федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение

высшего образования

«Оренбургский государственный медицинский университет»

Министерства здравоохранения Российской Федерации

**ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ**

**ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ТЕКУЩЕГО**

**КОНТРОЛЯ УСПЕВАЕМОСТИ И ПРОМЕЖУТОЧНОЙ АТТЕСТАЦИИ**

**ОБУЧАЮЩИХСЯ ПО ДИСЦИПЛИНЕ**

Судебная медицина.

32.05.01

Медико – профилактическое дело

Является частью основной профессиональной образовательной программы высшего образования по направлению подготовки (медико – профилактическое дело) 32.05.01

утвержденной ученым советом ФГБОУ ВО ОрГМУ Минздрава России

протокол № 11 от «22» июня 2018г.

Оренбург.

1. **Паспорт фонда оценочных средств**

Фонд оценочных средств по дисциплине содержит типовые контрольно-оценочные материалы для текущего контроля успеваемости обучающихся, в том числе контроля самостоятельной работы обучающихся, а также для контроля сформированных в процессе изучения дисциплины результатов обучения на промежуточной аттестации в форме зачета

Контрольно-оценочные материалы текущего контроля успеваемости распределены по темам дисциплины и сопровождаются указанием используемых форм контроля и критериев оценивания. Контрольно – оценочные материалы для промежуточной аттестации соответствуют форме промежуточной аттестации по дисциплине, определенной в учебной плане ОПОП и направлены на проверку сформированности знаний, умений и навыков по каждой компетенции, установленной в рабочей программе дисциплины.

В результате изучения дисциплины у обучающегося формируются **следующие компетенции:**

**ОПК-5**Способен оценивать морфофункциональные, физиологические состояния и патологические процессы в организме человека для решения профессиональных задач

**ПК -1 2** Способность и готовность к участию в осуществлении учета и анализа случаев причинения вреда жизни и здоровью населения, окружающей среде и имуществу потребителей, связанного с приобретением и использованием товаров (работ, услуг) с недостатками, опасных товаров (работ, услуг) либо с предоставлением потребителям несвоевременной, неполной, недостоверной и вводящей в заблуждение информации о товарах (работах, услугах)

2. **Оценочные материалы текущего контроля успеваемости обучающихся.**

**Оценочные материалы в рамках всей дисциплины.**

**Модуль 1**. судебно-медицинская экспертиза.

**Тема 1.** Предмет судебной медицины, процессуальные и организационные основы судебно-медицинской экспертизы.

Форма(ы) текущего контроля успеваемости вопросы для устного опроса,

тестирование, решение ситуационных задач, формулирование судебно-медицинского диагноза

Оценочные материалы текущего контроля успеваемости

**Вопросы для устного опроса:**  
Входной контроль, актуализация опорных знаний, умений, навыков:

Вопросы (устный опрос).

1. Виды судебно-медицинских экспертиз.  
2.Классификация острых и твердых тупых предметов. Механизм их действия.

3.Повреждения режущими предметами. Колющими, колюще-режущими предметами. Особенности повреждений, особенности проведения экспертизы.

4.Лабораторные методы исследования повреждений острыми и твердыми тупыми предметами.

**Тестирование:**

1.ОСТРЫМИ ОРУДИЯМИ ОДНОЗНАЧНОГО ДЕЙСТВИЯ ЯВЛЯЮТСЯ:

а) Колющие

б) Режущие

в) Рубящие

г) Колюще-режущие

д) Колюще-рубящие

е) Верно все

ж) Верно а), б), в)

з) Верно а), г), д)

2.ОСТРЫМИ ОРУДИЯМИ КОМБИНИРОВАННОГО ДЕЙСТВИЯ ЯВЛЯЮТСЯ:

а) Колющие

б) Режущие

в) Рубящие

г) Колюще-режущие

д) Колюще-рубящие

е) Верно все

ж) Верно г), д)

з) Верно б), в)

3. ОСНОВНЫМ В МЕХАНИЗМЕ ОБРАЗОВАНИЯ КОЛОТОЙ РАНЫ ЯВЛЯЕТСЯ:

а) Разрушение тканей острием

б) Расслоение тканей боковыми поверхностями стержня

в) Размятие ткани боковыми поверхностями стержня

4. ОСНОВНЫМИ ПРИЗНАКАМИ КОЛОТОЙ РАНЫ ЯВЛЯЮТСЯ:

а) Дефект ткани

б) Ровные края

в) Осаднение краев

г) Неровные края

д) Щелевидная форма

е) Верно в), г), д)

ж) Верно б), в), г)

з) Верно все

5.ВЗАИМОПОЛОЖЕНИЕ НАДРЕЗОВ ОТ РЕБЕР СТЕРЖНЯ КОЛЮЩЕГО ОРУДИЯ:

а) Отражает форму поперечного сечения стержня

б) Не отражает формы поперечного сечения стержня

6.КОЛОТЫЕ ПОВРЕЖДЕНИЯ ПЛОСКИХ КОСТЕЙ ЯВЛЯЮТСЯ ПЕРЕЛОМАМИ:

а) Вдавленными

б) Дырчатыми

в) Террасовидными

7.УСТАНОВЛЕНИЕ ФОРМЫ И РАЗМЕРОВ ПОПЕРЕЧНОГО СЕЧЕНИЯ СТЕРЖНЯ КОЛЮЩЕГО ОРУДИЯ ПРИ ИССЛЕДОВАНИИ РАНЕВОГО КАНАЛА:

а) Возможно

б) Невозможно

8.ОСНОВНЫМ В МЕХАНИЗМЕ ОБРАЗОВАНИЯ РЕЗАНОЙ РАНЫ ЯВЛЯЕТСЯ:

а) Расслоение ткани клинком режущего орудия

б) Рассечение тканей лезвием клинка

в) Трение щечек клинка о края раны и осаднение кожи

г) Размятие ткани клинком режущего орудия

9.ОСНОВНЫЕ ПРИЗНАКИ РЕЗАНОЙ РАНЫ:

а) Прямолинейная форма

б) Криволинейная форма

в) Зияние раны

г) Осаднение краев раны

д) Остроугольные концы

е) Верно все

ж) Верно а), б), в), г)

з) Верно а), б), в), д)

10.ИСТИННЫЙ РАНЕВОЙ КАНАЛ В РЕЗАНОМ ПОВРЕЖДЕНИИ:

а) Имеется

б) Отсутствует

11.ТИПИЧНАЯ РЕЗАНАЯ РАНА ИМЕЕТ МАКСИМАЛЬНУЮ ГЛУБИНУ:

а) В начале

б) В середине

в) На всем протяжении

г) В конце

12.ОСАДНЕНИЕ КРАЕВ РЕЗАНОЙ РАНЫ ЗАВИСИТ ОТ:

а) Толщины кожи

б) Остроты лезвия

в) Гладкости щечек режущего орудия

г) Осаднение отсутствует

13.ДЛИНА РЕЗАНОЙ РАНЫ ПРЕВЫШАЕТ ЕЕ ГЛУБИНУ:

а) Всегда

б) Не всегда

14.ПРИЧИНОЙ СМЕРТИ ПРИ РЕЗАНЫХ ПОВРЕЖДЕНИЯХ В ОБЛАСТИ ШЕИ МОЖЕТ БЫТЬ:

а) Острое малокровие

б) Острая кровопотеря

в) Жировая эмболия

г) Воздушная эмболия

д) Болевой шок

е) Верно а), б), г)

ж) Верно все

з) Верно в), г), д)

15.ОСНОВНЫМИ ЭЛЕМЕНТАМИ КОЛОТО-РЕЗАНОЙ РАНЫ ЯВЛЯЮТСЯ:

а) Входное отверстие

б) Лезвийная часть основного разреза

в) Обушковая часть основного разреза

г) Выходное отверстие

д) Дополнительный разрез

е) Верно б), в), д)

ж) Верно все

з) Верно а), г), д)

16.ВЗАИМОПОЛОЖЕНИЕ НАДРЕЗОВ ОТ РЕБЕР СТЕРЖНЯ КОЛЮЩЕГО ОРУДИЯ:

а) Отражает форму поперечного сечения стержня

б) Не отражает формы поперечного сечения стержня

6.КОЛОТЫЕ ПОВРЕЖДЕНИЯ ПЛОСКИХ КОСТЕЙ ЯВЛЯЮТСЯ ПЕРЕЛОМАМИ:

а) Вдавленными

б) Дырчатыми

в) Террасовидными

17.УСТАНОВЛЕНИЕ ФОРМЫ И РАЗМЕРОВ ПОПЕРЕЧНОГО СЕЧЕНИЯ СТЕРЖНЯ КОЛЮЩЕГО ОРУДИЯ ПРИ ИССЛЕДОВАНИИ РАНЕВОГО КАНАЛА:

а) Возможно

б) Невозможно

18.ОСНОВНЫМ В МЕХАНИЗМЕ ОБРАЗОВАНИЯ РЕЗАНОЙ РАНЫ ЯВЛЯЕТСЯ:

а) Расслоение ткани клинком режущего орудия

б) Рассечение тканей лезвием клинка

в) Трение щечек клинка о края раны и осаднение кожи

г) Размятие ткани клинком режущего орудия

19.ОСНОВНЫЕ ПРИЗНАКИ РЕЗАНОЙ РАНЫ:

а) Прямолинейная форма

б) Криволинейная форма

в) Зияние раны

г) Верно все

20.ИСТИННЫЙ РАНЕВОЙ КАНАЛ В РЕЗАНОМ ПОВРЕЖДЕНИИ:

а) Имеется

б) Отсутствует

11.ТИПИЧНАЯ РЕЗАНАЯ РАНА ИМЕЕТ МАКСИМАЛЬНУЮ ГЛУБИНУ:

а) В начале

б) В середине

в) На всем протяжении

г) В конце

Задача № 1.

Труп несовершеннолетней Н., 12 лет, обнаружен 25.04.с.г. матерью в своей квартире в положении лежа на кровати с повреждением в области живота, с большим количеством подсохшей бурой жидкости рядом с трупом… На кожных покровах передней брюшной стенки справа в 11 см от средней линии живота, на 3,5 см ниже края подреберья рана веретенообразной формы. При сближении краев они плотно соприкасаются, рана приобретает линейный вид и имеет длину 1,8 см. Края раны ровные, не осаднены, один конец М- образный, противоположный - острый. Стенки раны гладкие, отвесные. В глубине раны пропитанная кровью жировая клетчатка. В брюшной полости 2400 мл жидкой крови с рыхлыми свертками. Соответственно ране на коже живота в пристеночной брюшине справа в 12 см от средней линии живота на 2,7 см ниже края подреберья овальная рана 2,2х0,3 см. На нижней поверхности правой доли печени в 2,5 см от переднего края зияющая веретенообразная рана длиной 2см с расхождением краев на 0,3 см, переходящая в раневой канал, идущая кзади и несколько кверху, слепо заканчивающаяся в ткани печени. 40 Длина раневого канала в печени 7,4 см. Канал имеет постоянное поперечное сечение в виде узкой щели, длиной 2,2 см на протяжении первых 5 см; затем на протяжении 2,4 см щель постепенно укорачивается и сходит на нет. Общая длина раневого канала 10 см. Отмечается малокровие внутренних органов. В подкожно-жировой клетчатке в области повреждения темно-вишневые кровоизлияния. При медико-криминалистическом исследовании: колото-резаная рана с признаками воздействия клинка колюще-режущего орудия, имеющего лезвие и обух. Ширина клинка в следообразующей части могла быть около 18мм, толщина обуха могла быть 1мм.

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

2. Каков механизм повреждения?

3. Решить вопрос о прижизненности (давности) повреждений.

4. Какова тяжесть вреда, причиненного здоровью человека?

5. Какова причина смерти?

Задача № 2.

4.02.с.г. в 19-00, придя домой с работы гр-ка И. обнаружила мужа – гр-на. С, 57 лет, мертвым, лежащим на кровати с обширной раной на голове. Из квартиры с ее слов были украдены вещи, драгоценности, деньги. На голове в левой теменной области зияющая продолговатой формы рана 12х0,6 см, с ровными краями. Задневерхний угол раны П-образный, передне- нижний острый. В глубине раны видна поврежденная теменная кость и вещество головного мозга. Рана проникает на глубину 5 см. Направление раны косопоперечное: сверху вниз, сзади наперед, несколько справа налево. В мягких тканях головы в области кожной раны имеется темно-красное кровоизлияние, размерами 14х1 см, повреждение левой теменной кости в виде удлиненного остроугольного треугольника, основание которого направлено кзади, вверх и вправо, а вершина - вперед, вниз и влево. От углов, прилегающих к основанию треугольного повреждения отходят трещины во взаимно противоположные стороны на протяжении 1,5х2 см. Размеры поврежденного участка кости 9х0,4 см. Толщина кости в месте повреждения 0,5 см. Соответственно повреждению костной ткани имеется повреждение вещества головного мозга левой теменной доли, на участке 7х0,3 см, глубиной до 4 см (в области заднее верхнего конца). Под мягкой мозговой оболочкой по краям повреждения мягких тканей темно-красные кровоизлияния в виде полос шириной от 0,2 до 0,4 см.

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

2. Каков механизм повреждения?

3. Решить вопрос о прижизненности (давности) повреждений.

4. Какова тяжесть вреда, причиненного здоровью человека?

5. Какова причина смерти?

