросклеротических бляшек с кальцинозом, с облитерацией просвета не более 1/3. Желудок пустой, содержимое кишечника отделам соответствует, слизистые оболочки желудочно-кишечного тракта бледно-серые. Мезентериальные лимфоузлы располагаются раздельно, диаметр их не более 1 см, эластичны. Печень 24х18х16х13 см, плотно-эластичная, крупнобугристая, желто-коричневая с поверхности и на разрезах, полнокровная, со смазанным рисунком долек. Просвет внепеченочных желчевыводящих путей свободно проходим. Поджелудочная железа обычных размеров, плотно-эластичная, бледно-серая, на разрезах – дольчатого строения. Селезенка 7х4х3 см, эластичная, синюшная с гипоплазией белой пульпы, на разрезах без соскоба. Надпочечники листовидной формы, обычных размеров, на разрезах граница слоев четкая. Почки равновелики, 10х6,5х5 см, дрябло-эластичные. Капсула сползает при надрезе, обнажая ровную поверхность. По краю разреза паренхима наползает на капсулу. На разрезах корковый слой - синюшный, с темно-красным крапом и подчеркнутым рисунком, мозговой слой также с подчеркнутым рисунком, граница слоев отчетливо выражена с полнокровием юкстагломерулярной зоны. Слизистые оболочки лоханок и чашечек бледно-синюшные, гладкие, блестящие, просвет их свободен. Мочеточники проходимы на всем протяжении, с бледно-серой слизистой. Мочевой пузырь пуст, слизистая оболочка его складчатая, бледно-серая, уретра свободно проходима. ПОЗВОНОЧНИК И СПИННОЙ МОЗГ: при ревизии позвоночного столба повреждений не обнаружено. Эпи- и субдуральные пространства свободны, твердая мозговая оболочка напряжена, бледно-серая, блестящая, мягкие мозговые оболочки тонкие, прозрачные, спинной мозг дряблый, на разрезах обычного рисунка. Акт судебно-гистологического исследования № 6780. ЗАКЛЮЧЕНИЕПод маркером «а» - в стенке нижней полой вены умеренный склероз, признаков воспаления не выявлено, большое количество формалинового пигмента, на интиме наложения фибрина и остатки смешанного тромба.Под маркером «б» - смешанный тромб.Миокард – фрагментация неравномерно гипертрофированных кардиоцитов, единичные кардиоцыты в поляризованном свете с контрактурными изменениями вплоть до 3 степени. Межуточный отек и умеренный перивазальный склероз. Малокровие сосудов.Легкие – альвеолы с пустым просветом, в сосудах всех групп стаз крови, выраженное полнокровие капилляров с пролабированием их в просвет альвеолВопросы:1. Какие дополнительные исследования необходимо провести?
2. Зашифровать заболевание в свидетельстве о смерти.
3. Составить судебно-медицинский диагноз.
4. Определить наличие телесных повреждений.
5. Установить причину смерти.
 | * 1. 1.Из трупа взяты: для судебно-гистологического исследования кусочки внутренних органов на патоморфологические изменения; для судебно-химического исследования кровь и моча на наличие алкоголя.
	2. 2.Свидетельство о смерти. Хронический тромбофлебит нижней полой вены с пристеночным тромбозом. I - 80.8
	3. 3.Судебно-медицинский диагноз: хронический тромбофлебит нижней полой вены с пристеночным тромбозом. Осложнения: тромбоэмболия обеих легочных артерий, жидкая крови в полостях сердца, стаз крови в сосудах микроциркуляции органов дыхания, венозное полнокровие внутренних органов. Сопутствующий: Закрытый перелом шейки правого бедра. Операции: Закрытая репозиция шейки правого бедра.
	4. 4.При судебно-медицинском исследовании трупа обнаружены следующие телесные повреждения: закрытый перелом шейки правого бедра.
	5. 5.Смерть наступила в результате заболевания, верифицированного как хронический тромбофлебит нижней полой вены с пристеночным тромбозом, осложнившегося отрывом тромба и тромбоэмболией обеих легочных артерий, что обусловило острую легочно-сердечную недостаточность.
 | ТК ГИА | УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-5, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10 |
| 51 | ОБСТОЯТЕЛЬСТВА ДЕЛА: в направлении на судебно-медицинское исследование трупа не указаны. Представлена медицинская карта стационарного больного №1 из ГКБ № на имя С, 1947 г.р., который 7.10.07г. в 0-25 бригадой скорой помощи был доставлен в токсикологическое отделение. Со слов врача скорой помощи, злоупотреблял алкоголем 3 дня, 6.10 выпил около 700 мл водки, родные не смогли разбудить. При поступлении состояние тяжелое, сознание кома 1-2. Кожные покровы бледно-розовые, умеренной влажности. Склеры умеренно инъецированы. Зрачки обычные, равны. Фотореакция отсутствует. Рефлексы снижены. Мышечный тонус снижен. Дыхание спонтанное, адекватное, ЧДД 16-20\мин, везикулярное, проводится по всем полям, хрипов нет. АД 130/80 мм.рт.ст. Пульс 86 в минуту. Изо рта определяется запах алкоголя. Живот не вздут, участвует в акте дыхания, мягкий. Печень +2 см из-под края реберной дуги. В 6-40 у больного развился судорожный синдром с последующей остановкой дыхания и сердечной деятельности. Реанимационные мероприятия без эффекта. В 7-15 07.10.07г. констатирована смерть больного.ПОСМЕРТНЫЙ ДИАГНОЗ. Алкогольная интоксикация тяжелой степени. Осложнения. Токсическая энцефалопатия. Судорожный синдром. Конкурирующий. Острое нарушение мозгового кровообращения. Острая коронарная недостаточность.Алкоголь – данных нет.

|  |
| --- |
| Данные анализов |
| Параметры дата | 7.10 |
| гемоглобин | 170 |
| РОЭ | 2 |
| Амилаза  | 90 |
| мочевина | 5,9 |
| Билирубин общ. | 12,4 |
| Прямой | 2,5 |
| непрямой | 9,9 |
| Белок крови | 80,9 |
| Калий | м/с |
| Натрий | м/с |
| сахар | 11,1 |
| АЛТ | 92,5 |
| Уд. вес мочи | 1015 |
| Белок мочи |  |
| Лейкоциты мочи | 0-1-2 |
| Эритроциты мочи |  |

НАРУЖНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ. Труп мужчины, доставлен без одежды, среднего телосложения, правильного удовлетворительного питания, длиной тела 175 см. Кожа бледно-серая, холодная на ощупь во всех отделах, в отлогих местах тела сливные, фиолетовые, не исчезающие и не меняющие цвет при надавливании трупные пятна. Трупное окоченение достаточно выражено во всех обычно исследуемых группах мышц. Склеры глаз мутные, тусклые, суховаты, кровоизлияний в соединительные оболочки глаз не отмечается, зрачки равновелики по 0,4 см диаметром. Голова правильной формы, кости черепа и лицевого скелета на ощупь целы. Грудная клетка цилиндрическая, эластичная, упругая, ребра на ощупь целы. Живот на одном уровне с грудной клеткой. Естественные отверстия тела и полости рта и носоглотки свободны, чистые. Слизистая оболочка губ синюшная, подсохшая. Анальное отверстие сомкнуто. Половые органы развиты правильно, по мужскому типу, яички в мошонке. Кости конечностей целы. ПОВРЕЖДЕНИЯ. Каких-либо повреждений, кроме следов медицинских манипуляций, при исследовании не обнаружено. При проведении воздушной пробы – воздух из плевральных полостей и полостей сердца не получен.ВНУТРЕННЕЕ ИССЛЕДОВАНИЕИзвлечение органокомплекса произведено по методу Шора, с распилом ребер спереди. Череп вскрывался угловым распилом. Масса органов.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Масса | № 305 | норма |
| Мозг | 1600 | До 1400 |
| Легкое правое | 570 | 450 |
|  левое | 610 | 375 |
| Сердце | 350 | 200-400 |
| Печень | 1800 | 1200-2000 |
| Селезенка | 90 | 80-180 |
| Почки обе | 300 | 275-310 |
|  Правая/Левая | 145/155 | - |