**Тема 2** Судебно-медицинская танатология и экспертиза трупа. Вопросы общей танатологии.  
Форма(ы) текущего контроля успеваемости :вопросы для устного опроса, тестирование, решение ситуационных задач, формулирование судебно-медицинского-диагноза

Оценочные материалы текущего контроля успеваемости.  
**Вопросы для устного опроса**:  
1. Умирание и смерть. Классификация смерти.  
2. Суправитальные реакции. Установление давности наступления смерти.  
3. Ранние и поздние трупные изменения, их судебно-медицинское значение.   
4. Осмотр места происшествия и трупа на месте его обнаружения.  
Тестирование.  
1. К ОРИЕНТИРОВОЧНЫМ ПРИЗНАКАМ СМЕРТИ ОТНОСЯТ   
ОТСУТСТВИЕ  
1) реакция зрачков на свет  
2) сознания  
3) пульса на крупных артериях  
4) дыхания  
2. ДОСТОВЕРНЫЕ ПРИЗНАКИ БИОЛОГИЧЕСКОЙ СМЕРТИ  
1) трупные пятна  
2) отсутствие сознания  
3) изменение формы зрачка при сдавлении глазного яблока  
4) трупное окоченение  
5) отсутствие пульса  
3. В КАКИХ УСЛОВИЯХ БЫСТРЕЕ ВСЕГО ОХЛАЖДАЕТСЯ ТРУП ПРИ ОДИНАКОВОЙ ТЕМПЕРАТУРЕ?  
1) на воздухе  
2) в помещении  
3) в воде  
4. ГДЕ РАСПОЛАГАЮТСЯ ТРУПНЫЕ ПЯТНА НА ТЕЛЕ ВЕРТИКАЛЬНО ВИСЯЩЕГО В ПЕТЛЕ ЧЕЛОВЕКА?  
1) на нижних конечностях, нижней части туловища, кистях рук, предплечьях  
2) на спине, ягодицах и задних поверхностях конечностей  
3) на передней поверхности туловища, шеи и на лице  
5. КАКОЙ ИЗ ПРИВЕДЕННЫХ ВИДОВ СМЕРТИ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ НАИБОЛЕЕ ВЫРАЖЕННЫМИ ТРУПНЫМИ ПЯТНАМИ?

1) механическая асфиксия через повешение

2) резаная рана шеи с повреждением крупных сосудов

3) хронический нефрит, осложнившийся уремией

6. КАКОВА ПРИЧИНА ОБРАЗОВАНИЯ ПЕРГАМЕНТНЫХ ПЯТЕН?

1) слущивание эпидермиса с последующим высыханием

2) трупная имбибиция

3) избыточное увлажнение кожных покровов

7. КОГДА ВОЗНИКАЮТ ПЯТНА ЛЯРШЕ?

1) при положении трупа лицом вниз

2) при переполнении соединительных оболочек глаза кровью

3) при высыхании соединительных оболочек глазных яблок

8. КАКОВА СУЩНОСТЬ ПРОЦЕССА ГНИЕНИЯ?

1) самопереваривание тканей ферментами (аутолиз)

2) безмикробный распад белков

3) распад белков под действием микроорганизмов

9. В КАКИХ ОБЛАСТЯХ ТЕЛА РАНЬШЕ ВСЕГО ПРОЯВЛЯЮТСЯ ПРИЗНАКИ ГНИЕНИЯ?

1) на лице и на шее

2) на передне-боковых поверхностях живота

3) на бедрах и голенях

10. ЧЕРЕЗ КАКОЕ ВРЕМЯ ПОСЛЕ НАСТУПЛЕНИЯ СМЕРТИ ОБЫЧНО РАЗВИВАЕТСЯ ТРУПНАЯ ЭМФИЗЕМА?

1) в середине второй недели

2) к концу первой недели

3) через 2-3 дня

11. КАКОЙ ПРОЦЕСС ЛЕЖИТ В ОСНОВЕ МУМИФИКАЦИИ ТРУПА?

1) омыление жиров

2) гниение

3) высыхание

12. ГДЕ РАСПОЛАГАЮТСЯ ТРУПНЫЕ ПЯТНА НА ТЕЛЕ ВЕРТИКАЛЬНО ВИСЯЩЕГО В ПЕТЛЕ ЧЕЛОВЕКА?

1) на нижних конечностях, нижней части туловища, кистях рук, предплечьях

2) на спине, ягодицах и задних поверхностях конечностей

3) на передней поверхности туловища, шеи и на лице

13. КАКОЙ ИЗ ПРИВЕДЕННЫХ ВИДОВ СМЕРТИ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ НАИБОЛЕЕ ВЫРАЖЕННЫМИ ТРУПНЫМИ ПЯТНАМИ?

1) механическая асфиксия через повешение

2) резаная рана шеи с повреждением крупных сосудов

3) хронический нефрит, осложнившийся уремией

14. В КАКОМ СЛУЧАЕ МЕНЕЕ ВСЕГО БУДУТ ВЫРАЖЕНЫ ТРУПНЫЕ ПЯТНА?

1) в случае смерти от кровоизлияния в мозг

2) при отравлении окисью углерода

3) в случае смерти от кровопотери

15. ЧЕРЕЗ СКОЛЬКО ВРЕМЕНИ ПОСЛЕ НАСТУПЛЕНИЯ СМЕРТИ ОБЫЧНО ПОЯВЛЯЮТСЯ ТРУПНЫЕ ПЯТНА?

1) через 2-3 часа

2) через 6-8 часов

3) через 10-12 часов

Задача №1.

ОБСТОЯТЕЛЬСТВА ДЕЛА: В направлении указано, что направляется труп г-на М., 56 лет, для установления причины смерти, наличия повреждений, определения тяжести вреда здоровью. Со слов родственников упал по пути на кухню и умер, медицинская помощь не оказывалась. НАРУЖНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ. Труп доставлен в рубашке серого цвета, спортивных брюках синего цвета, трусах черного цвета. Труп мужского пола. Кожные покровы бледно-серые за исключением головы, шеи и плечевого пояса, где отмечается синюшность кожных покровов. Трупные пятна сине-фиолетовые, насыщенные, расположены на задней поверхности туловища, при дозированном надавливании цвет не изменяют. Трупное окоченение хорошо выражено во всех исследуемых группах мышц. ПОВРЕЖДЕНИЯ: В левой лобной области ссадина неопределенной формы размером 4х2см с красно-коричневой поверхностью ниже уровня кожи. Каких-либо других повреждений не обнаружено. ВНУТРЕННЕЕ ИССЛЕДОВАНИЕ: Полость черепа: Кожно-мышечный лоскут головы блестящий, бледно-розового цвета с наличием бледно-вишневого кровоизлияния в левой лобной области размером 3х2см. Височные мышцы без кровоизлияний. Твердая мозговая оболочка перламутрового вида, не напряжена, блестящая. Сосуды мягкой мозговой оболочки расширены, полнокровны. Вещество головного мозга мягко-эластической консистенции. На разрезе слои определяются хорошо. Желудочки мозга не расширены, эпендима их бледная, блестящая. В плевральных и брюшной полостях жидкости и спаек нет. Листки плевры и брюшины гладкие, блестящие. В 17 просвете аорты жидкая темная кровь. Почки парные, бобовидной формы, массой 280гр. обе, эластической консистенции, на разрезе слои определяются хорошо, корковый синюшного цвета, мозговой темно-синюшного цвета. Язык на разрезе мясистого вида, без кровоизлияний. Пищевод и трахея без особенностей. Легкие мягко-эластической консистенции, на разрезе однородного серо-синюшного цвета, режутся с похрустыванием. Стенки бронхов утолщены, выстоят над поверхностью разрезов. С поверхности разреза стекает жидкая темная кровь. В полостях сердца жидкая темная кровь. Эндокард бледно-серый, блестящий. Миокард однородного красно- коричневого цвета с единичными белесыми прожилками. В просвете легочного ствола тромботические массы в виде «наездника», при расправлении напоминает жгут диаметром около 0,8см, шероховатые с поверхности, крошковатой консистенции, слоистого строения на разрезе. В просвете дистальных отделов ветвей легочной артерии жидкая темная кровь. В полости желудка содержимого нет. Поджелудочная железа мягко- эластичной консистенции, на разрезе дольчатого вида. Печень массой 1620гр., поверхность гладкая, на разрезе желто-коричневого цвета. В просвете кишечника свойственное отделам содержимое. Произведены диагностические разрезы нижних конечностей с исследованием поверхностных и глубоких вен: слева в просвете жидкая кровь, справа на уровне голени в глубокой вене обнаружено расширение просвета, шероховатость внутренней оболочки, на последней определяются плотно припаянные тромботические массы серо-вишневого цвета. Данные лабораторных исследований: при судебно-химическом исследовании в крови обнаружено 1,1%о, в моче - 1,6%о этилового спирта. При судебно-гистологическом исследовании в стенке глубокой вены и окружающих тканях умеренная лифмо-гистиоцитарная инфильтрация с единичными лейкоцитами, склеротические изменения; со стороны интимы тромботические массы.

1. Какова причина смерти?

2. Какова давность наступления смерти?

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

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

5. Страдал ли хроническими заболеваниями?

Задача №2.

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, 18 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?

Эталон № 1.

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

2. Учитывая преобладание глубины раны над ее длиной, рана имела ровные, неосадненные края, один конец М-образный, второй – острый, можно утверждать, что данное повреждение возникло от воздействия орудия, обладающего колюще-режущими свойствами с шириной клинка в следообразующей части около 1,8 см, толщиной обуха 0,1см. Указанный вывод подтверждается также данными дополнительного исследования.

3. Наличие кровоизлияний в мягких тканях в области повреждения и по ходу раневого канала дает основание утверждать, что повреждение является 43 прижизненным. Указанный вывод подтверждается обнаружением признаков массивной кровопотери. Учитывая характер повреждения и признаки массивной кровопотери, смерть наступила в короткий промежуток времени, исчисляемый десятками минут. Для решения вопроса по существу необходимо изучение материалов дела.

4. Согласно медицинским критериям (приказ №194н от 24.04.2008г п.6.1.15.), рана живота, проникающая в брюшную полость, является опасным для жизни вредом здоровью и по этому признаку квалифицируется как ТЯЖКИЙ вред, причиненный здоровью человека.

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

Эталон № 2.

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

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

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

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

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

**Тема 3** Судебно-медицинская экспертиза повреждений в результате механической асфиксии. Деонтология.  
Форма(ы) текущего контроля успеваемости: вопросы для устного опроса, тестирование, решение ситуационных задач, формулирование судебно-медицинского диагноза

Оценочные материалы текущего контроля успеваемости.  
**Вопросы для устного опроса:**  
Входной контроль, актуализация опорных знаний, умений, навыков: Вопросы (устный опрос).  
1. Понятие гипоксия и виды гипоксий**,** классификацию гипоксий.   
2. Понятие асфиксия, стадии асфиксий, признаки асфиксий,  
3. Классификация асфиксий, метод исследования асфиксий.

**Тестирование.**

1. В ОСНОВЕ МЕХАНИЧЕСКОЙ АСФИКСИИ ЛЕЖИТ ГИПОКСИЯ:

1.респираторная

2.циркуляторная

3.гемическая

4.тканевая

2 КРОВОИЗЛИЯНИЯ В МЕЖПОЗВОНКОВЫЕ ДИСКИ ПРИ ПОВЕШЕНИИ ОБНАРУЖИВАЮТСЯ В ОТДЕЛЕ ПОЗВОНОЧНИКА:

1.в поясничном отделе.

2.в грудном отделе

3.в шейном отделе

3 КОЖУ ИЗ ОБЛАСТИ СТРАНГУЛЯЦИОННОЙ БОРОЗДЫ НАПРАВЛЯЮТ НА ИССЛЕДОВАНИЕ:

1.гистологическое

2.биохимическое

3.химическое

4.бактериологическое

4 ОТПЕЧАТКИ РЕБЕР НА ЛЕГКИХ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ

1.удавление руками

2.повешения

3.утопления

5 ДИАГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ПРИ УТОПЛЕНИИ ИМЕЕТ ОБНАРУЖЕНИЕ ПЛАНКТОНА В ОРГАНАХ И ТКАНЯХ, КРОМЕ:

1.крови

2.легких

3.печени

4.сердце

5.селезенки

6 В СЛУЧАЯХ ПОВЕШЕНИЯ ВРАЧ-СПЕЦИАЛИСТ В ОБЛАСТИ СУДЕБНОЙ МЕДИЦИНЫ ДОЛЖЕН ОТМЕТИТЬ:

1.положения тела

2.расстояние от подошв до опоры

3.расстояние от места прикрепления свободного конца петли до ее узла на шее

4.наличие и расположение подставки относительно ног

7 СТРАНГУЛЯЦИОННУЮ БОРОЗДУ СЛЕДУЕТ ДИФФЕРЕНЦИРОВАТЬ ОТ

1.естественных складок кожи

2.проявлений гнилостной трансформации трупа

3.участков опрелости на коже шеи

8 СТЕПЕНЬ ВЫРАЖЕННОСТИ СТРАНГУЛЯЦИОННОЙ БОРОЗДЫ ЗАВИСИТ ОТ

1.материала петли

2.длительности сдавления шеи

3.вида странгуляционной асфиксии

4.положения тела

9 ОБРАЗОВАНИЕ ПЯТЕН ТАРДЬЕ

1.резкими колебаниями артериального давления

2.повышением проницаемости сосудистой стенки

3.жидким состоянием крови

10 ПРИЗНАКАМИ ПРИЖИЗНЕННОГО СДАВЛЕНИЯ ШЕИ ЯВЛЯЮТСЯ:

1.анизокория

2.жировая эмболия легких

3.заброс эритроцитов в регионарные лимфоузлы

4.наличие кровоизлияний в местах прикрепления грудино-ключично-сосцевидных мышц

11 ПРИ ПОДОЗРЕНИИ НА УТОПЛЕНИЕ НА ДИАТОМОВЫЙ АНАЛИЗ ЦЕЛЕСООБРАЗНО НАПРАВЛЯТЬ:

1.печень

2.почку

3.костный мозг

4.легкое

5.сердце

12 ПОТЕРЯ СОЗНАНИЯ В ПРОЦЕССЕ МЕХАНИЧЕСКОЙ АСФИКСИИ НАСТУПАЕТ:

1.к концу 1—2 минуты

2.к концу 3 минуты

3.к концу 4 минуты

4.к концу 5 минуты

5.к концу 6 минуты

6.к концу 7 минуты

13 В КАКОЙ ЧАСТИ ТЕЛА РАСПОЛОГАЕТСЯ СТРАНГУЛЯЦИОННАЯ БОРОЗДА ПРИ ПОВЕШЕНИИ:

1.выше щитовидного хряща

2.ниже щитовидного хряща

3.на уровне щитовидного хряща

14  КАКОВО КРОВЕНАПОЛНЕНИЕ ПОЛОСТЕЙ СЕРДЦА ПРИ АСФИКСИИ

1.переполнены оба желудочка

2.переполнена правая половина сердца

3.переполнена левая половина сердца

4.не переполнены

15 КАКОГО ХАРАКТЕРА КРОВОИЗЛИЯНИЯ ОБЫЧНО ВСТРЕЧАЮТСЯ ПРИ СТРАНГУЛЯЦИОННОЙ МЕХАНИЧЕСКОЙ АСФИКСИИ ПОД ВИСЦЕРАЛЬНОЙ ПЛЕВРОЙ

1.точечные, темно-красные

2.в виде полосок, бледные

3.крупно-пятнистые

16 В КАКОМ СЛУЧАЕ ПРИМЕНИМ ТЕРМИН СМЕРТЬ В ВОДЕ

1.не справился с течением и утонул

2.отслойка плаценты

3.обвитие шеи пуповиной

4.инфекционные заболевания матери

17 ТАНАТОГЕНЕЗ АСФИКСИИ СОПРОВОЖДАЕТСЯ

1.снижением концентрации кислорода в тканях

2.скоплением углекислоты в тканях

3.развитием тканевого ацидоза

4.развитием тканевогоалколоза

18 ОСОБЕННОСТИ СТРАНГУЛЯЦИОННОЙ БОРОЗДЫ ПРИ ПОВЕШЕНИИ В ПЕТЛЕ:

1.горизонтальное направление

2.косовосходящее направление

3.замкнутость, равномерная глубина

4.незамкнутость, неравномерная глубина

19 ОСОБЕННОСТИ СТРАНГУЛЯЦИОННОЙ БОРОЗДЫ ПРИ УДАВЛЕНИИ ПЕТЛЕЙ:

1.горизонтальное направление

2.косовосходящее направление

3.замкнутость, равномерная глубина

4.буро-коричневый цвет

20 ПОЛОЖИТЕЛЬНЫЙ РЕЗУЛЬТАТ ПРОБЫ БОКАРИУСА СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ

1.о прижизненностистрангуляционной борозды

2.о посмертном происхождении странгуляционной борозды

3.доказательного значения не имеет

Задача №1.

Ответить на поставленные вопросы:

1.От чего наступила смерть гр. Шпаковской Н.И.?

2.Прижизненно или посмертно наложена петля на шею Шпаковской Н.И.?

3.Как быстро наступила смерть Шпаковской Н.И.?

4.Как распологалась петля на шее Шпаковской Н.И.?

5.Имеются ли другие повреждения /кроме асфиктическогохарактера/ и чем\_\_ они нанесены?

6.Какими заболеваниями болела Шпаковская Н.И.?

7.Была ли Шпаковская беременная, каков срок беременности?

Результат **с**удебно-медицинского исследования трупа

Исследование произведено 4 апреля 2014г. в морге Оренбургского областного бюро судебно-медицинской экспертизы.

ИССЛЕДОВАНИЯ ОДЕЖДЫ:

Труп доставлен завернутым в белую хлопчатобумажную простыню. Труп одет: 1) фланелевый халат; 2)голубая шелковая трикотажная сорочка; 3) синий сатиновый бюстгальтер, к бретельке которого привязаны часы марки «Звезда» (стрелки указывают 1ч 28 мин, часы стоят); 4) белый пояс с резинками.

НАРУЖНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ:

Труп женщины правильного телосложения, удовлетворительного питания. Длина тела 158 см, вес 54 кг. На задней поверхности тела и в верхнем отделе передней поверхности грудной клетки багрово-фиолетовые трупные пятна, бледнеющие при надавливании. На фоне трупных пятен множественные мелкоточечные кровоизлияния.

Трупное окоченение хорошо выражено во всех обычно исследуемых группах мышц. Волосы на голове темно-русые, длиной 16 см. Лицо синюшное. Глаза закрыты, роговицы тусклые, зрачки округлые, диаметром 0,4 см, соединительные оболочки бледно синюшные. Рот закрыт, переходная кайма губ синюшна., слизистая оболочка преддверия рта розовато синюшна. Зубы целы. Язык за линией зубов. На 3,6 см выше верхнего края левой скуловой дуги на волосистой части височной области продолговатая красновато бурая мягкая ссадина 0,6х0,2 см, расположенная ниже уровня окружающей кожи. В отверстиях носа желтоватая жидкость, подсохший потек, который распространяется от левой ноздри к левой ушной раковине. Полость рта и наружные слуховые проходы свободны. На шее /спереди на расстоянии 138 см от подошв/ двойная незамкнутая восходящая странгуляционная борозда. Спереди борозда одиночная, расположена на уровне подъязычной кости, на боковых поверхностях шеи поднимается вверх. Справа на уровне мочки уха борозда раздваивается под углом около 300, нижняя ее ветвь расположена почти горизонтально, верхняя – поднимается косо вверх и кзади, проходит на 3,5 см ниже угла нижней челюсти и на 3,5 см ниже сосцевидного отростка и теряется в волосистой части головы. Слева борозда раздваивается на 1 см влево от средней линии нижняя ветвь идет почти горизонтально, переходит на заднюю поверхность шеи, где соединяется с нижней ветвью правой боковой поверхности шеи, располагается на 5 см выше остистого отростка УП шейного позвонка, образуя замкнутую борозду. Верхняя ветвь слева поднимается косо вверх и кзади, на 2,5 см ниже угла нижней челюсти, проходит на уровне сосцевидного отростка, где теряется в волосистой части головы. Расстояние между ветвями борозды на уровне сосцевидного отростка слева 4 см. Слева борозда прерывается на участке 1,5 см. Дно верхней ветви борозды плотное, буровато-коричневое, нижняя ветвь - мягкая, сероватого цвета. Ширина борозды по средней линии до 0,7 см, ширина верхней ветви на уровне угла нижней челюсти справа до 1,5 см, слева – до 0,9 см, ширина нижней ветви – до 0,5 см, сзади – 0,3 см. Глубина верхней ветви борозды спереди и на уровне углов нижней челюсти до 0,2 см. В остальных отделах дно борозды расположено почти на уровне окружающей кожи. Длина нижней ветви борозды 36 см, длина верхней ветви – 27 см, окружность шеи по ходу верхней ветви – 48 см. Контуры борозды неровные, верхний валик выражен хорошо, нижний – слабо. В верхнем валике на передне-боковых поверхностях шеи множественные красные мелкоточечные кровоизлияния. Справа в верхнем и нижнем валиках борозды на участке 6,5х5,5 см около 10 неправильной формы красно буроватых плотных ссадин от точечных до 0,9х1,1 см, расположенных ниже уровня кожи; слева – около 15 ссадин такого же характера размерами до 1,3х0,3 см на участке 5,5х4,5 см. Грудная клетка Цилиндрической формы. Грудные железы дрябловаты, соски и околососковые кружки слабо пигментированы, при надавливании из сосков выделяется белого цвета жидкость. Живот на уровне грудной клетки. В правой повздошной области линейный рубец длиной 8 см, не спаянный с подлежащими тканями. На наружной поверхности левого плеча в нижней трети точечная рана, покрытая красно бурой корочкой (след медицинского укола). На наружной поверхности правого плеча, правого бедра и правой голени в средней трети кровоподтеки неправильной формы диаметром до 1,2 см, на разрезе в подкожной клетчатке темно красные кровоизлияния. Лопатки, кости лица и конечностей на ощупь целы.

ВНУТРЕННИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ:

Толщина подкожной жировой клетчатки передней поверхности грудной клетки – 0,5 см., а на животе – 1,5 см. Грудные железы на разрезе серовато розовые, с поверхности разреза выделяются капли крови и беловатой жидкости. Мышцы груди и живота красные, влажные. Высота стояния диафрагмы справа на уровне 4-ого, слева – на уровне 5-го ребра. Печень не выступает из-под края реберной дуги. Большой сальник содержит мало жира. Толстый кишечник умеренно вздут. Серозная оболочка нижних отделов толстого кишечника буроватого цвета; сосуды брыжейки тонкого кишечника резко полнокровны. Мочевой пузырь выступает над лоном на 2 см. Брюшина гладкая, блестящая, в полости её посторонней жидкости не содержится. Плевральные полости свободны. Передние края легких заострены, на прикрывают область сердца. Грудина перепилена на уровне 2-го ребра и нижняя часть ее удалена. В полость сердечной сумки налита вода.

Под водой сделаны проколы правой и левой половины сердца, пузырьков воздуха не обнаружено. Внутренняя поверхность сердечной сорочки гладкая, блестящая. Сердце 11х9х6 см, вес 255 гр. Наружная оболочка сердца тонкая, гладкая, под ней на задней поверхности сердца мелкоточечные темно красные кровоизлияния. В правой половине сердца 120 мл жидкой темно-красной крови. Клапаны сердца и крупных сосудов тонкие, эластичные. Сухожильные нити, трабекулярные и сосочковые мышцы не изменены. Внутренняя оболочка их гладкая. Толщина мышцы левого желудочка 1,1см, правого – 0,3 см. Мышца сердца плотная, на разрезе темно красная. Ширина аорты 3,5 см, края её на поперечном разрезе расходятся на 3,5 см. В просвете нижней полой вены жидкая темная кровь, внутренняя оболочка её гладкая. Лимфатические узлы заднего средостения мягкие, на разрезе серовато-черные. Вход в гортань свободен. Подъязычная кость и хрящи гортани целы. В мягких тканях вокруг левого рожка подъязычной кости темно-красное кровоизлияние 1х0,2х0,2 см. Щитовидная железа дольчатая, на разрезе мелкозернистая, темно-красная. Слизистая оболочка трахеи и крупных бронхов розово синюшна, в просвете крупных бронхов небольшое количество серовато-розовой слизи. Под легочной плеврой имеются мелкоточечные темно-красные кровоизлияния. В левом легком имеются плотные междолевые спайки. Легкие тестоватой консистенции на разрезе серовато-красные, с поверхности разреза стекает в умеренном количестве темная кровь, в верхних отделах при надавливании – пенистая розоватая жидкость. Надпочечники листовидной формы, на разрезе с хорошо выраженными корковым и мозговым слоями. Почки 11х5х4 см. Капсула снимается легко, поверхность почек гладкая. На разрезе ткань почек темно красная, сосуды на границе коркового слоя 0,6 см. Слизистая оболочка лоханок и мочеточников бледно синюшная. Мочевой пузырь пуст, слизистая оболочка его бледно-сероскладчатая. Яичники овальной формы. В правом яичнике округлая полость диаметром 2 см, заполненная прозрачной жидкостью, окруженная тонкой капсулой. На разрезе правого яичника имеется желтое тело размерами 2,5х1,7х1,7 см. Матка 10,5х7х4 см., наружный зев щелевидной формы, на шейке матки по краям зева, больше в заднем отделе, имеется поверхностный розовато синюшный дефект слизистой оболочки 1,5х0,6 см с неровными контурами. В полости матки рыхлая, розовато синюшная ткань, легко отделяемая от стенки матки, в центре которой имеется плодное яйцо, содержащее плод длиной 2 см. Слизистая оболочка матки синюшно розовая, бугристая, набухшая. Стенка матки дряблая, толщиной до 1,2 см, на разрезе беловато синюшного цвета, *сосуды её резко наполнены кровью.* Печень 22х18х12х8 см, капсула её гладкая. Ткань на разрезе красновато-коричневая, рисунок ткани не выражен, с поверхности разреза стекает темная жидкая кровь. Поджелудочная железа на разрезе розовато синюшная, дольчатая. Селезенка 12х7х4см, капсула её морщинистая. На разрезе ткань селезенки темно-вишневая, без соскоба. Миндалины рыхлые с гнойными пробочками на разрезе. Пищевод пуст, слизистая оболочка его синюшна. В желудке до 400мл серовато-желтых кашицеобразных пищевых масс с различными кусочками мяса, огурцов, яблок. Слизистая оболочка желудка серо-розовая. Складчатость несколько сглажена. Желчные протоки проходимы. В желчном пузыре до 15 мл жидкой темно оливковой желчи, слизистая оболочка его бархатиста. В тонком и толстом кишечнике свойственное их отделам содержимое, слизистая оболочка кишечника синюшно серая, сосуды её резко полнокровны; в нижних отделах слизистая оболочка тонкого кишечника буроватая. На внутренней поверхности кожно-мышечного лоскута головы и теменно-затылочной области два овальных кровоизлияния 2х1,5см и 1х1 см, толщиной до 0,2 см, расположенные на расстоянии 3 см друг от друга. В левой височной мышце темно-красное кровоизлияние 3,5х2,3х0,3см. Твердая мозговая оболочка не напряжена, сосуды её умеренно полнокровны. Мягкая мозговая оболочка тонкая, прозрачная. Сосуды основания мозга эластичные, внутренняя оболочка их гладкая. Борозды и извилины хорошо выражены. В желудочках мозга небольшое количество бесцветной прозрачной жидкости. Вещество мозга на разрезе влажное, блестящее, сосуды вещества мозга умеренно полнокровны. Кости свода и основания черепа, позвоночник, грудина, ребра, ключицы и кости таза целы. Внутренняя оболочка сонных артерий гладкая. Кровоизлияний в мышцах шеи на разрезе не обнаружено. От полостей и органов постороннего запаха не ощущается. Для гистологического исследования из трупа изъяты кусочки кожи шеи с участком странгуляционной борозды, легких, печени, почки, головного мозга. Для судебно-химического исследования взято 200мл крови.

Задача №2.

Ответить на поставленные вопросы:

1.Какова причина смерти Пахтина А.В.?

2.Имеются ли признаки прижизненного попадания Пахтина А.В. в опилки или он был засыпан опилками уже мертвым?

3.Как быстро наступила смерть Пахтина А.В?

4.Имеются ли другие (помимо асфиктического характера )повреждения и чем они нанесены?

5.Какими заболеваниями страдал Пахтин А.В.?

Результаты судебно–медицинской экспертизы трупа

Пахтина А.В,5 лет.

Исследование трупа Пахтина А.В, произведено 25.09.2008 г. с 9.00 до 13.00 в морге Оренбургского областного бюро судебно-медицинской экспертизы .

Исследование одежды :

С трупа снята и исследована следующая одежда:1.Вязанная темно-синяя май-ка.2.Трикотажные красные шаровары.3.Черные резиновые детские ботинки. Вся одежда обильно испачкана древесными опилками.

Наружное исследование:

Труп ребенка мужского пола, правильного телосложения, удовлетворительного питания .Длина тела 1 метр, вес -17 кг. Кожные покровы бледные. На лице .в углах глаз, ушных раковин, на шее и передней поверхности грудной клетки имеются мелкие древесные опилки. На задней поверхности тела хорошо выраженные разлитые багрово-синюшные пятна.при надавливании не бледнеют. Трупное окоченение отчетливо выражено во всех обычно исследуемых группах мыщц. Волосы на голове светло-русые. длиной 7 см. Глаза закрыты. роговицы мутные, зрачки округлые, диаметром 0.3 см, соединительные оболочки век бледные с единичными мелкоточечными темно-красными кровоизлияниями .Рот полуоткрыт, переходная кайма губ синюшная ,зубы целы, кончик языка на линии зубов. В полости носа ,рта и в наружных слуховых проходах –небольшое количество древесных опилок. Шея развита пропорционально туловищу.грудная клетка цилиндрической формы. Живот на уровне грудной клетки. Наружные половые органы развиты соответственно возрасту ,из наружного отверстия мочеиспускательного канала при надавливании выделяется прозрачная жид-кость. Область промежности и заднего прохода испачкана каловыми массами. Лопатки .кости лица ,верхних и нижних конечностей на ощупь целы. Произведены разрезы кожи и мыщц спины ,повреждений в мягких тканях не обнаружено.

Внутреннее исследование:

Толщина подкожно-жирового слоя на груди 0,5 см, на животе – до 1 см. Мышцы шеи ,груди и живота красные. влажные .Гортань и верхний отдел трахеи вскрыта на месте –просвет их полностью заполнен древесными опилками. Внутренние органы расположены правильно. Высота стояния диафрагмы справа- на уровне IV ребра. слева- на уровне IV межреберья. Печень не выступает из-под края реберной дуги. Большой сальник содержит незначительное количество жира. Петли кишечника умеренно вздуты. Мочевой пузырь на уровне лона. Брюшина гладкая. блестящая ,в полости ее посторонней жидкости не содержится. Плевральные полости свободны. В полости сердечной сорочки около 3 мл желтоватой прозрачной жидкости, внутренняя поверхность ее гладкая. Сердце 7\*5\*3см ,вес 100 гр. Наружная оболочка сердца гладкая ,под ней на передней поверхности мелкоточечные кровоизлияния .В правой половине сердца около 15 мл,в левой около 3 мл жидкой крови. Клапаны сердца и крупных сосудов тонкие.эластичные, сосочковые и трабекулярные мышцы не изменены. Внутренняя оболочка сердца гладкая. Толщина мышцы левого желудочка 0,8 см,правого-0.3 см; мышца сердца плотная ,на разрезе красная. Стенки венечных артерий тонкие, внутренняя оболочка их гладкая. Ширина аорты 3 см,края ее на по-перечном разрезе расходятся на 4 см; внутренняя оболочка аорты желтоватая ,гладкая .подъязычная кость и хрящи гортани целы. Щитовидная железа дольчатая ,на разрезе коричневато-красная, зернистая. Просветы трахеи, крупных и средних бронхов полностью заполнены древесными опилками ;слизистая оболочка трахеи и бронхов бледно-синюшная. Легочная плевра гладкая, под ней множественные мелкоточечные кровоизлияния ткань легких пушистая ,на разрезе темно-красная ,с поверхности разреза стекает значительное количество жидкой крови.; просветы мелких бронхов свободны. Надпочечники листовидной формы, корковое вещество желтое, мозговое - коричневое Почки 6,5\*3\*1,5 см ,капсула снимается легко ,поверхность почек гладкая ,ткань на разрезе темно-красная с четким рисунком; толщина слоя 0,4 см. Слизистая оболочка лоханок ,мочеточников ,мочевого пузыря бледно-синюшная. В мочевом пузыре около 100 мл прозрачной желтоватой мочи. Предстательная железа эластичная ,на разрезе белесоватая .Печень 19\*16\*10\*4 см ,капсула ее гладкая ,ткань на разрезе коричневая ,рисунок ткани не выражен ,из перерезанных сосудов стекает значительное количество жидкой крови . В желчном пузыре около 10 мл ко-ричневой желчи, слизистая оболочка его зеленоватая ,бархатистая ;желчные протоки проходимы Поджелудочная железа мягкая , на разрезе сероватая, дольчатая .Селезенка 9\*6\*2см ,капсула ее морщинистая ,ткань на разрезе темно-красная ,без соскоба. Сосочки языка выражены отчетливо .Миндалины овальные ,на разрезе розовые. В верхнем отделе пищевода незначительное количество древесных опилок, слизистая оболочка пищевода бледная ,с синюшном оттенком ,продольно складчатая .В желудке около 100 мл сероватого цвета пищевой кашицы, слизистая оболочка желудка серовато-розовая. В кишечнике соответствующее его отделам содержимое, слизистая оболочка кишечника –бледно –розовая Внутренняя поверхность кожно-мышечного лоскута головы розовая. Височные мышцы на разрезе красные. Твердая мозговая оболочка умеренно напряжена . Мягкая мозговая оболочка тонкая, прозрачная .сосуды ее полнокровны .Артерии основания мозга спавшиеся ,внутренняя оболочка их гладкая Вещество мозга на разрезе влажное, ,блестящее .с хорошо выраженной границей между белым и серым веществом .В желудочках мозга незначительное количество прозрачной жидкости. Под пристеночной брюшиной, соответственнно поясничной области, от XII ребра до подвздошной ямки слева ,темно красное кровоизлияние 9\*5\*0,3 см . Кости свода и основания черепа , ключицы ,грудина ребра, позвоночник и кости таза целы. От органов и полостей постороннего запаха не ощущается . Для гистологического исследования изъяты кусочки головного мозга ,легких ,сердца.

Судебно-медицинский эксперт /Вежновец К.И./

Эталон №1.

На основании данных судебно-медицинской экспертизы трупа, результатов судебно-химического и гистологического исследования, принимая во внимание вопросы, поставленные перед экспертом, прихожу к следующим выводам:

1. От чего наступила смерть гр. Шпаковской Н.И.? Смерть Шпаковской Н.И. наступила в результате механической асфиксии, развившейся вследствие сдавления шеи петлей при повешении.

2. Прижизненно или посмертно наложена петля на шею Шпаковской Н.И.? При судебно-медицинском исследовании трупа обнаружены прижезненнаякосовосходящая борозда в верхней трети шеи, жидкое состояние крови, полнокровие внутренних органов, точеченые кровоизлияния под легочной плеврой (пятна Тардье), мелкоточечные темно красные кровоизлияния на задней поверхности сердца

3. Как быстро наступила смерть Шпаковской Н.И.? Смерть Шпаковской Н.И. наступила примерно в тчение 5 минут, согласно асфиктическим процессам:

4. Как распологалась петля на шее Шпаковской Н.И.? На шее спереди на расстоянии 138 см от подошв/ двойная незамкнутая восходящая странгуляционная борозда. Спереди борозда одиночная, расположена на уровне подъязычной кости, на боковых поверхностях шеи поднимается вверх. Справа на уровне мочки уха борозда раздваивается под углом около 300, нижняя ее ветвь расположена почти горизонтально, верхняя – поднимается косо вверх и кзади, проходит на 3,5 см ниже угла нижней челюсти и на 3,5 см ниже сосцевидного отростка и теряется в волосистой части головы. Слева борозда раздваивается на 1 см влево от средней линии нижняя ветвь идет почти горизонтально, переходит на заднюю поверхность шеи, где соединяется с нижней ветвью правой боковой поверхности шеи, располагается на 5 см выше остистого отростка УП шейного позвонка, образуя замкнутую борозду. Верхняя ветвь слева поднимается косо вверх и кзади, на 2,5 см ниже угла нижней челюсти, проходит на уровне сосцевидного отростка, где теряется в волосистой части головы. Расстояние между ветвями борозды на уровне сосцевидного отростка слева 4 см. Слева борозда прерывается на участке 1,5 см.

5. Имеются ли другие повреждения /кроме асфиктическогохарактера и чем\_\_ они нанесены? Имеются кровоподтеки передней поверхности грудной клетки, Наружной поверхности правого плеча, правого бедра и правой голени; ссадиной левой височной области. Данные повреждения возникли от действия твердого тупого предмета.

6. . Какими заболеваниями болела Шпаковская Н.И.? Согласно внутреннему и наружному исследованию трупа Шпаковская Н.И. перенесла резекцию аппендикса, страдала хроническим тонзиллитом.

7. Была ли Шпаковская беременная, каков срок беременности? Шпаковская Н.И. была беременной, срок составлял 5-6 недель на основании: в полости матки рыхлая, розовато синюшная ткань, легко отделяемая от стенки матки, в центре которой имеется плодное яйцо, содержащее плод длиной 2 см. Слизистая оболочка матки синюшно розовая, бугристая, набухшая. Стенка матки дряблая, толщиной до 1,2 см, на разрезе беловато синюшного цвета, сосуды её резко наполнены кровью

Эталон №2.

Диагноз: Обтурационная асфиксия.

1. Какова причина смерти Пахтина А.В.? Смерть Пахтина А.В. насильственная и наступила от механической асфиксии, развившейся вследствие закрытия дыхательных путей опилками.

2. Имеются ли признаки прижизненного попадания Пахтина А.В. в опилки или он был засыпан опилками уже мертвым? Имеются признаки прижизненного попадания Пахтина А.В. в опилки: в полости носа ,рта и в наружных слуховых проходах обнаружено небольшое количество древесных опилок, гортань и верхний отдел трахеи полностью заполнен древесными опилками, жидкое состояние крови, полнокровие внутренних органов, точечные кровоизлияния под легочной плеврой (пятна Тардье), мелкоточечные кровоизлияния наружжной поверхности сердца.

3. Как быстро наступила смерть Пахтина А.В? Смерть Пахтинанастпила примерно в течение 5 минут

4. Имеются ли другие (помимо асфиктического характера )повреждения и чем они нанесены? Повреждения на трупе Пахтина не обнаружены.

5. Какими заболеваниями страдал Пахтин А.В.? Согласно внутреннему исследованию заболеваний у Пахтина А.В., 5 лет выявлено не было.

Основная часть учебного занятия.

Гипоксия - типовой патологический процесс, развивающийся в результате недостаточности биологического окисления, приводящий к нарушению энергетического обеспечения функций и пластических процессов в организме.

Такая трактовка термина «гипоксия» означает абсолютную или относительную недостаточность уровня реального энергообеспечения по сравнению с уровнем функциональной активности и интенсивности пластических процессов в органе, ткани, организме. Это состояние приводит к нарушению жизнедеятельности организма в целом, расстройствам функций органов и тканей. Морфологические изменения в них имеют различный масштаб и степень, вплоть до гибели клеток и неклеточных структур.

Гипоксия в любом варианте нередко сочетается с гипоксемией.

Гипоксемия– уменьшение по сравнению с должным уровнем напряжения и содержания кислорода в крови.

Асфиксией в судебной медицине принято называть нарушение внешнего дыхания под влиянием механического фактора, сопровождающееся затруднением или полным прекращением поступления в организм кислорода, накоплением углекислоты. В прижизненном течении асфиксии различают два периода с характерными для каждого из них патофизиологическими нарушениями и их основными клиническими проявлениями. 1 период предасфиктический, продолжительностью около 1 минуты, при котором вследствие острого дефицита кислорода и накопления углекислоты рефлекторно возникают активные дыхательные движения и если возникающее в этот период препятствие не устраняется, развивается состояние асфиксии и наоборот, если препятствие устраняется, асфиксия не развивается. 2. период асфиктический, продолжительностью около 5-6 минут. В течении его различают 5 стадий или фаз:

а) стадия инспираторной одышки. В эту стадию организм стремиться компенсировать недостаток кислорода вдыхательными движениями, которые обусловлены накоплением углекислоты и рефлекторным действием ее на ЦНС. Грудная клетка при этом расширяется и повышается отрицательное давление в плевральных полостях, что ведет к застою крови в легких, правой половине сердца и соответственно в венозной системе. Это в свою очередь вызывает резкое повышение давления внутри капилляров в малом круге кровообращения. Клинические проявления в этой стадии: цианоз лица, расширение зрачков, беспорядочные мышечные движения, мышечная слабость и потеря сознания в конце фазы. При медленно развивающейся асфиксии потере сознания предшествуют расстройства слуха, зрения, утрата болевой чувствительности. б) стадия экспираторной одышки характеризуется усиленными выдыхательными движениями. Грудная клетка при этом уменьшается в объеме, давление в плевральных полостях повышается, что способствует переходу крови из малого в большой круг кровообращения. Запредельно охранительное торможение головного мозга распространяется на глубжележащие отделы его, что приводит к полной прострации. Клинически: наблюдаются судороги вплоть до опистотонуса, расслабление гладкой мускулатуры сфинктеров с непроизвольным отхождением кала, мочи и спермы. в) стадия кратковременной остановки дыхания. Под влиянием высокой концентрации углекислоты падает возбудимость дыхательного центра. Объективно: дыхание отсутствует, мышцы расслаблены. г) стадия терминальных дыхательных движений. В связи с резким перевозбуждением спинного мозга появляются беспорядочные дыхательные движения, которые постепенно угасают и прекращаются. Артериальное давление в эту фазу приобретает хаотический характер и к концу стадии снижается до минимума. д) стадия собственно асфиксии характеризуется остановкой дыхания вследствие истощения ЦНС, слабыми частыми сокращениями сердца, раздражение центра блуждающих нервов, снижение артериального давления и наступлением смерти. Следует отметить, что единичные сердечные сокращения могут наблюдаться после стойкой остановки дыхания в течение 5-30 минут. Постасфиктические состояния протекают в несколько последовательных стадий, соответствующих восстановлению деятельности ЦНС: а) ареспираторно-коматозная стадия – проявляется отсутствием дыхания, потерей сознания, отсутствием рефлексов, расслаблением мускулатуры; б) стадия децеребральной ригидности – судорожные сокращения тонического характера, развивается после восстановления дыхания; в)помутнение сознания характеризуется разнообразными вегетативными расстройствами: двигательное беспокойство, тремор;

г) амнестическая стадия проявляется ретроградной амнезией при сохранившемся полном сознании; д) аффективные расстройства выражаются острыми психическими расстройствами, неадекватной реакцией на различные раздражители внешней среды. При исследовании трупов лиц, погибших от различных видов механической асфиксии, практически всегда удается обнаружить ряд морфологических изменений, связанных с течением асфиксического процесса и получивших название общих асфиксических признаков. Они подразделяются на наружные и внутренние.