ПОЛОСТЬ ЧЕРЕПА. В кожно-мышечном лоскуте головы слева на границе затылочной и височной области слабо выраженное темно-красное кровоизлияние с четкими контурами диаметром 3 см. Кости свода и основания черепа целы. Твердая мозговая оболочка напряжена, серо-перламутрового цвета, блестящая, в синусах ее темная жидкая кровь в большом количестве. Субдурально справа по наружной поверхности мозга, распространяясь на базальную поверхность -гематома, состоящая из блестящих эластичных темно-вишневых свертков и темной густой жидкой крови общим объемом 150 мл. По базальной поверхности мозга диффузная инфильтрация кровью мягких мозговых оболочек на всю толщу, с выполнением кровью мозговых цистерн спереди зрительного перекреста и в области ножек мозга. Сосуды в области Вилизиева круга, как артерии, так и вены, с тонкими стенками, с множественными участками аневризматически растянутого просвета диаметром до 0,7 см, хаотично переплетены, четко визуализируется Вилизиев круг и основные мозговые артерии. В передней части Вилизиева круга, в устье правой передней мозговой артерии линейный разрыв одной из аневризм по передненижней поверхности сосуда, над ним разрыв мягких мозговых оболочек длиной 0,5 см. Справа и слева в гипоталамусе, в веществе серого бугра и обонятельных луковиц симметричные очаговые, смыкающиеся между собой кровоизлияния на глубину до 1,5 см (на поперечном разрезе рисунок кровоизлияний напоминает «бабочку»), справа с образованием внутримозговой гематомы с жидкой кровью объемом 1 мл. Кровоизлияния в веществе мозга распространяются на правую ножку мозга. Пропитывание кровью гипофиза. Справа по наружной поверхности большого полушария сформировано ложе гематомы в виде вдавленного участка диаметром 5 см. Головной мозг исследовался методом Вирхова. Мягкие мозговые оболочки, вне кровоизлияния, тонкие, прозрачные с полнокровными сосудами, походу которых рассеянные точечные субарахноидальные кровоизлияния в глубине борозд. Борозды мозга сглажены, извилины уплощены. На миндаликах мозжечка кольцевидная полоса вдавления от краев большого затылочного отверстия, шириной 0,3 см, с губовидным выпячиванием вещества мозга внутри кольца и кровоизлияниями в глубине вдавленной полосы. Головной мозг дрябло-эластичный, на разрезах с смазанной границей серого и белого вещества и мраморным рисунком подкорковых ядер. Поверхности разрезов тускловаты, липнут к лезвию ножа. Желудочки мозга симметричны, обычного объема, эпендима их бледно-серая, блестящая, влажная, в полостях желудочков следы прозрачной соломенного цвета жидкости. Сосудистые сплетения обычного вида, полнокровны. ОРГАНЫ ШЕИ, ГРУДНОЙ И БРЮШНОЙ ПОЛОСТЕЙ: язык синюшный, влажный, обложен серовато-желтым, не снимающимся налетом. Слизистые оболочки носоглотки синюшные, влажные, блестящие. В мягких тканях шеи повреждений и кровоизлияний не обнаружено. В плевральных полостях следы прозрачной жидкости, легкие выполняют 2\3 полостей, с блестящей, гладкой и влажной плеврой. Органы брюшной полости расположены анатомически правильно, в полости следы прозрачной жидкости соломенного цвета. Листки брюшины гладкие, влажные, блестящие. Просвет пищевода свободен, слизистая его бледно-серая, продольно складчатая. Вход и просвет гортани свободен, слизистая оболочка ее бледно-серая. Подъязычная кость и хрящи гортани целы, в мягких тканях ее повреждений не обнаружено. Просвет трахеи и главных бронхов свободен, хрящи трахеи целы. Щитовидная железа обычных размеров, с равновеликими долями, плотно-эластичная, темно-коричневая, на разрезе полнокровна, дольчатого строения. Аорта эластична, со следами жидкой крови в просвете и рассеянными липидными пятнами и множественными атеросклеротическими бляшками в разных стадиях развития в интиме.Легкие выполняют 2/3 полостей, с блестящей, гладкой и влажной плеврой. Легкие синюшные в передних и темно-синюшные в задних отделах, неравномерно уплотнены, на разрезах пестрые, выбухающие темно-красно-серые очаги чередуются с западающими красными. Над поверхностями разрезов выступают бронхи в виде «гусиных перьев». Слизистые оболочки воздухо-проводящих путей светло-розовые, набухшие, в просвете небольшое количество жидкого желтого гноя. Бифуркационные лимфоузлы располагаются в виде пакетов диаметром от 1 до 2 см, эластичные, не спаянные между собой и с окружающими тканями, темно-синюшные, на разрезах сочные, с обычным рисунком. В полости перикарда следы прозрачной жидкости, листки его гладкие, влажные, блестящие. Сердце дрябло-эластичное, 11х10х9 см, с избыточным отложением жира под эпикардом. В полостях сердца немного жидкой темной крови с мелкими единичными темно-вишневыми свертками. Миокард розовато-синюшный, эластичный, с сетчатым разрастанием соединительной ткани, неравномерного кровенаполнения. Толщина стенки правого желудочка 0,3 см, левого 1,4 см. Клапанный и пристеночный эндокард утолщен, мутный, клапаны сформированы правильно. Коронарные артерии с неравномерно утолщенными стенками за счет полулунных и кольцевидных атеросклеротических бляшек с кальцинозом, с облитерацией просвета на 1/3. Желудок пустой, содержимое кишечника отделам соответствует, слизистые оболочки желудочно-кишечного тракта бледно-серые. Мезентериальные лимфоузлы располагаются раздельно, диаметр их не более 1 см, эластичны. Печень 26х18х15х13 см, плотно-эластичная, желто-коричневая с поверхности и на разрезах, полнокровная, со смазанным рисунком долек. Просвет внепеченочных желчевыводящих путей свободно проходим. Поджелудочная железа обычных размеров, плотно-эластичная, бледно-серая, на разрезах – дольчатого строения. Селезенка 7х5х3 см, эластичная, синюшная с гипоплазией белой пульпы, на разрезах без соскоба. Надпочечники листовидной формы, обычных размеров, на разрезах граница слоев четкая. Почки равновелики, 12х7х5 см, дрябло-эластичные. Капсула сползает при надрезе, обнажая ровную поверхность. По краю разреза паренхима наползает на капсулу. На разрезах корковый слой - синюшный, с темно-красным крапом и подчеркнутым рисунком, мозговой слой также с подчеркнутым рисунком, граница слоев отчетливо выражена с полнокровием юкстагломерулярной зоны. Слизистые оболочки лоханок и чашечек бледно-синюшные, гладкие, блестящие, просвет их свободен. Мочеточники проходимы на всем протяжении, с бледно-серой слизистой. Мочевой пузырь пуст, слизистая оболочка его складчатая, бледно-серая, уретра свободно проходима. ДАННЫЕ ДОПОЛНИТЕЛЬНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ.1.Представлен акт судебно-химического исследования № 5748. При судебно-химическом исследовании вещественных доказательств, изъятых при вскрытии трупа, обнаружен этиловый спирт в концентрации: в крови 1,2 промилле, в моче 1,9 промилле.Акт судебно-гистологического исследования № 6270. ЗАКЛЮЧЕНИЕ: Сосуды области передней части Вилизиева круга (маркировка «а») – артерии и вены с аневризматически растянутым просветом, стенки сосудов с очагами склероза, в ряде полей зрения утолщены с признаками начального атеросклероза в артериях, в ряде полей зрения резко истончены. В стенке одной из аневризматически измененных артерий на высоте истончения поперечный разрыв с мелкими некрозами в толще стенки. Среди артерий расположены нервные стволы зрительного тракта с интерстициальными кровоизлияниями. Головной мозг (базальные отделы) – множественные перивазальные кровоизлияния с разрушением вещества мозга, часть кровоизлияний из свежих эритроцитов, часть – с гемолизом эритроцитов, мелкие рассеянные очаги гемосидероза. Большое количество сосудов со стазом крови. В области части кровоизлияний сосуды в виде тонких бесструктурных контуров. В неповрежденных отделах мозга сосуды с разволокнеными утолщенными стенками с набуханием эндотелия. Клеточная реакция вокруг кровоизлияний не выявлена. Миокард – межуточный отек, неравномерная гипертрофия кардиоцитов, умеренный перивазальный склероз. Легкие – перивазальный и перибронхиальный пневмосклероз, гнойный эндобронхит, очаговый гемосидероз легких. Очаговый гнойный альвеолит в перибронхиальных отделах паренхимы. Очаговые ателектазы. Неравномерно выраженный межуточный и внутриальвеолярный отек с геморрагическим компонентом.Вопросы:* 1. Какие дополнительные исследования необходимо провести?
	2. Зашифровать заболевание в свидетельстве о смерти.
	3. Составить судебно-медицинский диагноз?
	4. Определить наличие телесных повреждений.
	5. Установить причину смерти.
 | 1. Из трупа взяты: для судебно-гистологического исследования кусочки внутренних органов на патоморфологические изменения; для судебно-химического исследования кровь и моча на наличие алкоголя.
2. Свидетельство о смерти: цереброваскулярная болезнь. I 67.8.
3. Судебно-медицинский диагноз: цереброваскулярная болезнь: множественные артериальные и венозные аневризмы сосудов базальной поверхности головного мозга. Осложнения: разрыв аневризмы в области устья правой передней мозговой артерии с диффузным субарахноидальным кровоизлиянием по базальной поверхности головного мозга и прорывом крови субдурально, субдуральная гематома со сдавлением головного мозга объемом 150 мл, смешанный инсульт в гипоталамусе, в веществе серого бугра и обонятельных луковиц, отек и набухание головного мозга с дислокацией; отек легких; гнойный эндобронхит, венозное полнокровие внутренних органов.
4. При судебно-медицинском исследовании трупа телесные повреждения не обнаружены.