К наружным признакам асфиксии относят:

1. Цианоз лица и шеи как результат выраженного застоя крови в системе верхней полой вены.

2. Обильные, разлитые темно-фиолетовые трупные пятна. Обилие и цвет трупных пятен объясняют жидким состоянием крови и ее гипервенозным характером.

3. Расширение зрачков. Иногда наблюдается анизокория, признак, указывающий на механизм и прижизненность асфиксии.

4. Экхимозы в соединительно-тканной оболочке век могут быть множественными и единичными (слизистой рта, глотки - признак Бруарделя).

Этот признак свидетельствует о резком повышении внутрикапиллярного давления и увеличении проницаемости сосудистой стенки в связи с выдыхательным спазмом грудной клетки в судорожный период.

5. Непроизвольное мочеиспускание, дефекация и извержение семени. Признак, обусловленный сокращением гладкой мускулатуры в судорожный период и ее последующим расслаблением. При вскрытии трупов женщин, умерших от механической асфиксии можно обнаружить слизистый тяж, свисающий из маточного зева в полость влагалища и появляющийся в результате выталкивания слизистой пробки цервикального канала при сокращении гладкой мускулатуры.

К общеасфиксическим признакам, выявляемым при внутреннем исследовании трупа, относят:

1. Жидкая темно-красная кровь. Темный цвет крови объясняется посмертным поглощением кислорода крови переживающими тканями.

2. Переполнение кровью правой половины сердца и полых вен, что связано с затруднением кровообращения в малом круге.

3. Венозное полнокровие внутренних органов объясняется застоем крови в правой половине сердца и легких, а также спазмом мелких артерий. (встречается в 97% случаев).

4. Малокровие селезенки (признак Сабинского) признак характерный, но редкий (15%).

5 Пятна Тардье - подплевральные и подэпикардиальные кровоизлияния. Величина их от мелкоточечных до 3-х мм в диаметре. Цвет темно-красный с синюшным оттенком. Локализуются преимущественно на диафрагмальной и междолевых поверхностях легких под висцеральной плеврой, на сердце подэпикардиально на задней его поверхности. Образование их происходит в результате резкого повышения отрицательного давления в плевральных полостях и нарастающей гипоксии, что приводит к повышению внутрикапиллярного давления и проницаемости сосудистой стенки, в стадиях инспираторной одышки и терминальных дыхательных движений.

Перечисленные признаки не являются специфическими и постоянными. Более того, они встречаются и в других случаях быстро наступившей смерти, особенно при явлениях первичной остановки дыхания. Общеасфиксические признаки могут иметь диагностическое значение лишь в сочетании с видовыми, характеризующими конкретный вид асфиксии, с приоритетом последних.

В зависимости от механизма возникновения различают четыре вида механической асфиксии.

1.Асфиксия от сдавления

- странгуляционная - повешение, удавление петлей, удавление руками.

- компрессионная - сдавление груди и живота.

2.Асфиксия от закрытия дыхательных отверстий и путей

- обтурационная - закрытие отверстий рта и носа, закрытие дыхательных путей инородными телами, утопление

- аспирационная - закрытие дыхательных путей пищевыми и рвотными массами, кровью.

**Тема 4** Судебно-медицинская экспертиза живых лиц.  
Форма(ы) текущего контроля успеваемости: вопросы для устного опроса, тестирование, решение ситуационных задач, формулирование судебно-медицинского диагноза.

Оценочные материалы текущего контроля успеваемости.  
**Вопросы для устного опроса:**  
Входной контроль, актуализация опорных знаний, умений, навыков:   
Вопросы (устный опрос).  
1.Определение понятия вред здоровья  
2.Оценка тяжести вреда здоровья  
3.Порядок проведения судебно-медицинской экспертизы тяжести вреда здоровью  
4. Квалифицирующие признаки вреда.  
**Тестирование.**  
1. УГОЛОВНАЯ ОТВЕТСТВЕННОСТЬ ЗА ПРИЧИНЕНИЕ ВРЕДА ЗДОРОВЬЮ ПРЕДУСМОТРЕНА  
1) Уголовно-процессуальным Кодексом  
2) Уголовным Кодексом  
3) Гражданским Кодексом  
4) Гражданско-процессуальным Кодексом  
5) Семейным Кодексом.

2. КВАЛИФИЦИРУЮЩИМИ ПРИЗНАКАМИ ТЯЖЕСТИ ВРЕДА, ПРИЧИНЕННОГО ЗДОРОВЬЮ ЧЕЛОВЕКА, В ЧАСТНОСТИ, ЯВЛЯЮТСЯ

1) Длительность расстройства здоровья не менее 3-х недель

2) утрата мизинца правой стопы

3) вред, опасный для жизни человека

3. ДЛЯ УСТАНОВЛЕНИЯ ТЯЖЕСТИ ВРЕДА ЗДОРОВЬЮ ДОСТАТОЧНО КВАЛИФИЦИРУЮЩИХ ПРИЗНАКОВ

1) одного

2) двух

3) трех и более

4. РАСЦЕНИВАЮТСЯ ЛИ КАК ВРЕД ЗДОРОВЬЮ КРОВОПОДТЕКИ, ССАДИНЫ, ПОВЕРХНОСТНЫЕ РАНЫ

1) расцениваются как не причинившие вред здоровью человеку

2) не расцениваются

3) расцениваются по указанию следователя

4) не расцениваются в некоторых случаях

5) при наличии соответствующего вопроса в постановлении

5. ЗАКРЫТЫЙ ВНУТРИСУСТАВНОЙ ПЕРЕЛОМ ПРОКСИМАЛЬНОГО ОТДЕЛА БЕДРЕННОЙ КОСТИ (ПЕРЕЛОМ ГОЛОВКИ ИЛИ ШЕЙКИ БЕДРА)

1) тяжкий вред, причиненный здоровью человека

2) средняя тяжесть вреда, причиненного здоровью человека

3) легкий вред, причиненный здоровью человека

4) расцениваются как повреждения, не причинившие вред здоровью человека

6. УСТАНАВЛИВАЕТСЯ ЛИ ТЯЖЕСТЬ ВРЕДА ЗДОРОВЬЮ В СЛУЧАЯХ СМЕРТИ ПОСТРАДАВШЕГО

1) не устанавливается

2) в некоторых случаях

3) по требованию адвоката

4) по просьбе родственников

5) устанавливается при наличии повреждений

7. ОБЯЗАНЫ ЛИ РУКОВОДИТЕЛИ ЛЕЧ. ПРОФ. УЧРЕЖДЕНИЙ ОБЕСПЕЧИТЬ ОБСЛЕДОВАНИЕ ПОСТРАДАВШЕГО ПО НАПРАВЛЕНИЮ СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКОГО ЭКСПЕРТА

1) не обязаны

2) обязаны

3) в некоторых случаях

8. ВЫДАЕТСЯ ЛИ «ЗАКЛЮЧЕНИЕ ЭКСПЕРТА» НА РУКИ ПОСТРАДАВШЕМУ

1) выдается

2) не выдается

3) в некоторых случаях

4) выдается по указанию следователя

9. ВОПРОС ОБ ОБЕЗОБРАЖЕНИИ ЛИЦА РЕШАЕТСЯ

1) судебно-медицинским экспертом

2) врачом-экспертом

3) врачом специалистом (хирургом, косметологом и др.)

4) судом

10. ВОПРОС ОБ ИЗГЛАДИМОСТИ (НЕИЗГЛАДИМОСТИ) ПОВРЕЖДЕНИЯ НА ЛИЦЕ РЕШАЕТСЯ

1) следователем

2) судом

3) единолично судебно-медицинским экспертом

4) врачом-экспертом

5) судебно-медицинским экспертом с участием соответствующих специалистов

11. К КРИТЕРИЯМ СРЕДНЕЙ ТЯЖЕСТИ ВРЕДА ЗДОРОВЬЮ НЕ ОТНОСЯТСЯ

1) опасность для жизни

2) длительность расстройства здоровья свыше 21 дня

3) значительная стойкая утрата общей трудоспособности не менее, чем на 1/3

12. КТО ИМЕЕТ ПРАВО ОПРЕДЕЛЯТЬ ПРОЦЕНТ СТОЙКОЙ УТРАТЫ ТРУДОСПОСОБНОСТИ

1) судебно-медицинский эксперт

2) врач-специалист

3) специалисты «Центра медицинской социальной экспертизы»

4) судебно-медицинская экспертная комиссия

13. ЧТО ДОЛЖНО БЫТЬ УСТАНОВЛЕНО СУДМЕДЭКСПЕРТОМ В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ, ПРИ КВАЛИФИКАЦИИ ТЯЖЕСТИ ВРЕДА ЗДОРОВЬЮ

1) степень утраты специальной трудоспособности

2) длительность расстройства здоровья

3) процент утраты общей трудоспособности

4) опасность для жизни

14. ЧТО СЛЕДУЕТ ПОНИМАТЬ ПОД «ДЛИТЕЛЬНЫМ РАССТРОЙСТВОМ ЗДОРОВЬЯ»

1) расстройство здоровья менее 21 дня

2) расстройство здоровья более 21 дня

3) Опасность для жизни

15. ССАДИНЫ И КРОВОПОДТЕКИ НА ЛИЦЕ

1) тяжкий вред здоровью

2) средняя тяжесть

3) легкий вред, причиненный здоровью человека

4) не причинивший вред здоровью человека

16. Судебно-медицинская экспертиза тяжести вреда здоровью производится на основании:

А. Направления медицинского учреждения

Б. Постановления органов дознания.

В. Сопроводительного листа «скорой помощи».

Г. Определения суда.

Д. Постановления следователя.

17. Признаками вреда здоровью средней тяжести являются:

А. Опасный для жизни вред здоровью.

Б. Длительное расстройство здоровья свыше 3 недель.

В. Кратковременное расстройство здоровья, не менее 6 дней и не свыше

3 недель.

Г. Значительная стойкая утрата трудоспособности менее чем на одну

треть (от 10% до 30%).

Д. Неизгладимое обезображивание лица.

18. Признаками легкого вреда здоровью являются:

А. Длительное расстройство здоровья.

Б. Кратковременное расстройство здоровья.

В. Значительная стойкая утрата трудоспособности (не менее одной трети).

Г. Незначительная стойкая утрата трудоспособности (до 10%).

Д. Отсутствие опасности для жизни.

19. Судебно-медицинскую экспертизу живых лиц производит:

А. Лечащий врач.

Б. Судебно-медицинский эксперт.

В. Фельдшер.

Г. Врач - эксперт.

Д. Главный врач лечебного учреждения.

20. Факт обезображивания лица устанавливает:

А. Врач – косметолог.

Б. Следователь.

В. Судебно-медицинский эксперт.

Г. Суд.

Задача № 1.

Во дворе дома 03.0I.13г. подросток бросил кусок льда в лицо г-ну Н. 44 лет. При освидетельствовании 08.01.13г.: в центре лба на 4 см выше переносицы овальная ссадина, 3x2см. покрытая плотной темно-бурой корочкой, слегка отслаивающейся по периферии. На верхних веках обоих глаз распространенные багрово-синие кровоподтеки с желтоватым оттенком по периферии.

1. Определить вид, характер, локализацию повреждений.

2. Установить механизм возникновения повреждения.

3. Решить вопрос о давности возникновения повреждений.

4. Установить тяжесть причиненного вреда здоровью человека.

Задача №2

В бытовой ссоре на кухне 06.12.12.г. соседка плеснула кипящую воду из кастрюли на руку гр-ки К. 40 лет. Потерпевшая сразу обратилась в травмпункт больницы. В справке из травмпункта указано, что 06.12.12.г. у гр-ки К. имел место ожог тыльной поверхности правой кисти 1-2ст. Произведена обработка ожоговой поверхности, наложена повязка с мазью Вишневского.

При освидетельствовании 12.12.12.г.: на тыльной поверхности правой кисти в области основных фаланг 2-5 пальцев и 2-5 пястных костей кожа лишена надкожицы, синюшно-розовая, гладкая, влажная, с небольшим мутноватым отделяемым. Край участка неровный, с остатками надкожицы в виде бахромок. При повторном освидетельствовании 25.12.12.г. кожа на тыльной поверхности правой кисти с тонкой блестящей, слегка сморщенной, бледно-розовой надкожицей. Движения пальцев кисти в полном объеме.

1. Определить вид, характер, локализацию повреждений.

2. Установить механизм возникновения повреждения.

3. Решить вопрос о давности возникновения повреждений.

4. Установить тяжесть причиненного вреда здоровью человека.

Задача №3

Около 11 часов 02.09.12г. одноклассник ударил портфелем по лицу несовершеннолетнего П. 12 лет. При освидетельствовании 02.09.12г.: спинка носа припухшая, на ней темно-синий овальный кровоподтек, 5x4см. В носовых ходах следы засохшей крови. Носовое дыхание не нарушено, жалобы на болезненность при ощупывании носа. На рентгенограммах определяется поперечный перелом носовых костей в средней части без смещения отломков.

При повторном освидетельствовании 09.12.12г. Нос не деформирован, кровоподтек бледно-желтого цвета. Жалобы на небольшую болезненность при ощупывании спинки носа.

1. Определить вид, характер, локализацию повреждений.

2. Установить механизм возникновения повреждения.

3. Решить вопрос о давности возникновения повреждений.

4. Установить тяжесть причиненного вреда здоровью человека.

Задача №4

В ссоре 03.11.12.г. сосед ударил г-на Щ., 29 лет, топором по правой руке и отрубил 1 палец. В справке травмпункта 03.1I.12.г. указано, что у Щ. отсутствует половина основной фаланги первого пальца правой кисти. Раневая поверхность на культе ровная, кровоточащая. В хирургическом отделении больницы произведена ампутация 1 пальца в пястно-фаланговом суставе. Послеоперационный период протекал без осложнений, швы сняты на 7 день.

При освидетельствовании 17.11.12г: первый палец правой кисти отсутствует с уровня пястно-фалангового сустава. Культя хорошо сформирована: на ней - линейный розово-синюшный рубец, длиной 2,5см, плотный, малоподвижный, болезненный при ощупывании. Движение остальных пальцев кисти в полном объеме.

1. Определить вид, характер, локализацию повреждений.

2. Установить механизм возникновения повреждения.

3. Решить вопрос о давности возникновения повреждений.

4. Установить тяжесть причиненного вреда здоровью человека.

Задача №5

В ссоре 23.10.12.г. пьяный знакомый откусил кончик носа г-ну 3., 34лет. Обратился в травмпункт, где наложена давящая пращевидная повязка. При освидетельствовании 29.10.12.г. дефект мягких частей спинки и кончика носа, неправильной треугольной формы с неровными крупнофестончатыми краями, размерами 2,5x3,2см; в верхнем углу дефекта на 0,2см выступает хрящевая часть спинки носа. Края раневой поверхности припухшие, несколько отечные, красновато-синюшного цвета, такая же и слизистая перегородки носовых ходов. Грануляция вялая, слабо кровоточащая. При повторном осмотре 12.1 I.12г.: кончик носа отсутствует. Края дефекта неровные, рубцово-деформированные, втянутые, синюшно-розовые. Носовое дыхание не нарушено.

1. Определить вид, характер, локализацию повреждений.

2. Установить механизм возникновения повреждения.

3. Решить вопрос о давности возникновения повреждений.

4. Установить тяжесть причиненного вреда здоровью человека.

5. Является ли повреждение изгладимым?

Эталон № 1.

1. Повреждения у гр.Н. носят характер кровоподтеков и ссадин лица.

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

3. Учитывая, что ссадины имеют признаки отслоения корочки периферии, кровоподтек имеет желтоватый оттенок, давность возникновения - в пределах 3-5 суток к моменту обращения.

4. Эти повреждения не влекут за собой кратковременного расстройства здоровья или незначительной стойкой утраты общей трудоспособности (медицинские критерии п.9) и расцениваются как повреждения, не причинившие вред здоровью человека.

Задача № 2.

1. Повреждения у гр-ки К. носили характер ожогов тыльной поверхности правой кисти.

2. Учитывая особенности повреждения на момент обращения, отсутствие надкожицы, влажная поверхность с мутноватым отделяемым, надкожица по периферии ожогов в виде «бахромки», есть основание утверждать, что повреждение возникло от горячей жидкости.

3. Описание повреждений при поступлении в больницу соответствует давности в пределах суток (не воспаленная раневая поверхность, наличие пузырей на ожоговой поверхности и пр.).

4. Это повреждение потребовало лечение на срок менее 21 дня, согласно медицинских критериев п.8.1., имеющееся повреждение является легким вредом, причиненным здоровью человека.

Эталон №3

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

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

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

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

Эталон №4

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

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

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

4. Это повреждение квалифицируется, как повреждение вызвавшее вред здоровью средней тяжести по признаку длительного (более 21 дня) расстройства.

Эталон № 5.

1. Повреждение у гр-на 3. носят характер дефекта мягких тканей носа.

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

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

4. Данное повреждение квалифицируется как повреждение, вызвавшее легкий вред здоровью, по признаку кратковременного (менее 21 дня) расстройства здоровья.

5. Повреждение является неизгладимым.

Схема акта судебно-медицинского освидетельствования.

Вопросы, поставленные на разрешение эксперта:

1. какие телесные повреждения имеются у ….

2.Каков механизм их образования

3. Какая давность причинения телесных повреждения?

4. какова степень тяжести причиненного вреда здоровью?

2. Обстоятельства дела ( кратко указываются обстоятельства дела)

3. Данные медицинской документации

4. Механизм образования (описание механизма образования повреждений по стадиям автотравмы)

5. Лечение

6 Выводы

У гражданина имеются телесные повреждения в виде ….

Эти повреждения образовались от действия …. Возможно…

Давность образования телесных повреждений … суток

Указанные повреждения вызвали … вред здоровью ….

**Тема 5**  Деонтология

Форма(ы) текущего контроля успеваемости: вопросы для устного опроса, тестирование, ситуационные задачи, установление судебно-медицинского диагноза

Оценочные материалы текущего контроля успеваемости

**Вопросы для рассмотрения:**

1.Мотивы и ценности врача.

2.Психология общения с пациентами.

3.Предоставление информации, содержащей сведения, составляющие врачебную тайну.

4.Этическое регулирование отношений между пациентом, врачом и медицинским учреждением.

5.Медицинская деонтология

**Тестовые задания.**

1. Медицинская этика – это:

А) специфическое проявление общей этики в деятельности врача;

Б) наука, рассматривающая вопросы врачебного гуманизма, проблемы долга, чести, совести и достоинства медицинских работников;

В) наука, помогающая вырабатывать у врача способность к нравственной ориентации в сложных ситуациях, требующих высоких морально-деловых и социальных качеств;

Г) верно все вышеперечисленное;

Д) нет правильного варианта.

2. Медицинская деонтология – это:

А) самостоятельная наука о долге медицинских работников;

Б) прикладная, нормативная, практическая часть медицинской этики.

3. Понятие "медицинская этика" включает в себя понятие "медицинская деонтология":

А) да;

Б) нет.

4. Понятие "медицинская этика" включает в себя:

А) форму общественного сознания и систему социальной регуляции деятельности медицинских работников;

Б) форму правовой регуляции деятельности медицинских работников.

5. Понятие "медицинская деонтология" включает в себя:

А) учение о долге (должном) в деятельности медицинских работников;

Б) представления об условиях оптимальной деятельности медицинских работников.

6. Какая из приведенных ниже моделей взаимоотношений "врач-пациент" наиболее рациональна с позиции интересов пациентов?

А) "инженерно-техническая модель" - врач как специалист;

Б) "патерналистская модель" - врач как "духовный отец";

В) "кооперативная модель" - сотрудничество врача и пациента;

Г) "договорная модель" - врач как "поставщик", а пациент - "потребитель медицинских услуг".

7. К сфере каких взаимоотношений относятся нормы и принципы медицинской этики и деонтологии?

А) взаимоотношения врача и пациента;

Б) взаимоотношения врача и родственников пациента;

В) взаимоотношения в медицинском коллективе;

Г) взаимоотношения медицинских работников и общества;

Д) все названное.

8. Что составляет предмет врачебной тайны?

А) сведения о состоянии пациента в период его болезни;

Б) информация о факте обращения за медицинской помощью, состоянии здоровья пациента, диагнозе его заболевания и иные сведения, полученные при его обследовании и лечении;

В) все вышеперечисленное.

9. Соблюдение врачебной тайны необходимо для:

А) защиты внутреннего мира человека, его автономии;

Б) защиты социальных и экономических интересов личности;

В) создания основы доверительности и откровенности взаимоотношений "врач-пациент";

Г) поддержания престижа медицинской профессии;

Д) все вышеперечисленное.

10. Какое из приведенных ниже определений более соответствует понятию "биоэтика"?

А) достижения в области биомедицинской технологии;

Б) социальные, правовые и этические последствия использования достижения биомедицинской технологии.

11. Разрешена ли эвтаназия (искусственное приближение смерти по просьбе пациента) законодательством о здравоохранении?

А) да;

Б) нет.

12. Знание врачом законов формирования личности позволяет

А) предупредить пограничные нервно-психические расстройства;

Б) изучать характер и личность больного;

В) оказывать своевременную и более совершенную помощь больному;

Г) все вышеперечисленное верно.

13. Могут ли быть предметом купли, продажи и коммерческих сделок органы и ткани человека?

А) да;

Б) нет;

В) иногда.

14. Является ли функцией руководителя медицинского учреждения управление этической ситуацией в коллективе?

А) да;

Б) нет.

15. Являются ли врачебной тайной сведения о проведенном оплодотворении, о личности донора?

А) да;

Б) нет.

15. Проступком медицинского работника является:

1) неоказание врачом помощи больному;

2) незаконное занятие частной медицинской практикой;

3) действие, врача формально содержащие признаки правонарушения,

предусмотренного УК РБ, но в силу малозначительности

не обладающее общественной опасностью;

4) производство аборта врачом не акушером.

16. К преступлениям медицинских работников относятся:

1) причинение смерти по неосторожности во время оперативного

вмешательства;

2) причинение тяжкого телесного повреждения больному, вследствие

небрежного лечения перелома бедра;

3) действия, повлекшие наступление смерти больного от рефлекторной

остановки дыхания во время операции на органах шеи;

4) смерть больного с кровоизлиянием в мозг на почве ангиома-

тоза ЦНС во время подготовки его к операции.

17. К уважительным причинам неоказания медицинской помощи относятся:

1) невозможность вступить в физический контакт с больным,

вследствие разлива рек, исключающего движение всех налич89

ных транспортных средств;

2) врач-хирург не явился по вызову к больному, так как он в это

время оказывал медицинскую помощь другому больному с

острой кишечной непроходимостью;

3) врач не явился по вызову к больному, так как сам в это время

был болен, был вынужден соблюдать постельный режим;

4) когда специальность, знания врача не позволяют ему лично

оказать помощь конкретному больному.

18. За какие, из ниже перечисленных, действия (бездействия) врача

Уголовным кодексом РБ предусмотрена ответственность?

1) оставление инородных предметов в полостях тела при операциях;

2) неправильное применение лекарственных средств;

3) оставление тяжело больных без должного наблюдения;

4) смерть от разлитого гнойного перитонита наступила при гангренозном

аппендиците, с которым больной с запозданием

обратился за медицинской помощью.

19. В соответствии с Законом «О здравоохранении» медицинские работники

обязаны оказывать первую медицинскую помощь в пределах своих

возможностей нуждающимся в ней;

1) в поликлинике;

2) в медицинском стационаре;

3) следуя в поезде;

4) в рейсовом автобусе.

20. В каких случаях за ненадлежащее исполнение профессиональных

обязанностей медицинскими работниками наступает уголовная ответственность;

1) если действия врача повлекли осложнение болезни, хотя и закончившейся

благоприятным исходом;

2) если они повлекли причинение пациенту по неосторожности

тяжкое или менее тяжкое телесное повреждение;

3) если они повлекли смерть больного;

4) если они повлекли заражение ВИЧ-инфекцией.

**Список тем презентаций:**

1. Умирание и смерть.классификация смерти.

2. Судебно медицинская экспертиза скоропостижной смерти

3. Судебно-медицинское исследование трупов плодов и новорожденных.

4. Экспертиза тяжести вреда, причиненного здоровью человека.

5. Медико-криминалистическая экспертиза.

6. идентификация личности

**7.**Судебно-медицинскаяэкспертизаповреждений твердыми тупыми предметами.

8.Судебно-медицинскаяэкспертизаповреждений острыми предметами.

9. Судебно-медицинское исследование отравления алкоголем.

10 Судебно-медицинское исследование отравления наркотическими препаратами.

11. Судебно-медицинская экспертиза железнодорожной травмы.

12. Судебно-медицинская экспертиза огнестрельных повреждений.

13. Судебно-химическая экспертиза.

14. Утопление в воде. Установление сроков пребывания трупа вводе.

15. Судебно-медицинская экспертиза действия высоких температур.

16. Судебно-медицинская экспертиза действия низких температур.