5. Смерть наступила в результате заболевания, верифицированного как цереброваскулярная болезнь. Проявлениями заболевания явились множественные артериальные и венозные аневризмы сосудов базальной поверхности головного мозга. Заболевание осложнилось разрывом аневризмы в области устья правой передней мозговой артерии с диффузным субарахноидальным кровоизлиянием по базальной поверхности головного мозга и прорывом крови субдурально, субдуральная гематома со сдавлением головного мозга объемом 150 мл и смешанным инсультом в гипоталамусе, в веществе серого бугра и обонятельных луковиц. В финале развилась дислокация головного мозга с вклинением ствола в большое затылочное отверстие, что стало непосредственной причиной смерти. При поступлении пострадавшего в стационар в крови обнаружен этиловый спирт, концентрация которого соответствует легкой степени алкогольного опьянения по аналогии с живыми лицами.
 | ТК ГИА | УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-5, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10 |
| 52 | 25 января 2011 года следственным отделом по г. Лесосибирску Главного следственного управления Следственного комитета Российской Федерации по Красноярскому краю возбуждено уголовное дело по признакам преступления, предусмотренного ч. 4 ст. 111 УК РФ по факту обнаружения трупа гр. С. с признаками насильственной смерти – одиночным колото-резанным ножевым ранением верхней трети правого бедра.25 января 2011 года в ходе осмотра места происшествия по адресу: г. Лесосибирск, ул. Южная обнаружен и изъят нож.Вопросы:1. Какое исследование нужно провести для установления наличия крови на ноже?2. Если на ноже обнаружена кровь, как определить ее видовую принадлежность?3. Если кровь принадлежит человеку, указать методы определения ее групповой принадлежности.4. Методы определения половой принадлежности крови.5. С чем сравнить групповую и половую принадлежность крови на ноже? | 25 января 2011 года следственным отделом по г. Лесосибирску Главного следственного управления Следственного комитета Российской Федерации по Красноярскому краю возбуждено уголовное дело по признакам преступления, предусмотренного ч. 4 ст. 111 УК РФ по факту обнаружения трупа гр. С. с признаками насильственной смерти – одиночным колото-резанным ножевым ранением верхней трети правого бедра.25 января 2011 года в ходе осмотра места происшествия по адресу: г. Лесосибирск, ул. Южная, д. № 7, кв. № 12 обнаружен и изъят нож.Вопросы:1. Какое исследование нужно провести для установления наличия крови на ноже?2. Если на ноже обнаружена кровь, как определить ее видовую принадлежность?3. Если кровь принадлежит человеку, указать методы определения ее групповой принадлежности.4. Методы определения половой принадлежности крови?5. С чем сравнить групповую и половую принадлежность крови на ноже? | ТК ГИА | УК-1, УК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-10 |
|  | В судебно-биологическое отделение предоставлено постановление о назначении экспертизы по факту причинения смерти по неосторожности гражданину Ф. В совершении данного преступления подозревается гражданин М. В качестве вещественных доказательств предоставлены рубашка и брюки потерпевшего, а также куртка и брюки подозреваемого М. Кроме того, предоставлены высушенные на марле образцы крови потерпевшего Ф. и подозреваемого М.Вопросы:1. Какое исследование надо провести в первую очередь.2. Каким методы исследования должны быть использованы для определения наличия крови?3. Если на одежде потерпевшего и подозреваемого будет обнаружена кровь, какое исследование должно быть следующим.4. Какими методами должна определяться групповая принадлежность крови в пятнах на вещественных доказательствах.5. На основании чего должны строиться экспертные выводы по данному уголовному делу? | 1. В первую очередь необходимо провести исследование по определению группы крови в образцах крови потерпевшего и подозреваемого.2. Микроспектроскопия, тонкослойная хроматография, возможно использование теста на гемоглобин.3. Определение видовой принадлежности крови.4. Реакция абсорбции в количественной модификации, реакция абсорбции-элюции, реакция покровного стекла по Ляттесу.5. На основании сравнения групповой принадлежности в образцах крови потерпевшего и подозреваемого с групповой характеристикой крови в пятнах на вещественных доказательствах. | ТК ГИА | УК-1, УК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-10 |
| 53 | В судебно-биологическое отделение на основании направления следователя доставлен тампон с содержимым влагалища гр. А. для установления наличия спермы.1.Какие ориентировочные методы можно использовать для определения наличия спермы?2.Какие доказательные методы существуют для определения наличия спермы?3.Если на тампоне обнаружена сперма, какое дополнительное исследование нужно провести?4. Если тампон доставлен на основании направления, то какой документ должен быть составлен экспертом?5.Какие рекомендации по дальнейшему исследованию тампону можно дать? | 1. Метод определения кислой фосфатазы с помощью реакции с картофельным соком.2. Морфологический метод обнаружения сперматозоидов.3. Определить наличие крови на тампоне.4. Акт исследования вещественных доказательств.5.Проведение молекулярно-генетического исследования. | ТК ГИА | УК-1, УК-2, УК-3, ПК-5, ПК-6, ПК-10 |
| 54 | ОБСТОЯТЕЛЬСТВА ДЕЛА. В направлении указано: «в ДТП (мотоциклист, столкновение с передней частью легкового автомобиля)». Других сведений в направлении нет.27 июля 2012 года МКО ККБСМЭ судмедэкспертом ККБСМЭ предоставлено: 1. Направление на медико-криминалистическое исследование, вынесенное судмедэкспертом ККБСМЭ от 27.07.2012 г.2. Кости правой голени (большеберцовая и малоберцовая кости), кости правого плеча, кости правого бедра, 2-11 ребер слева, грудина от трупа гр. А, 1989 г.р., зарегистрированного в морге ККБСМЭ Исследование:1. Изучены данные вскрытия по представленной копии «Заключения эксперта» от 27 июля 2012г.: «…Кости левых верхней и нижней конечностей на ощупь целы. Отмечается патологическая подвижность правой верхней конечности на уровне верхней трети плеча и нижней трети предплечья, так же отмечается патологическая подвижность правого бедра на уровне верхней трети и правой голени на уровне средней трети. …На передней поверхности грудной клетки от уровня 7 межреберья по передне-подмышечной линии, распространяясь косо-вертикально вверх и в право до уровня правого надплечья располагается синюшно-фиолетовый, местами пестрого вида овально-вытянутый кровоподтек размерами 45х6см, располагающийся на расстоянии от 124см до 158см от уровня подошвенной поверхности стоп. …На правой боковой поверхности грудной клетки от уровня края реберной дуги, распространяясь вверх до правого плеча располагается аналогичный по свойствам вышеописанному кровоподтек размерами 37х8см, располагающийся на расстоянии от 125см до 162см от уровня подошвенной поверхности стоп. … На задней поверхности правой голени на уровне нижней трети на расстоянии от 2см до 17см от уровня подошвенной поверхности стоп располагаются две ссадины аналогичные по свойствам вышеописанным размерами 2,5х1см в верхней части и 12х6см в нижней части. Обнаружен полный косопоперечный перелом правоймалоберцовой кости в средней трети (на задней поверхности зона разрыва, на передней зона долома). Обнаружен оскольчатый перелом правой большеберцовой кости на уровне средней трети на 22см выше подошвенной поверхности стоп с отломком треугольной формы, основанием, расположенным на внутренней поверхности. Обнаружен линейный перелом нижнего эпифиза правой большеберцовой кости. Проведен распил большеберцовой и малоберцовой костей на уровне верхней трети и их вычленение в нижней части. Обнаружен оскольчатый перелом правой бедренной кости на уровне верхней трети с двумя отломками, располагающимися со стороны внутренней поверхности. Ниже и выше зоны данного перелома проведены распилы бедренной кости. Обнаружен оскольчатый перелом правой плечевой кости на уровне верхней трети и полный поперечный перелом правой локтевой кости на уровне нижней трети с зоной разрыва на передней поверхности и долома на задней. Проведен распил ниже зоны перелома правой плечевой кости и вычленение головки плечевой кости. … Обнаружен полный поперечный перелом тела грудины между 3 и 4 ребрами. Обнаружены полные поперечные переломы 2,4-11 ребер слева по линиям от среднеключичной до переднеподмышечной. Данные ребра далее не исследованы, изъяты для медико-криминалистического исследования». 2. Для дальнейшего исследования маркированные представленные объекты подверглись мацерации. После чего, с них тупо удалены мягкие ткани. Костные фрагменты соединены по их анатомической принадлежности и сфотографированы (см. фото).3. На исследование представлены фрагмент (нижние две трети) костей правой голени длиною 26 см, на которых отступя вниз от уровня отпила костей на 11 см имеются 2 полных перелома большеберцовой и малоберцовой костей. Перелом на большеберцовой кости в виде костного треугольника шириной основания 6 см, причем, вершина этого треугольника направлена слева направо, т.