|  |  |
| --- | --- |
| Форма контроля | Критерии оценивания |
| устный опрос | 5 баллов БРС оценивается ответ, который показывает прочные знания основных вопросов изучаемого материала, отличается глубиной и полнотой раскрытия темы; владение терминологическим аппаратом; умение объяснять сущность явлений, процессов, событий, делать выводы и обобщения, давать аргументированные ответы, приводить примеры; свободное владение монологической речью, логичность и последовательность ответа. |
| 4 балла БРС оценивается ответ, обнаруживающий прочные знания основных вопросов изучаемого материла, отличается глубиной и полнотой раскрытия темы; владение терминологическим аппаратом; умение объяснять сущность явлений, процессов, событий, делать выводы и обобщения, давать аргументированные ответы, приводить примеры; свободное владение монологической речью, логичность и последовательность ответа. Однако допускается одна - две неточности в ответе. |
| 3 балла оценивается ответ, свидетельствующий в основном о знании изучаемого материала, отличающийся недостаточной глубиной и полнотой раскрытия темы; знанием основных вопросов теории; слабо сформированными навыками анализа явлений, процессов, недостаточным умением давать аргументированные ответы и приводить примеры; недостаточно свободным владением монологической речью, логичностью и последовательностью ответа. Допускается несколько ошибок в содержании ответа. |
| 0-2 балла оценивается ответ, обнаруживающий незнание изучаемого материла, отличающийся неглубоким раскрытием темы; незнанием основных вопросов теории, несформированными навыками анализа явлений, процессов; неумением давать аргументированные ответы, слабым владением монологической речью, отсутствием логичности и последовательности. Допускаются серьезные ошибки в содержании ответа. |
| тестирование | 5 баллов БРС выставляется при условии 90-100% правильных ответов |
| 4 балла БРС выставляется при условии 75-89% правильных ответов |
| 3 баллов БРС выставляется при условии 60-74% правильных ответов |
| 0-2 баллов БРС выставляется при условии 59% и меньше правильных ответов. |
| решение ситуационных  задач | 5 баллов БРС выставляется если обучающимся дан правильный ответ на вопрос задачи. Объяснение хода ее решения подробное, последовательное, грамотное, с теоретическими обоснованиями (в т.ч. из лекционного курса), с необходимым схематическими изображениями и демонстрациями практических умений, с правильным и свободным владением терминологией; ответы на дополнительные вопросы верные, четкие. |
| 4 балла БРС выставляется если обучающимся дан правильный ответ на вопрос задачи. Объяснение хода ее решения подробное, но недостаточно логичное, с единичными ошибками в деталях, некоторыми затруднениями в теоретическом обосновании (в т.ч. из лекционного материала), в схематических изображениях и демонстрациях практических действий, ответы на дополнительные вопросы верные, но недостаточно четкие. |
| 3 баллов БРС выставляется если обучающимся дан правильный ответ на вопрос задачи. Объяснение хода ее решения недостаточно полное, непоследовательное, с ошибками, слабым теоретическим обоснованием (в т.ч. лекционным материалом), со значительными затруднениями и ошибками в схематических изображениях и демонстрацией практических умений, ответы на дополнительные вопросы недостаточно четкие, с ошибками в деталях. |
| 0-2 баллов БРС выставляется если обучающимся дан неправильный ответ на вопрос задачи. Объяснение хода ее решения дано неполное, непоследовательное, с грубыми ошибками, без теоретического обоснования (в т.ч. лекционным материалом), без умения схематических изображений и демонстраций практических умений или с большим количеством ошибок, ответы на дополнительные вопросы неправильные или отсутствуют. |
| Формулирование судебно-медицинского диагноза | 5 баллов БРС выставляется если обучающимся выполнены все требования к написанию и защите реферата: обозначена проблема и обоснована её актуальность, сделан краткий анализ различных точек зрения на рассматриваемую проблему и логично изложена собственная позиция, сформулированы выводы, тема раскрыта полностью, выдержан объём, соблюдены требования к внешнему оформлению, даны правильные ответы на дополнительные вопросы. |
| 4 балла БРС выставляется если обучающимся выполнены основные требования к реферату и его защите, но при этом допущены недочеты. В частности, имеются неточности в изложении материала; отсутствует логическая последовательность в суждениях; не выдержан объем реферата; имеются упущения в оформлении; на дополнительные вопросы при защите даны неполные ответы. |
| 3 баллов БРС выставляется если обучающийся допускает существенные отступления от требований к реферированию. В частности, тема освещена лишь частично; допущены фактические ошибки в содержании реферата или при ответе на дополнительные вопросы; во время защиты отсутствует вывод. |
| 0-2 баллов БРС выставляется если обучающимся не раскрыта тема реферата, обнаруживается существенное непонимание проблемы |
| Составление акта исследования трупа, живого лица. | 3 баллов БРС оценивается ответ, который показывает прочные знания основных вопросов изучаемого материала, отличается глубиной и полнотой раскрытия темы; владение терминологическим аппаратом; умение объяснять сущность явлений, процессов, событий, делать выводы и обобщения, давать аргументированные ответы, приводить примеры; свободное владение монологической речью, логичность и последовательность ответа; установление правильного вреда здоровью и его критерия |
| 2 балла БРС оценивается ответ, обнаруживающий прочные знания основных вопросов изучаемого материла, отличается глубиной и полнотой раскрытия темы; владение терминологическим аппаратом; умение объяснять сущность явлений, процессов, событий, делать выводы и обобщения, давать аргументированные ответы, приводить примеры; свободное владение монологической речью, логичность и последовательность ответа. Однако допускается одна - две неточности в ответе., но обязательно правильно должен быть установлен вред здоровью и его критерии |
| 1 балл оценивается ответ, свидетельствующий в основном о знании изучаемого материала, отличающийся недостаточной глубиной и полнотой раскрытия темы; знанием основных вопросов теории; слабо сформированными навыками анализа явлений, процессов, недостаточным умением давать аргументированные ответы и приводить примеры; недостаточно свободным владением монологической речью, логичностью и последовательностью ответа. Обязательно правильно должен быть установлен вред здоровью, допускается неточность по установке критерия вреда здоровью пострадавшего. |
| 0 баллов оценивается ответ, обнаруживающий незнание изучаемого материла, отличающийся неглубоким раскрытием темы; незнанием основных вопросов теории, несформированными навыками анализа явлений, процессов; неумением давать аргументированные ответы, слабым владением монологической речью, отсутствием логичности и последовательности. Допускаются серьезные ошибки в содержании ответа. |
| Защита презентаций | 2 балла БРС выставляется если обучающимся выполнены все требования к созданию и защите презентации: обозначена проблема и обоснована её актуальность, сделан краткий анализ различных точек зрения на рассматриваемую проблему и логично изложена собственная позиция, сформулированы выводы, тема раскрыта полностью, выдержан объём, соблюдены требования к внешнему оформлению, даны правильные ответы на дополнительные вопросы. |
| 1 балл БРС выставляется если обучающимся выполнены основные требования, но при этом допущены недочеты. В частности, имеются неточности в изложении материала; отсутствует логическая последовательность в суждениях; не выдержан объем реферата; имеются упущения в оформлении; на дополнительные вопросы при защите даны неполные ответы. |
| 0 баллов БРС выставляется если обучающийся допускает существенные отступления от требований. В частности, тема освещена лишь частично, если тема не ракрыта ; допущены фактические ошибки в содержании реферата или при ответе на дополнительные вопросы; во время защиты отсутствует вывод. |

1. **Оценочные материалы промежуточной аттестации обучающихся.**

Промежуточная аттестация по дисциплине Судебно-медицинская экспертиза проводится в форме зачета по зачетным билетам, в устной форме.

**Вопросы для проверки теоретических знаний по дисциплине**

1. Процессуальные и организационные основы судебно-медицинской деятельности.

2. Умирание и смерть. Классификация смерти.

3. Суправитальные реакции. Установление давности наступления смерти.

4. Ранние и поздние трупные изменения, их судебно-медицинское значение.

5. Осмотр места происшествия и трупа на месте его обнаружения.

6.Понятие место происшествия. Задачи осмотра места происшествия

7.Участники осмотра места происшествия

8.Стадии осмотра места происшествия

9.Задачи врача при осмотре места происшествия

10.Последовательность осмотра трупа

11.Местоположение и поза трупа

12.Предметы на трупе и непосредственной близости от него

13.Одежда и обувь трупа

14.Сопоставление результатов с обстановкой места происшествия

15.Процессуальное оформление осмотра места происшествия

16.Новорожденность. Признаки новорожденности.

17. Определение продолжительности внутриутробной жизни младенца. Критерии зрелости, доношенности, жизнеспособности.

18.Порядок вскрытия трупов мертворожденных и новорожденных

19. Гистологическая картина легких живорожденных и мертворожденных.

20.Эксгумация, ее цели и организация, диагностические возможности. 21.Особенности забора биологического материала для дополнительных лабораторных методов исследований и оценка результатов.

22.Особенности исследования эксгумированного трупа.

23. Определение понятия вред здоровья

24.Оценка тяжести вреда здоровья

25.Порядок проведения судебно-медицинской экспертизы тяжести вреда здоровью.

26.Квалифицирующие признаки вреда.

27.Экспертиза способности мужчины к половой жизни.

28.Лабораторное исследования при половых преступлениях.

29.Самопроизвольное прерывание беременности.

30. Экспертиза бывших родов.

31. Идентификация личности.

32.Особенности идентификации при судебно-медицинском исследовании трупов неизвестных лиц.

33. Этапы производства экспертиз.

34. Сравнительные исследования для установления тождества личности умершего или пропавшего без вести человека.

35. Судебно-медицинское исследование костей и частей тела.

36. ДНК – исследование.

37. Определение тупого твердого предмета, классификация.

38. Механизм действия тупого твердого предмета.

39. Повреждения, вызванные действиями твердых тупых предметов, диагностика их прижизненного (посмертного) образования, давности, последовательности и механизма причинения.

40.Классификация острых предметов. Механизм их действия.

41.Повреждения режущими предметами. Колющими, колюще-режущими предметами. Особенности повреждений, особенности проведения экспертизы.

42.Повреждения рубящими и пилящими предметами. Особенности, методика проведения экспертизы.

43.Лабораторные методы исследования повреждений острыми предметами.

44. Отравление этиловым спиртом (этанолом).

45. Какие ткани и органы следует брать для обнаружения этилового алкоголя?

**Практические задания для проверки сформированных умений и навыков**

1). Задача №1

20 февраля 2010г в 9 часов 30 минут во 2е отделение Ленинского РОВД г. Оренбурга поступило сообщение от гр. Федосеева М.П. о том, что его сосед гр. Суриков К.В., 33 лет, был обнаружен в петле, в своем сарае.

Учебные данные

Удавление петлей, петля полужесткая. Имитация самоповешения.

Время наступления смерти – 20.02. в 23:00 часа.

ОМП производился – 21.02. в 05:00

Температура воздуха 00

ЗАДАНИЕ:

1.Составить протокол осмотра места происшествия и трупа, в котором:

А) С учетом времени наступления смерти и температуры воздуха описать трупные изменения и выраженность суправитальных реакций.

Б) Описать признаки механической асфиксии, выявляемые при наружном осмотре трупа.

2.Составить перечень вопросов, подлежащих разрешению при судебно-медицинской экспертизе трупа.

Эталон№ 1.

21.02. в 05:00 в дровяном сарае в 1,5м от западной стены, в 1,5 м от поленницы дров у северной стены, в 2х метрах от стойла с коровой в петле, в положении полного повешения труп мужчины (по предварительным сведениям Суриков К.В., 33 лет). Наложение петли типичное, узел в области затылка, петля одинарная, жесткая. Голова трупа наклонена вправо. Язык в ротовой полости. Верхние конечности свободно висят вдоль туловища, ноги свободно висят. Расстояние от пола до подошвенной поверхности стоп 5,0 см. Петля срезана, упакована. На трупе надето: рубашка серого цвета, брюки черные, сапоги черные, носки черные, трусы серые. По снятие одежды труп на ощупь холодный, в подмышечных впадинах холодный. Трупное окоченение умеренно выражено в мышцах шеи и верхних конечностях. Трупные пятна сине-фиолетового цвета, расположены в области кистей, предплечий, стоп и голеней, при надавливании исчезают и восстанавливают свой цвет в течение 8-10 секунд. На электрическое раздражение умеренно отвечают круговые мышцы глаз, слабо отвечает круговая мышца рта. Температура воздуха 0С, внутрипеченочная температура 26С. При ударе по двуглавой мышце плеча образуется валик высотой 1,0 см. Повреждения: В конъюнктиве обоих глаз определяются множественные мелкоточечные кровоизлияние. На кончике языка отпечатки зубов. В области шеи определяются две странгуляционные борозды. Первая расположена в средней трети шеи, шириной 1,5 см, буроватого цвета, замкнутая, ориентирована горизонтально. Вторая косовосходящая, незамкнутая в затылочной области, в верхней трети шеи, слабо выражена, косовосходящая, шириной 2,0см. На наружной и внутренней поверхностях обоих первых пальцев кистей рук обнаружены осаднения буровато-розового цвета. Других повреждений при осмотре не обнаружено.

Вопросы на разрешение эксперта:

1) Какова причина смерти гр. Сурикова К.В.?

2) Давность наступления смерти?

3) Какие телесные повреждения имелись у гр. Сурикова К.В., их характер, механизм, давность и последовательность образования?

4) На момент смерти не находился ли гр. Митрохин в состоянии алкогольного или наркотического опьянения?

2.) Задача №2

15 сентября 2008г в 21:00 в РОВД Оренбургского района от гражданина Н поступило сообщение о том, что на окраине села Ивановка он обнаружил труп гр. Митрохина С.Н. с признаками насильственной смерти.

Учебные данные

Убийство. Множественные повреждения твердыми тупыми предметами (кулаком, ногами, осколком кирпича).

При осмотре трупа обнаружены следующие телесные повреждения: Ушибленная рана головы в затылочной области, кровоподтеки и ссадины лица, множественные ссадины и кровоподтеки тела.

Время наступления смерти – 15.09 в 20:00

ОМП производился – 16.09 в 02:00

Температура воздуха +5С

ЗАДАНИЕ:

1. Составить протокол осмотра места происшествия и трупа, в котором:

А) С учетом времени наступления смерти и температуры воздуха описать трупные изменения и выраженность суправитальных реакций.

Б) Описать признаки механической асфиксии, выявляемые при наружном осмотре трупа.

2. Составить перечень вопросов, подлежащих разрешению при судебно-медицинской экспертизе трупа.

Эталон № 2.

15.09 в 02:00 в районе дома №54 по ул. Кирпичной со стороны фасада обнаружен труп мужчины (гр. Митрохин С.Н. по предварительным сведениям) в 50 см от палисадника, в 1,5 м от фонарного столба, в 2,0 м от ворот дома. Труп лежит на спине, головой на север. Голова повернута влево. Левая верхняя конечность согнута в локтевом суставе под углом 350, приведена к туловищу. Правая верхняя конечность отведена от туловища под углом 300, в локтевом суставе прямая. Нижние конечности параллельны друг другу, прямые. Рядом с головой трупа на асфальте потеки буроватой жидкости вида крови. В 50 см от головы трупа осколок кирпича с помарками буроватой жидкости вида крови. На трупе надето: пиджак твидовый коричневого цвета; рубашка белая, на передней поверхности потеки красно-бурой жидкости вида крови; брюки темно-коричневые; ботинки черные; носки черные; трусы серые. Вся одежда с признаками ношения. Одежда снята, упакована. По снятие одежды труп на ощупь холодный, в подмышечных впадинах теплее. Температура воздуха +5С. Внутрипеченочная температура 29С. На электрическое раздражение отвечают все мимические мышцы лица, реакция выражена умеренно. Трупное окоченение умеренно выражено в мышцах шеи. При ударе по двуглавой мышце плеча образуется валик 1,0 см. Трупные пятна бледно фиолетовые, расположены на задней поверхности туловища и ягодицах, на задней поверхности бедер, при надавливании исчезают и восстанавливают свой цвет через 5-7 секунд.