е. деформация костей на растяжение располагается на наружной поверхности костей голени, а сжатия на внутренней. Аналогичного характера перелом на том же уровне располагается на малоберцовой кости только треугольник шириной основания 1,5 см.4. Представлен фрагмент правой бедренной кости длиною 23 см на котором отступя от верхнего края вниз на 8 см имеется полный перелом, причем, перелом в виде треугольника шириной основания 6 см, вершина которого направлена к наружной поверхности правого бедра, где имеется деформация кости на растяжение, т.е. нет элементов выкрашивания, края перелома ровные, отвесные, а основание треугольника располагается на внутренней поверхности правого бедра, где имеются признаки деформации кости на сжатие, т.е. выкрашивание костного фрагмента в виде треугольника.5. Фрагмент правого плеча длиною 22 см, на нем имеется полный перелом тела кости, отступя вниз от вершины головки правого плеча 11 см, причем, перелом в виде треугольника равнобедренного шириной основания 7 см, причем, вершина этого треугольника располагается на задней поверхности тела кости и здесь имеются признаки разрыва (растяжения) кости, а на передней поверхности кости деформация ее на сжатие.6. Представлена грудина состоящая из рукоятки, тела и мечевидного отростка, причем, в области тела имеется 2 поперечных расположенных параллельно друг другу перелома на передней поверхности тела длиною верхней 3 см, а нижней 4 см. По краям имеются выкрашивания костной ткани, т.е. элементы деформации кости на сжатие, а со стороны внутренней поверхности повреждений кости нет. Следовательно, переломы возникли по типу перелома «зеленой ветки».7. На исследование представлены со 2 по 11 ребра слева, при этом, видно, что по срединно-ключичной линии имеются переломы ребер, причем, переломы на 2, 3, 5, 6, 7, 8, 9, 10 ребрах переломы на наружной костной пластинке с элементами деформации кости на растяжение, т.е. края перелома отвесные, без сколов и деформации, а на внутренней с элементами деформации костной ткани на сжатие. Переломы же на 2 и 11 ребрах по типу «зеленой веточки», когда линия перелома имеется только на внутренней поверхности с элементами деформации костной ткани на сжатие. Вопросы:1. Повреждения, обнаруженные на фрагментах костей правой голени, механизм травмы?2. Повреждения, обнаруженные на фрагменте правого бедра, механизм травмы?3. Повреждения обнаруженные на фрагменте правого плеча, механизм травмы?4. Повреждения обнаруженные на грудине и ребрах, механизм травмы?5. Стадия ДТП (наезд, переезд и т.п.)? | 1. На представленных фрагментах костей правой голени обнаружено по перелому, которые возникли от воздействия тупого твердого предмета (предметов) и направление воздействующей силы было слева направо.2. На фрагменте правого бедра обнаружен полный перелом последнего, который возник от воздействия тупого твердого предмета, причем направление воздействующей силы было слева направо.3. На представленном фрагменте правого плеча обнаружен перелом, который возник от воздействия твердого тупого предмета (предметов) причем направление воздействующей силы было спереди назад.4. На представленных грудине и 2-11 ребрах слева обнаружены переломы, которые являются конструкционными и возникли одномоментно от воздействия тупого твердого предмета (предметов), с ограниченной контактирующей поверхностью, причем, направление воздействия было спереди назад в области передней поверхности грудной клетки слева в районе окологрудинной линии слева. 5. Вопрос стадии ДТП (наезд, переезд и т.п.) решается после тщательного анализа данных исследования одежды потерпевшего, транспортных средств, осмотра места происшествия ДТП. | ТК ГИА | УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-5, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10 |
| 55 | ОБСТОЯТЕЛЬСТВА ДЕЛА. В постановлении указано: «Обнаружен на дороге по ул. Школьная с огнестрельным ранением брюшной полости». 06 июля 20.. года в МКО ККБСМЭ предоставлено: 1. Постановление на медико-криминалистическую экспертизу. 2. Препарат кожи с раной передней брюшной стенки от трупа Иванова И.И., 1993г.р. 3. Копия «Акта» № Исследование: 1. Изучены данные вскрытия по представленной копии «Заключения эксперта» №.. от . июля 20…г.: «…На передней брюшной стенке справа, на расстоянии от средней линии 2,7 см, на уровне пупка прослеживается рана в виде округлого дефекта «минус-ткань», из просвета которого выпадают петли тонкого кишечника; дефект диаметром в горизонтальной плоскости 3,3 см в вертикальной плоскости 3 см, края его не ровные мелко-фестончатые, кровоподтечные с прокрашиванием в ярко-красноватый цвет; на верхней полуокружности дефекта несколько справа прослеживается осаднение по краю дефекта на ширину до 0,2 см; на верхней полуокружности слева от края дефекта распространяется осаднение кожи в форме неправильного «равнобедренного» треугольника углом направленным вверх и несколько влево, размером 1,5х1,5 см; на высоте от уровня подошвенной поверхности стоп 99 см. …Прослеживаются округлые дефекты минус ткань диаметром по 0,2 см, со сквозными и слепыми раневыми каналами на нижней2 доле правого легкого, с внедрением металлических округлых частиц (дроби) диаметром 0,3 в межреберные мышцы 8-9 межреберья справа по подмышечным линиям, с кровоизлияниям в межреберные мышцы. Имеются сквозные повреждения диафрагмы справа, в виде округлых дефектов «минус-ткань» диаметром по 0,2 см, с неровными краями пропитанными кровью на ширину до 0,2 см. …Прослеживается размозжение петель тонкого кишечника, с наличием дефекта брызжейки тонкого кишечника 8х4 см, с множественными разволокненными разрывами, пропитанными кровью, на протяжении брызжейки тонкого кишечника прослеживается множественные округлые сквозные дефекты «минус-ткань» (10) диаметром до 0,3 см, с неровными краями пропитанными кровью; по периферии прослеживаются очаги пропитанные кровью на слепой кишке. По ходу раневого канала прослеживается также размозжение мышц таза больше справа, с очагами забрюшинной гематомы справа, с повреждением стенки мочевого пузыря справа, прослеживаются пропитанные кровью оболочки мошонки; в мышцах таза справа обнаружен эпицентр скопления множественных округлых металлических частиц, матовых, серого цвета (дробь), диаметром 0,3 см, а также в забрюшинной гематоме справа обнаружена деформированная фрагментированная пластмассовая оболочка пыжа».2. Доставленный препарат кожи подсохший, плотный, промаркирован.ОПРЕДЕЛЕНИЕ ОРУЖЕЙНОЙ СМАЗКИ. С помощью лампы КД 33-Л препарат кожи осмотрен в ультрафиолетовых лучах. Свечения характерного для минеральных масел не выявлено. РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ. Произведена рентгенография в мягких лучах аппаратом РЕИС-И. На рентгенограмме препарата кожи в окружности повреждения рентгенположительные участи различной интенсивности.ОПРЕДЕЛЕНИЕ МЕТАЛЛИЗАЦИИ. Применен контактно-диффузионный метод исследования по общепринятой методике. Для выявления свинца реактивом-растворителем был 25% раствор уксусной кислоты, реактивом-проявителем - раствор сернистого натрия. На контактограмме наружной поверхности препарата кожи в окружности повреждения участки окрашивания коричневого цвета, что свидетельствует о наличие свинца. Для дальнейшего исследования лоскут кожи восстановлен в спиртово-уксусном растворе Ратневского.ВИЗУАЛЬНОЕ И СТЕРЕОМИКРОСКОПИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ (микроскоп МБС-2).Препарат кожи трапециевидной формы размером 50х50х30 мм. В центре препарата округлый дефект диаметром 14 мм с крупнозубчатым неровным краем, осадненным в виде пояска на ширину до 3 мм. Стенка дефекта размозжена, крупнобугристая. В левом верхнем сегменте на участке треугольной формы 15х15 мм отсутствие глубоких слоев эпидермиса. На противоположном крае стенка скошена с наличием 4 радиальных разрывов длиной 3-4 мм. Включений в области повреждения не выявлено». Вопросы:1. Механизм образования повреждения?
2. Направление воздействия?
3. Вид огнестрельного снаряда?
4. Дистанция выстрела?
5. Состав огнестрельного снаряда?
 | 1. На препарате кожи входная огнестрельная рана, о чем свидетельствует наличие «дефекта ткани», пояска осаднения и обтирания.
2. Направление выстрела спереди назад, несколько снизу вверх, о чем свидетельствует направление раневого канала.
3. Рана причинена компактно действующим дробовым огнестрельным снарядом, о чем свидетельствует обнаруженные в брюшной полости дробины и фрагментированные части пыжа.
4. Характер повреждения, и топография отложения копоти свидетельствует о причинении повреждения с близкой дистанции (в пределах компактного действия дроби).
5. Контактно-диффузионным исследованием установлено, что в состав снаряда входил свинец.
 | ТК ГИА | УК-1, УК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-10 |
| 56 | ОБСТОЯТЕЛЬСТВА ДЕЛА. В постановлении указано: «Настоящее уголовное дело возбуждено 13.02.2011 г. по факту безвестного исчезновения Г, который 07.12.2010г. ушел из дома и место нахождение которого было не известно. 15.02.2011 г. в ходе осмотра места происшествия по адресу: г. М в выгребной яме уличного туалета обнаружен труп Г выявлены признаки насильственной смерти. По подозрению в совершении преступления задержан Б, которому 17.02.2012 г. по данному уголовному делу предъявлено обвинение в совершении преступления предусмотренного ч. 1 ст. 105 УК РФ. В ходе проведения судебно-медицинской экспертизы трупа Г. необходимы специальные познания в области судебной медицины и криминалистики, в связи с чем, возникла необходимость в проведении по уголовному делу судебной медико-криминалистической экспертизы». МАТЕРИАЛЫ ДЕЛА И ВЕЩЕСТВЕННЫЕ ДОКАЗАТЕЛЬСТВА. 06 марта 2012 года в МКО ККБСМЭ руководителем предоставлено:  1.Постановление о назначении медико-криминалистической экспертизы, вынесенное следователем М МСО ГСУ СК РФ по КК  2. Фрагмент с переломом костей лицевого скелета, фрагмент левой плечевой кости и левой локтевой кости с переломами от трупа Г, 1969 г.р. 3. Копия описательной части исследования трупа на 3-х листах.Исследование: 1. В представленной копии описательной части исследования трупа указано: «Труп в состоянии далеко зашедших гнилостных изменений, частично скелетированный. …Кожные покровы на сохранившихся участках бледно-серого цвета, скользкие, надкожица отсутствует либо представлена в виде лоскутов. …Имеется свободнолежащий фрагмент костей лицевого скелета неправильно треугольной формы во фронтальной плоскости, граница которого проходит по соединению носовых и лобных костей, по дну глазниц, лицевой поверхности верхнечелюстных костей до крыловидной ямки, граница фрагмента справа находится на уровне пятого альвеолярного отростка, граница фрагмента слева- на уровне седьмого альвеолярного отростка, края фрагмента неровные, поверхность грязно-серая…Имеется полный перелом нижней челюсти слева…полный поперечный перелом шейки нижней челюсти слева….в нижней трети левой плечевой кости фрагментарно-оскольчатый перелом с ровными краями, в данной области с остатком кожных покровов на которых неплотно прилеплен буро-серый кусок ткани, напоминающий марлю…В верхней трети локтевой кости косой фрагментарно-оскольчатый перелом с ровными краями». 2. Доставленные фрагменты костей с остатками гнилостных тканей, которые удалены механически после мацерации в теплой воде. 2.1. Правая плечевая кость. У нижнего конца со стороны задневнутренней поверхности кости дефект компакты и внутреннего мыщелка с обнажением местами губчатого вещества. Дефект в виде треугольной площадки 7х2см, основанием обращенной книзу, с ровной гладкой площадкой в нижней части и сколом компакты на остальном протяжении. Со стороны передней поверхности дефект основания внутреннего мыщелка в виде ровной гладкой площадки губчатого вещества, расположенной к плоскости дефекта на задней поверхности под углом около 80 градусов. Таким образом, повреждения плечевой кости с признаками воздействия лезвия рубящего орудия со следами двух врубов. Индивидуальных следов орудия (трасс) в повреждениях не выявлено.2.2. Правая локтевая кость. Она представлена тремя фрагментами. Один фрагмент треугольной формы и сопоставляется с нижним фрагментом кости. Верхний конец верхней части кости отсутствует с признаками секционного распила. Разделение фрагментов на уровне средней трети кости. Поверхности отделения представлены изломами и не сопоставляются между собой из-за отсутствия части фрагментов. На внутренней поверхности у верхнего конца нижнего фрагмента щелевидное повреждение глубиной 7 мм, расположенное косо вертикально с гладкими стенками, расстоянием между которыми около 0,3мм и дно остроугольное (след вруба). Таким образом, повреждение локтевой кости с признаками фрагментированного перелома со следом вруба, что свидетельствует о воздействии рубящего орудия. Индивидуальных следов лезвия орудия (трасс) в повреждениях не выявлено.2.3. Нижняя челюсть. На уровне второго резца слева полный косо вертикальный перелом. На наружной поверхности кромки перелома четко совпадают, плоскость излома отвесная (зона разрыва). На внутренней поверхности кромки перлом совпадают нечетко, плоскость излома пологая (зона долома). На левой ветви в проекции заднего края венечного отростка косовертикально кзади расположен полный перелом. На наружной поверхности кромки перелома совпадают нечетко, плоскость излома пологая (зона долома). На внутренней поверхности кромки перлом четко совпадают, плоскость излома отвесная (зона разрыва). Таким образом, переломы нижней челюсти возникли от удара тупым предметом в область левой ветви с образованием тут локального «разгибательного» перелома и конструкционного «сгибательного» перелома тела спереди. 2.4. Верхняя челюсть. Правая верхнечелюстная кость представлена внутренней половиной небного отростка и передним краем альвеолярного отростка. На левой верхнечелюстной кости дефект 2х2см в области скулового отростка со стороны глазницы. Граница дефекта с признаками излома. В области собачей ямки левой верхнечелюстной кости дефект 2х1см, сквозь который видна гайморова полость. Граница дефекта неровная с признаками излома. От границы отходят единичные короткие трещины со смещением участков кости в сторону гайморовой полости. Таким образом, повреждения верхней челюсти с признаками воздействия тупого предмета. Определить форму травмирующей поверхности и количество воздействий не представляется возможным в виду отсутствия фрагментов костей.Вопросы:1. Какие повреждения имеются на представленных фрагментах костей лицевого скелета?
2. Какие повреждения имеются на представленных фрагментах костей скелета?
3. Являются ли обнаруженные телесные повреждения прижизненными, либо посмертными?
4. Каким предметом (предметами) могли быть причинены телесные повреждения потерпевшему, 1969 г.р.?
5. Одним или разными предметами причинены телесные повреждения?
 | 1. На нижней челюсти перелом левой ветви и тела спереди. Повреждения возникли от удара тупым предметом в область левой ветви с образованием тут локального перелома и конструкционного (отдаленного) перелома тела спереди. На верхней челюсти переломы с признаками воздействия тупого предмета. Определить форму травмирующей поверхности и количество воздействий не представляется возможным в виду отсутствия фрагментов костей.
2. На правой плечевой кости в области задневнутренней поверхности нижнего конца дефект с признаками воздействия лезвия рубящего орудия со следами двух врубов.
3. Признаков сращения переломов не выявлено, следовательно, установить прижизненность повреждений не представляется возможным.
4. На правой локтевой кости повреждение с признаками фрагментированного перелома со следом вруба, свидетельствующими о неоднократном воздействии рубящего орудия.
5. Индивидуальных следов лезвия орудия (трасс) в повреждениях не выявлено.
 | ТК ГИА | УК-1, УК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-10 |
| 57 | ОБСТОЯТЕЛЬСТВА ДЕЛА: свидетельствуемый рассказал, что 16.12.2012г около 17 часов в помещении гаража в районе ст. Путепровод гр. К и гр. Ш сбили с ног на бетонный пол, пинали по голове, рукам, туловищу, ногам. Сознание не терял. За медицинской помощью не обращался.  ЖАЛОБЫ: на головную боль, головокружение, боль в местах ударов.  ОБЪЕКТИВНО: в лобно-теменной области слева на границе волосистой части головы косо- горизонтальная царапина под розовой корочкой на уровне кожи, длиной 3,0см. В области верхнего века слева полосовидной формы горизонтальный бурого цвета кровоподтек 4,5х0,8см. На внутренней поверхности левого бедра в нижней трети бледно-синюшный кровоподтек 4,0х4,0см. Других повреждений не предъявлено. Вопросы:1. Телесные повреждения?
2. Степень тяжести вреда причиненного здоровью человека?
3. Механизм повреждения?
4. Давность нанесения травмы?
5. Обстоятельства нанесения травмы?
 | * 1. Обнаружены повреждения: царапина на голове, кровоподтеки на лице, левой ноге.
	2. Повреждения не влекут за собой кратковременного расстройства здоровья или незначительной стойкой утраты общей трудоспособности и, согласно пункту 9 раздела II приказа МЗ и СР РФ №194н от 24.04.2008г, расцениваются как повреждения, не причинившие вред здоровью человека.
	3. Кровоподтеки могли возникнуть от воздействия тупого твердого предмета (предметов), царапина от воздействия твердого предмета (предметов) с ограниченной контактирующей поверхностью
	4. Давностью до одних суток ко времени проведения обследования.
	5. При любых обстоятельствах.
 | ТК ГИА | УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-5, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10 |
| 58 | ОБСТОЯТЕЛЬСТВА ДЕЛА: свидетельствуемый рассказал, что 16.12.2012г около 17 часов в помещении гаража в районе ст. Путепровод гр. К и гр. Ш сбили с ног на бетонный пол, пинали по голове, рукам, туловищу, ногам. Сознание не терял. За медицинской помощью не обращался.  ЖАЛОБЫ: на головную боль, головокружение, боль в местах ударов.  ОБЪЕКТИВНО: в лобно-теменной области слева на границе волосистой части головы косо- горизонтальная царапина под розовой корочкой на уровне кожи, длиной 3,0см. В области верхнего века слева полосовидной формы горизонтальный бурого цвета кровоподтек 4,5х0,8см. На внутренней поверхности левого бедра в нижней трети бледно-синюшный кровоподтек 4,0х4,0см. Других повреждений не предъявлено. Вопросы:1. Телесные повреждения?
2. Степень тяжести вреда причиненного здоровью человека?
3. Механизм повреждения?
4. Давность нанесения травмы?
5. Обстоятельства нанесения травмы?
 | 1.Обнаружены повреждения: царапина на голове, кровоподтеки на лице, левой ноге.2.Повреждения не влекут за собой кратковременного расстройства здоровья или незначительной стойкой утраты общей трудоспособности и, согласно пункту 9 раздела II приказа МЗ и СР РФ №194н от 24.04.2008г, расцениваются как повреждения, не причинившие вред здоровью человека. 3.Кровоподтеки могли возникнуть от воздействия тупого твердого предмета (предметов), царапина от воздействия твердого предмета (предметов) с ограниченной контактирующей поверхностью4.Давностью до одних суток ко времени проведения обследования.5.При любых обстоятельствах. | ТК ГИА | УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-5, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10 |
| 59 | ОБСТОЯТЕЛЬСТВА ДЕЛА: в постановлении указано, что «02.12.2012 года примерно в 21 час. 00 минут гр. Г., 1990 г.р., находясь на площадке второго этажа дома №0 по ул. Мира в Ленинском районе г. К, умышленно причинил тяжкий вред здоровью гр. Д. в виде проникающего колото-резанного ранения брюшной полости, проникающего ранения тонкой кишки, касательного ранения тонкой кишки.» Медицинские документы упакованы и опечатана. Представлена история болезни из ГКБ №0 на имя гр. Д., 1953 г.р. в которой указано, что поступает 02.12.2012г., осмотрен хирургом. Жалобы на наличие раны живота, боль в области раны, общую слабость, тошноту. Со слов больного 02.12.2012г около 21-00 известный по имени Роман в пьяной ссоре ударил ножом в живот по адресу Глинки 6-20. Скорой помощью реанимационной бригадой доставлен в ГКБ на каталке с периферическим катетером в правой локтевой вене, продолжающейся инфузией физиологического раствора, экстренно поднят в операционную. Объективно: состояние ближе к тяжелому. В сознании, в алкогольном опьянении (запах свежего алкоголя в выдыхаемом воздухе). Положение лежа на каталке. Видимой патологии опорно-двигательного аппарата нет. Кожные покровы и видимые слизистые бледные, умеренный акроцианоз. Периферические лимфоузлы не увеличены. Грудная клетка симметричная. Дыхание везикулярное, проводится по всем легочным полям. Хрипов нет. ЧДД 20 в минуту. Сердечные тоны ясные, ритмичные. Пульс удовлетворительного наполнения 110 ударов в минуту. АД 150/70 мм рт.ст., катетеризирован мочевой пузырь – получено 150мл светлой мочи. Локально: язык влажный. Живот обычной формы, не вздут, симметричен. При пальпации мягкий, болезненный в области раны и нижних отделах живота. По срединной линии от лона и выше послеоперационный рубец 25х2,0см, крепкий, без грыжевых выпячиваний. Также имеется послеоперационный рубец после люмботомии слева – без особенностей. На 2см латеральнее среднеключичной линии слева на 3см выше уровня передневерхней ости подвздошной кости рана с острыми углами и ровными краями 3,0х0,5см, из раны подтекает кровь. Явных симптомов раздражения брюшины нет. Печеночная тупость сохранена, печень по краю реберной дуги. Селезенка, почки не пальпируются. Притупления в отлогих местах брюшной полости нет. Перистальтика выслушивается. Стул регулярный. Последний раз накануне без примесей, коричневого цвета. Диагноз: колото-резаная рана живота. Алкогольное опьянение. Сопутствующий: Единственная правая почка. 02.12.2012г. операция 1: первичная хирургическая обработка колото-резаной раны передней брюшной стенки. После обработки рук хирурга и операционного поля, под местным обезболиванием проведено исследование раневого канала, последний идет спереди назад, снизу-вверх, слева-направо, проходит через мышечно-апоневротический слой. Определяется дефект в париетальной брюшине около 2,0см в диаметре, в последнем видна прядь большого сальника. Выполнена обработка раны – иссечение краев и частично дна, в пределах интактных тканей. Операция 2: лапаротомия, ревизия брюшной полости, рассечение спаек ушивание проникающих ран тонкой кишки. Ушивание касательного ранения тонкой кишки. Санация и дренирование брюшной полости. Под общим обезболиванием выполнена срединная лапаротомия с иссечением старого послеоперационного рубца. В брюшной полости выраженный спаечный процесс, спайки разделены тупым и острым путем. В брюшной полости около 500мл свежей крови со сгустками, осушена. При ревизии тонкой кишки на 100 и 120см от связки Трейца обнаружены две раны 3,0х1,0см, проникающая полость, в рану подтекает кровь и кишечное содержимое. Ушиты двухрядным швов в поперечном направлении. На 150см от связки Трейца обнаружено касательное ранение тонкой кишки 2,0х1,0см, ушито серо-серозными швами. Осмотрены толстый кишечник, печень, желудок, селезенка, повреждений не выявлено. Брюшная полость промыта, осушена. В брюшную полость установлены два перчаточные дренажа по боковому каналу справа и в малый таз. Контроль на гемостаз и инородные тела. Рана послойно ушита. Наложены ас. повязки. Диагноз: проникающее колото-резаное ранение брюшной полости. Проникающие ранения тонкой кишки. Касательное ранение тонкой кишки. Спаечная болезнь брюшной полости. Алкогольное опьянение. 03.12.2012г. состояние стабильное, соответствует сроку и объему операции. Жалобы на раневую боль. Кожные покровы обычной окраски. АД 125/71 мм рт.ст. Пульс 92 удара в минуту. Дыхание проводится по всем полям, хрипов нет. Живот мягкий, не вздут, при пальпации умеренно болезненный по ходу послеоперационных швов. Диурез по катетеру. Локально: повязка в области дренажей умеренно промокла серозным отделяемым. Смена повязок. 04.12.2012г. больной из реанимационного отделения переводится в хирургическое. Состояние больного соответствует сроку и тяжести оперативного вмешательства. Беспокоят боли в области послеоперационных ран. Тошноты, рвоты нет. Мочится самостоятельно, безболезненно. Кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски. В легких дыхание везикулярное. Пульс 84 удара в минуту, ритмичен. Язык влажны. Живот не вздут, при пальпации болезненный в области ран. По дренажу в провой подвздошной области определяется серозное отделяемое. Здесь же повязки обильно промокли данным отделяемым. Смена повязок. В последующее дни состояние средней тяжести. Жалобы на боли в послеоперационных ран. Гемодинамика стабильная. Живот не вздут. Симптом Щеткина отрицательный во всех отделах. Повязка сухая. Послеоперационные швы без признаков воспаления. 10.12.2012г. удалены дренажи. 12.12.2012г. швы сняты. 14.12.2012г. состояние удовлетворительное. Жалоб не предъявляет. Живот правильной формы, не вздут, в акте дыхания участвует, при пальпации мягкий, незначительно болезнен в области швов. Повязка чистая, сухая. Отеков нет. Швы без признаков воспаления. Выписывается с рекомендациями: наблюдение у хирурга в поликлинике по месту жительства. Заключительный диагноз: проникающее колото-резаное ранение брюшной полости. Проникающее ранение тонкой кишки. Касательное ранение тонкой кишки. Спаечная болезнь брюшной полости. Вопросы:1. Телесные повреждения?
2. Степень тяжести вреда причиненного здоровью человека?
3. Механизм повреждения?
4. Давность нанесения травмы?
5. Состояние алкогольного опьянения?
 | 1. У гр. Д. при обращении за медицинской помощью в результате события 02.12.2012г. имелась рана живота на передней поверхности слева, проникающая в брюшную полость, с ходом раневого канала спереди назад, снизу вверх и слева направо и повреждением по ходу раневого канала тонкого кишечника, наличием крови в полости брюшины (500мл). 2. Данное проникающее ранение живота, согласно приказу МЗиСР РФ №194н от 24.04.2008 года п.6.1.15 отнесена к критерию, характеризующему квалифицирующий признак вреда, опасного для жизни человека. По указанному признаку, согласно правилам «Определения тяжести вреда, причиненного здоровью человека» (постановление Правительства РФ №522 от 17.08.2007 года) квалифицируются как ТЯЖКИЙ вред здоровью.3. Могло возникнуть от одного и более воздействия предмета (орудия), обладающего колюще-режущими свойствами. 4. Соответствует обстоятельствам дела.5. В представленных медицинских документах каких-либо сведений о наличии у пострадавшей алкогольного либо иного опьянения не имеется. | ТК ГИА | УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-5, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10 |
| 60 | ОБСТОЯТЕЛЬСТВА ДЕЛА: свидетельствуемая рассказала, что 09 ноября 2012 года около 14 часов в квартире сын гр. В. хватал за руки, толкал, схватил за левую руку (кисть), резко выкрутил ее. Сознание не теряла. За медицинской помощью обращалась в травмпункт Октябрьского района, где находилась на амбулаторном лечении. 04 декабря 2012 года в помещении ККБСМЭ было проведено дополнительное медицинское обследование гр. А. - Акт медицинского обследования живого лица, где приведены данные объективного обследования, медицинских документов: «15 ноября 2012 года в помещении ККБСМЭ было проведено медицинское обследование гр. А., - Акт медицинского обследования живого лица, где приведены данные объективного обследования: ЖАЛОБЫ - на боль в области левой руки. ОБЪЕКТИВНО - на передней поверхности правого плеча в средней трети нижней трети бледно-зеленовато-желтоватых округлых кровоподтека, 2,5х1,5см, 2,0х1,0см. На передней поверхности левого плеча в средней трети подобный округлый кровоподтек, 1,0х1,0см. На тыльной поверхности левой кисти от средней трети до основных фаланг 5, 4, 3, 2 пальцев зеленоватый овальный кровоподтек, 8,0х5,0см. Других повреждений не предъявлено. Представлена медицинская карта амбулаторного больного из МБУЗ «ГКБ» на ее имя, согласно которой обратилась 09 ноября 2012 года в 16:45. Со слов больного, 09 ноября 2012 года в 10 часов сын ударил 4 палец левой кисти. Локально: отек в области 4 пальца левой кисти. Движения в суставах в полном объеме. Диагноз: ушиб 4 пальца левой кисти. Растяжение сустава левой кисти. 12 ноября 2012 года жалобы на боли в левой кисти. Локально: отек умеренный. Движения резко ограничены. Диагноз: растяжение капсульно - связочного аппарата пальцев левой кисти. 12 ноября 2012 года на рентгенограмме №510 4 пальца левой кисти - нечеткая линия перелома головки пястной кости. 21 ноября 2012 года жалобы на снижение силы кистевого захвата левой кисти. Локально: кистевой захват ослаблен до 3 баллов. Отек тыла кисти. Диагноз: повреждение капсульно - связочного аппарата пальцев левой кисти. 28 ноября 2012 года на больничном листе 21 день. Жалоб на момент осмотра нет. Локально: передвигается свободно. Движения в полном объеме. Отека, болезненности нет. Диагноз: повреждение капсульно - связочного аппарата пальцев левой кисти. Выздоровление. Других записей в амбулаторной карте нет. Представлен рентгенснимок левой кисти №510 от 12 ноября 2012 года на ее имя. ЖАЛОБЫ - на боль в 4 пальце левой кисти, движение в межфаланговых суставах 4 пальце левой кисти умеренно ограничены. ОБЪЕКТИВНО - каких-либо видимых повреждений или следов от них не выявлено». На дополнительное медицинское обследование представлены медицинские документы в упакованном виде (медицинская карта амбулаторного больного из МБУЗ «ГКБ», рентгенснимок левой кисти №510 от 12 ноября 2012 года на ее имя, сведения из которых приведены выше).Представлена копия протокола рентгенографии от 25 декабря 2012 года (без указания фамилии больного, лечебного учреждения) – на рентгенограмме левой кисти две проекции: рентгенсуставные щели сохранены в лучезапястный сустав. Межфаланговые и пястно-фаланговые суставы суженые, склероз суставных поверхностей. В костях выраженная «остеомения». Заключение: артрозоартриния мелких суставов левой кисти 1 степени. Учитывая патологическую подвижность 4 пальца в пястно-фаланговом суставе в анамнезе, можно предположить разрыв сухожильной сумки 4 пястно-фалангового сустава.Представлены контрольные рентгенснимки: пальцев левой кисти в двух проекциях №583 от 12 декабря 2012 года, левой кисти без номера от 25 декабря 2012 года; правой кисти без номера от 25 декабря 2012 года на ее имя.ЖАЛОБЫ: на боль в области левой кисти.ОБЪЕКТИВНО: каких-либо видимых повреждений или следов от них не выявлено. Необходима консультация рентгеновских снимков рентгенологом ККБСМЭ, с целью уточнения диагноза: «перелома головки пястной кости 4 пальца левой кисти».  28 декабря 2012года на рентгенограммах левой кисти №510 от 12.12.2012года, №583 от 12.12.2012года, №1941(2) от 25.12.2012года консультированы и описаны проф.: «на серии рентгенограмм левой кисти в прямой и косой проекциях определяется уступообразная деформация дистального метафиза 4 пальца левой кисти без существенного смещения отломков. Линия перелома поперечно-направленная к длиннику кости. Заключение - перелом дистального метафиза 4 пальца левой кисти».Вопросы:1. Телесные повреждения?
2. Степень тяжести вреда причиненного здоровью человека?
3. Механизм повреждения?
4. Давность нанесения травмы?
5. Обстоятельства нанесения травмы?
 | 1. У гр. А. при обращении за медицинской помощью 09 ноября 2012 года имелась травма левой кисти, представленная переломом головки пястной кости 4 пальца и кровоподтеком в проекции перелома.2.Данная травма повлекла временную нетрудоспособность продолжительностью более 21 дня, что согласно п.7.1 приказа МЗиСР РФ 194н от 24.04.2008г. отнесено к критерию, характеризующему квалифицирующий признак длительного расстройства здоровья. По указанному признаку, согласно правилам «Определения тяжести вреда, причиненного здоровью человека» (постановление правительства РФ №522 от 17.08.2007г.) квалифицируется, как вред здоровью СРЕДНЕЙ тяжести.При обследовании 15 ноября 2012 года были обнаружены кровоподтеки на плечах, которые не влекут за собой кратковременного расстройства здоровья или незначительной стойкой утраты общей трудоспособности, согласно п.9 раздела П приказа МЗиСР РФ 194н от 24.04.2008г., расцениваются как повреждения, не причинившие вред здоровью человека. 3. Вышеуказанные повреждения могли возникнуть от воздействия твердого тупого предмета (предметов).4. Давностью не менее 5-7 суток ко времени проведения обследования 15 ноября 2012 года.5. При любых обстоятельствах. | ТК ГИА | УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-5, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10 |
| 61 | ОБСТОЯТЕЛЬСТВА ДЕЛА: в постановлении указано, что «16.01.2011г около 20 часов от НДС ДЧ ОП №0 МУ МВД России «К……» поступило сообщение о совершении гр. С. 1989 г.р. преступления, предусмотренного ст. 135 УК РФ. В ходе проверки сообщения преступления установлено, что около 16 часов 16.01.2011г гр. С. послал на мобильный телефон ранее ему знакомого несовершеннолетнего гр. Б. 1998 г.р. СМС – сообщение интимного содержания. Опрошенный гр. С. совершение им преступления отрицает. Опрошенный гр. Б. факт совершения в его отношении развратных действий так же отрицает…». Свидетельствуемый получение каких-либо телесных повреждений отрицает. ЖАЛОБЫ: не предъявляет.ОБЪЕКТИВНО: каких-либо телесных повреждений или следов от них не обнаружено. Свидетельствуемый правильного телосложения, нормального питания. Повреждений или следов от них на поверхности лица, слизистой оболочке преддверия рта, полости рта не обнаружено. Уздечка верхней губы цела. Наружные половые органы развиты правильно, по мужскому типу, соответственно возрасту. Оволосения нет. Мошонка дрябловатая, слегка пигментированная, гладкая, оба яичка в мошонке, эластичные, безболезненные на ощупь, не увеличены. Длина полового члена около 6см, ширина у основания головки около 1,3см. Головка полового члена полностью прикрыта крайней плотью, которая свободно сдвигается за нее. Губки уретры без воспалительных явлений. В области половых органов каких-либо повреждений или следов от них не обнаружено. На ягодицах повреждений или следов от них не обнаружено. При осмотре в коленно-локтевом положении: межъягодичная щель средней глубины, кожа вокруг заднепроходного отверстия собрана в мягкие на ощупь, коричневого цвета, лучеобразные складки. Область заднего прохода в виде небольшого углубления. Заднепроходное отверстие не зияет. Видимая часть слизистой оболочки прямой кишки розоватая, складчатая; складки мягкие, тонус сфинктеров удовлетворительный. Каких-либо повреждений или следов от них в области заднепроходного отверстия и слизистой оболочки видимой части прямой кишки не обнаружено.Направлен в хирургическое отделение ГКБ № 20 на консультацию проктолога для исключения или подтверждения травматических повреждений в области заднего прохода и прямой кишки.Вопросы:1. Телесные повреждения.
2. Давность нанесения травмы.
3. Степень тяжести вреда причиненного здоровью человека.
4. Механизм травмы.
5. Имеются ли у гр. Б. заболевания половых органов, если да, то какие?
 | * 1. У гр. Б. каких-либо телесных повреждений или следов от них, в том числе в области заднепроходного отверстия и слизистой оболочки видимой части прямой кишки не обнаружено.
	2. Ответить на поставленный перед экспертом вопрос не представляется возможным.
	3. Тяжесть вреда, причиненного здоровью не может быть определена.
	4. Ответить на поставленный перед экспертом вопрос не представляется возможным.
	5. Ответить на данный вопрос будет возможно после обследования у врача- венеролога в кожно-венерологическом диспансере, куда она направлена для исключения или подтверждения венерических заболеваний и ВИЧ-инфицирования.
 | ТК ГИА | УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-5, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10 |
| 62 | ОБСТОЯТЕЛЬСТВА ДЕЛА: в постановлении указано, что «09 января 2012г в ОП-10 с заявлением обратилась гр. Б. о том, что ее изнасиловали неизвестные лица 08 января 2012г в квартире… жилого дома по адресу: г. К….., ул. Мира, 00. …». Свидетельствуемая рассказала, что 08 января 2012г около 06.00 в ванной комнате квартиры по ул. Мира 00 малознакомых парня толкали, хватали за руки, во время борьбы повредила левую руку, ударялась ногами о различные предметы, затем сняли колготки, трусы, совершили по одному половому акту по очереди через влагалище. Были ли законченными половые акты, был ли использован презерватив- не уточняет. Сознание не теряла. За медицинской помощью обращалась в травмпункт Советского района, меддокументы не представлены. 08 января 2012г дежурным экспертом взято содержимое заднего свода влагалища.  ЖАЛОБЫ: на боль в левой руке.  СПЕЦАНАМНЕЗ: менструации с 14 лет, регулярные, по 5 дней через 20 дней, умеренные, болезненные. Последняя менструация с 14 по 19 декабря 2011г. Половая жизнь с 17 лет, регулярная. Последний половой акт до случившегося был 04 января 2012г. После случившегося половые акты отрицает. Половые акты через задний проход отрицает. Гинекологические заболевания, вензаболевания, заболевания желудочно-кишечного тракта отрицает. Беременности отрицает. После случившегося совершала гигиенические процедуры.  ОБЪЕКТИВНО: на тыльной поверхности левой кисти в проекции 1 пальца кровоподтек бледно-багрово-фиолетового цвета без четких контуров на участке 5х6см. Движения 1-ым пальцем левой кисти несколько ограничены из-за боли. На внутренней поверхности средней и нижней трети правого плеча 3 кровоподтека багрово-фиолетового цвета округлой и полосовидной формы, расположенный горизонтально, размерами от 1х1см до 4х1см. На наружной поверхности средней трети правого бедра (1), передней поверхности верхней трети правой голени (2), тыльной поверхности правой стопы (1), передней поверхности средней трети левого бедра (8), передней поверхности верхней трети левой голени (2) кровоподтеки багрово-фиолетового цвета с зеленоватым прокрашиванием по периферии, без четких контуров на участках от 1х1см до 10х14см. Других повреждений не предъявлено. При осмотре на гинекологическом кресле: наружные половые органы сформированы правильно, по женскому типу, волосы на лобке сбриты, большие половые губы прикрывают малые, задняя спайка больших половых губ цела, ладьевидная ямка средней глубины, целая. Слизистая оболочка малых половых губ и преддверия влагалища бледно-розовая, влажная. Девственная плева в прошлом кольцевидной формы мясистая, высотой до 0,4см в боковых сегментах, до 0,6см в нижнем сегменте. На 3 часах условного циферблата часов определяется выемка, доходящая до основания девственной плевы с ровными утолщенными краями в виде площадок розового цвета, которые при сопоставлении не заходят друг за друга у основания. На дне выемки рубец белесоватого цвета линейной формы, горизонтально направленный, размером до 0,2х0,1см. на всем остальном протяжении край девственной плевы крупноволнистый. Отверстие девственной плевы свободно пропускает 2 пальца эксперта, сложенных вместе. Кольцо сокращения не определяется. Матка маленькая, придатки не пальпируются. Выделения из половых путей скудные, кровянистого характера. Свежих повреждений в области половых органов не обнаружено. От осмотра заднепроходного отверстия отказалась, так как половой акт через заднепроходное отверстие не был совершен.Содержимое заднего свода влагалища взято на марлевый тампон и 2 предметных стекла и передано вместе с Заключением эксперта следователю для назначения исследования в судебно- биологическом отделении с целью установления наличия сперматозоидов.  Направлена в кожно-венерологический диспансер для исключения или подтверждения венерических заболеваний и ВИЧ-инфицирования. Вопросы:1. Телесные повреждения?
2. Степень тяжести вреда причиненного здоровью человека?
3. Механизм травмы?
4. Давность нанесения травмы?
5. Жила ли пострадавшая ранее половой жизнью? Есть ли признаки полового акта?
 | 1. У гр. П. при настоящей экспертизе обнаружены кровоподтеки на руках, ногах. 2. Повреждения не влекут за собой кратковременного расстройства здоровья или незначительной стойкой утраты общей трудоспособности и, согласно пункту 9 раздела II приказа МЗ и СР РФ №194н от 24.04.2008г, расцениваются как повреждения, не причинившие вред здоровью человека.3. Кровоподтек полосовидной формы на правом плече мог возникнуть от воздействия твердого предмета с ограниченной контактирующей поверхностью, остальные кровоподтеки могли возникнуть от воздействия тупого твердого предмета (предметов). 4. Давностью 1-3 суток ко времени проведения экспертизы. 5. На момент проведения экспертизы девственная плева в своей анатомической целостности нарушена давно, о чем свидетельствует старый разрыв на 3 часах условного циферблата часов, давность которого определить не представляется возможным. Свежих повреждений в области половых органов не обнаруженоСодержимое заднего свода влагалища взято на марлевый тампон и 2 предметных стекла и передано вместе с заключением эксперта следователю для назначения исследования в судебно- биологическом отделении с целью установления наличия сперматозоидов.  | ТК ГИА | УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-5, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10 |
| 63 | ОБСТОЯТЕЛЬСТВА ДЕЛА: в постановлении указано, что «20.01.2012 в СО по … району г. . ГСУ СК России по К….. краю поступил материал по факту полового сношения совершенного гр. Н., гр. Л. и гр. В., достигшими восемнадцатилетнего возраста, с несовершеннолетней гр. К. 1997 г.р. не достигшей шестнадцатилетнего возраста имевшего место 20.01.2012 в период с 01.00 до 02.00 часов в квартире по ул. Мира, 0 г. К……».  Свидетельствуемая рассказала, что 20 января 2012 года в 02-м часу в квартире совершила три половых актов с тремя незнакомыми парнями, с использованием презервативов, при этом посторонней жидкости не ощущала. Получение телесных повреждений отрицает. Сознание не теряла. За медицинской помощью не обращалась.  ЖАЛОБЫ: не предъявляет. СПЕЦАНАМНЕЗ: менструация с 13 лет, по 6-7 дней через месяц, нерегулярные, последняя менструация в начале января 2012 года. Половая жизнь с 13 лет. Беременности отрицает. Последний половой акт до случившегося с 19 на 20 января 2012 года. После случившегося не было. Гинекологические и венерические заболевания отрицает.  ОБЪЕКТИВНО: каких-либо телесных повреждений не обнаружено.  Оволосение на лобке сбрито. Наружные половые органы развиты правильно по женскому типу. Большие половые губы прикрывают малые. Задняя спайка цела, ладьевидная ямка средней глубины. Слизистая малых половых губ и преддверия влагалища бледно-розовая. Девственная плева в прошлом кольцевидной формы, высотой в верхнем и боковых сегментах 0,3см, средней мясистости, свободный край крупно-волнистый. На 5-ти и 7-ми часах соответственно часовому циферблату 2 сосочковых выроста шириной 0,5см, высотой 1см. На 8-ми часах соответственно часовому циферблату выемка, доходящая до основания с утолщенными закругленными краями, глубиной до 0,3см. При складывании края выемки у основания не заходят друг за друга. Дно выемки в виде ровной площадки 0,5х0,5см. Отверстие девственной плевы 3см в диаметре свободно пропускает 2 пальца эксперта. Кольцо сокращения не определяется. Слизистая оболочка видимой части стенок влагалища бледно-розовая, складчатая. Из половых путей выделений нет.На марлевый тампон и 2 предметных стекла для установления или исключения наличия сперматозоидов при судебно-биологическом исследовании изъято содержимое заднего свода влагалища и вместе с контролем марли прилагается к Заключению эксперта. Направлена в ККВД для установления или исключения вензаболеваний и ВИЧ-инфицирования. Вопросы:1. Телесные повреждения?
2. Давность нанесения травмы?
3. Степень тяжести вреда причиненного здоровью человека?
4. Жила ли пострадавшая ранее половой жизнью? Есть ли признаки полового акта?
5. Имеются ли у гр. Б. заболевания половых органов, если да, то какие?
 | * 1. У гр. К. телесных повреждений и следов от них не обнаружено.
	2. Ответить на поставленный перед экспертом вопрос не представляется возможным.
	3. Тяжесть вреда, причиненного здоровью не может быть определена.
	4. На момент проведения экспертизы целость девственной плевы у гр. Красиковой нарушена, на что указывает наличие искусственной выемки (старого разрыва) на 8-ми часах соответственно часовому циферблату, определить давность возникновения указанного разрыва в настоящее время не представляется возможным.
	5. Ответить на данный вопрос будет возможно после обследования у врача- венеролога в кожно-венерологическом диспансере, куда она направлена для исключения или подтверждения венерических заболеваний и ВИЧ-инфицирования.
 | ТК ГИА | УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-5, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10 |