Повреждения: В затылочной области справа рана неправильной формы, размерами 3,5х4,5х2,0см. Края раны размозженные, волосяные луковицы выворочены. В дне раны видна поврежденная кость, при пальпации слабо определяется крепитация. На передней поверхности грудной клетки определяются множественные кровоподтеки бледно-синюшного цвета, неправильной формы, размерами от 2,5х5,0х7,0 до 4,5х6,9х11,5 см. В области правого предплечья на наружной латеральной поверхности определяются множественные осаднения, бледно розового цвета в центре, влажные, бурые по краям, ниже уровня окружающей кожи, ориентированы горизонтально, на площади 5,6х8,1 см. В области коленного сустава справа аналогичные осаднения, ориентированы косо вертикально, на площади 2,5х4,5 см. Других телесных повреждений при осмотре не обнаружено.

Вопросы на разрешение эксперта:

1) Какова причина смерти гр. Митрохина С.Н.?

2) Давность наступления смерти?

3) Какие телесные повреждения имелись у гр. Митрохина С.Н., их характер, механизм, давность и последовательность образования?

4) На момент смерти не находился ли гр. Митрохин в состоянии алкогольного или наркотического опьянения?

3). Задача №3

20 февраля 2010г в 9 часов 30 минут во 2е отделение Ленинского РОВД г. Оренбурга поступило сообщение от гр. Федосеева М.П. о том, что его сосед гр. Суриков К.В., 33 лет, был обнаружен в петле, в своем сарае.

Учебные данные

Удавление петлей, петля полужесткая. Имитация самоповешения.

Время наступления смерти – 20.02. в 23:00 часа.

ОМП производился – 21.02. в 05:00

Температура воздуха 00

ЗАДАНИЕ:

1. Составить протокол осмотра места происшествия и трупа, в котором:

А) С учетом времени наступления смерти и температуры воздуха описать трупные изменения и выраженность суправитальных реакций.

Б) Описать признаки механической асфиксии, выявляемые при наружном осмотре трупа.

1. Составить перечень вопросов, подлежащих разрешению при судебно-медицинской экспертизе трупа.

Эталон № 1.

21.02. в 05:00 в дровяном сарае в 1,5м от западной стены, в 1,5 м от поленницы дров у северной стены, в 2х метрах от стойла с коровой в петле, в положении полного повешения труп мужчины (по предварительным сведениям Суриков К.В., 33 лет). Наложение петли типичное, узел в области затылка, петля одинарная, жесткая. Голова трупа наклонена вправо. Язык в ротовой полости. Верхние конечности свободно висят вдоль туловища, ноги свободно висят. Расстояние от пола до подошвенной поверхности стоп 5,0 см. Петля срезана, упакована. На трупе надето: рубашка серого цвета, брюки черные, сапоги черные, носки черные, трусы серые. По снятие одежды труп на ощупь холодный, в подмышечных впадинах холодный. Трупное окоченение умеренно выражено в мышцах шеи и верхних конечностях. Трупные пятна сине-фиолетового цвета, расположены в области кистей, предплечий, стоп и голеней, при надавливании исчезают и восстанавливают свой цвет в течение 8-10 секунд. На электрическое раздражение умеренно отвечают круговые мышцы глаз, слабо отвечает круговая мышца рта. Температура воздуха 0С, внутрипеченочная температура 26С. При ударе по двуглавой мышце плеча образуется валик высотой 1,0 см. Повреждения: В конъюнктиве обоих глаз определяются множественные мелкоточечные кровоизлияние. На кончике языка отпечатки зубов. В области шеи определяются две странгуляционные борозды. Первая расположена в средней трети шеи, шириной 1,5 см, буроватого цвета, замкнутая, ориентирована горизонтально. Вторая косовосходящая, незамкнутая в затылочной области, в верхней трети шеи, слабо выражена, косовосходящая, шириной 2,0см. На наружной и внутренней поверхностях обоих первых пальцев кистей рук обнаружены осаднениябуровато-розового цвета. Других повреждений при осмотре не обнаружено.

Вопросы на разрешение эксперта:

1) Какова причина смерти гр. Сурикова К.В.?

2) Давность наступления смерти?

3) Какие телесные повреждения имелись у гр. Сурикова К.В., их характер, механизм, давность и последовательность образования?

4) На момент смерти не находился ли гр. Митрохин в состоянии алкогольного или наркотического опьянения?

4). Задача №4

13 мая 2010г в 9 часов 30 минут во 2е отделение Ленинского РОВД г. Оренбурга поступило сообщение от гр. Федосеева М.П. о том, что его сосед гр. Суриков К.В., 33 лет, был обнаружен в петле, в своем сарае.

Учебные данные

Самоповешение. Петля скользящая, гладкая, жесткая. Наложение петли атипичное, боковое.

Время наступления смерти – 12.05. в 23:00

ОМП производился – 13.05 в 14:30

Температура воздуха +15С

ЗАДАНИЕ:

1. Составить протокол осмотра места происшествия и трупа, в котором:

А) С учетом времени наступления смерти и температуры воздуха описать трупные изменения и выраженность суправитальных реакций.

Б) Описать признаки механической асфиксии, выявляемые при наружном осмотре трупа.

2. Составить перечень вопросов, подлежащих разрешению при судебно-медицинской экспертизе трупа.

Эталон № 4.

13.05. в 14:30 в дровяном сарае в 1,5м от западной стены, в 1,5 м от поленницы дров у северной стены, в 2х метрах от стойла с коровой в петле, в положении полного повешения труп мужчины (по предварительным сведениям Суриков К.В., 33 лет). Наложение петли атипичное, боковое. Петля скользящая, гладкая, жесткая. Голова трупа наклонена вправо. Язык в ротовой полости. Верхние конечности свободно висят вдоль туловища, ноги свободно висят. Расстояние от пола до подошвенной поверхности стоп 5,0 см. Петля срезана, упакована. На трупе надето: майка белого цвета, брюки серые, кроссовки белые, носки черные, трусы серые. По снятие одежды труп на ощупь холодный, в подмышечных впадинах холодный. Трупное окоченение умеренно выражено в мышцах шеи и верхних конечностях. Трупные пятна сине-фиолетового цвета, расположены в области кистей, предплечий, стоп и голеней, при надавливании бледнеют и восстанавливают свой цвет в течение 30 секунд. На электрическое раздражение умеренно отвечают круговые мышцы глаз, мышцы нижних конечностей. Температура воздуха +15С, внутрипеченочная температура 26С. При ударе по двуглавой мышце плеча образуется валик высотой 1,0 см. Повреждения: В конъюнктиве обоих глаз определяются множественные мелкоточечные кровоизлияние. На кончике языка отпечатки зубов. В области шеи определяется странгуляционная борозда, расположена в верхней трети шеи, слабо выражена, косовосходящая, не замкнутая в затылочной области, шириной 2,0см.. Других повреждений при осмотре не обнаружено.

Вопросы на разрешение эксперта:

1) Какова причина смерти гр. Сурикова К.В.?

2) Давность наступления смерти?

3) Какие телесные повреждения имелись у гр. Сурикова К.В., их характер, механизм, давность и последовательность образования?

4) На момент смерти не находился ли гр. Митрохин в состоянии алкогольного или наркотического опьянения?

5).Задача №5

25 сентября 2008г в 21:00 в РОВД Оренбургского района от гражданина Н поступило сообщение о том, что на окраине села Ивановка он обнаружил труп гр. Митрохина С.Н. с признаками насильственной смерти.

Учебные данные

Убийство. Тупая травма головы. Повреждения нанесены осколком кирпича. При осмотре трупа обнаружены следующие телесные повреждения: Ушибленная рана головы в затылочной области.

Время наступления смерти – 25.09 в 20:00

ОМП производился – 25.09 в 23:00

Температура воздуха +10С

ЗАДАНИЕ:

1. Составить протокол осмотра места происшествия и трупа, в котором:

А) С учетом времени наступления смерти и температуры воздуха описать трупные изменения и выраженность суправитальных реакций.

Б) Описать признаки механической асфиксии, выявляемые при наружном осмотре трупа.

2. Составить перечень вопросов, подлежащих разрешению при судебно-медицинской экспертизе трупа.

Эталон № 5

25.09 в 23:00 в районе дома №54 по ул. Кирпичной со стороны фасада обнаружен труп мужчины (гр. Митрохин С.Н. по предварительным сведениям) в 50 см от палисадника, в 1,5 м от фонарного столба, в 2,0 м от ворот дома. Труп лежит на спине, головой на север. Голова повернута влево. Левая верхняя конечность согнута в локтевом суставе под углом 350, приведена к туловищу. Правая верхняя конечность отведена от туловища под углом 300, в локтевом суставе прямая. Нижние конечности параллельны друг другу, прямые. Рядом с головой трупа на асфальте потеки буроватой жидкости вида крови. В 50 см от головы трупа осколок кирпича с помарками буроватой жидкости вида крови. На трупе надето: пиджак твидовый коричневого цвета; рубашка белая, на передней поверхности потеки красно-бурой жидкости вида крови; брюки темно-коричневые; ботинки черные; носки черные; трусы серые. Вся одежда с признаками ношения. Одежда снята, упакована. По снятие одежды труп на ощупь холодный, в подмышечных впадинах теплее. Температура воздуха +10С. Внутрипеченочная температура 30С. На электрическое раздражение отвечают все мимические мышцы лица, реакция выражена умеренно. Трупное окоченение слабо выражено в мышцах шеи. При ударе по двуглавой мышце плеча образуется валик 1,2 см. Трупные пятна бледно фиолетовые, расположены на задней поверхности туловища и ягодицах, при надавливании исчезают и восстанавливают свой цвет через 4-6 секунд.

Повреждения: В затылочной области справа рвано-ушибленная рана неправильной формы, размерами 3,4х4,7х2,8см. Края раны размозженные, волосяные луковицы выворочены. В дне раны видна поврежденная кость, при пальпации слабо определяется крепитация. Других повреждений при осмотре не обнаружено.

Вопросы на разрешение эксперта:

1) Какова причина смерти гр. Митрохина С.Н.?

2) Давность наступления смерти?

3) Какие телесные повреждения имелись у гр. Митрохина С.Н., их характер, механизм, давность и последовательность образования?

4) На момент смерти не находился ли гр. Митрохин в состоянии алкогольного или наркотического опьянения?

6).Задача №6

15 сентября 2008г в 21:00 в РОВД Оренбургского района от гражданина Н поступило сообщение о том, что на окраине села Ивановка он обнаружил труп гр. Митрохина С.Н. с признаками насильственной смерти.

Учебные данные

Убийство. Множественные повреждения твердыми тупыми предметами (кулаком, ногами, осколком кирпича).

При осмотре трупа обнаружены следующие телесные повреждения: Ушибленная рана головы в затылочной области, кровоподтеки и ссадины лица, множественные ссадины и кровоподтеки тела.

Время наступления смерти – 15.09 в 20:00

ОМП производился – 16.09 в 02:00

Температура воздуха +5С

ЗАДАНИЕ:

1. Составить протокол осмотра места происшествия и трупа, в котором:

А) С учетом времени наступления смерти и температуры воздуха описать трупные изменения и выраженность суправитальных реакций.

Б) Описать признаки механической асфиксии, выявляемые при наружном осмотре трупа.

2. Составить перечень вопросов, подлежащих разрешению при судебно-медицинской экспертизе трупа.

Эталон № 6.

15.09 в 02:00 в районе дома №54 по ул. Кирпичной со стороны фасада обнаружен труп мужчины (гр. Митрохин С.Н. по предварительным сведениям) в 50 см от палисадника, в 1,5 м от фонарного столба, в 2,0 м от ворот дома. Труп лежит на спине, головой на север. Голова повернута влево. Левая верхняя конечность согнута в локтевом суставе под углом 350, приведена к туловищу. Правая верхняя конечность отведена от туловища под углом 300, в локтевом суставе прямая. Нижние конечности параллельны друг другу, прямые. Рядом с головой трупа на асфальте потеки буроватой жидкости вида крови. В 50 см от головы трупа осколок кирпича с помарками буроватой жидкости вида крови. На трупе надето: пиджак твидовый коричневого цвета; рубашка белая, на передней поверхности потеки красно-бурой жидкости вида крови; брюки темно-коричневые; ботинки черные; носки черные; трусы серые. Вся одежда с признаками ношения. Одежда снята, упакована. По снятие одежды труп на ощупь холодный, в подмышечных впадинах теплее. Температура воздуха +5С. Внутрипеченочная температура 29С. На электрическое раздражение отвечают все мимические мышцы лица, реакция выражена умеренно. Трупное окоченение умеренно выражено в мышцах шеи. При ударе по двуглавой мышце плеча образуется валик 1,0 см. Трупные пятна бледно фиолетовые, расположены на задней поверхности туловища и ягодицах, на задней поверхности бедер, при надавливании исчезают и восстанавливают свой цвет через 5-7 секунд.

Повреждения: В затылочной области справа рана неправильной формы, размерами 3,5х4,5х2,0см. Края раны размозженные, волосяные луковицы выворочены. В дне раны видна поврежденная кость, при пальпации слабо определяется крепитация. На передней поверхности грудной клетки определяются множественные кровоподтеки бледно-синюшного цвета, неправильной формы, размерами от 2,5х5,0х7,0 до 4,5х6,9х11,5 см. В области правого предплечья на наружной латеральной поверхности определяются множественные осаднения, бледно розового цвета в центре, влажные, бурые по краям, ниже уровня окружающей кожи, ориентированы горизонтально, на площади 5,6х8,1 см. В области коленного сустава справа аналогичные осаднения, ориентированы косо вертикально, на площади 2,5х4,5 см. Других телесных повреждений при осмотре не обнаружено.

Вопросы на разрешение эксперта:

1) Какова причина смерти гр. Митрохина С.Н.?

2) Давность наступления смерти?

3) Какие телесные повреждения имелись у гр. Митрохина С.Н., их характер, механизм, давность и последовательность образования?

4) На момент смерти не находился ли гр. Митрохин в состоянии алкогольного или наркотического опьянения?

7). Задача №7.

Ответить на поставленные вопросы:

1. Является ли ребенок новорожденным?

2. Родился ребенок живым или мертвым?

3. Является ли ребенок зрелым? На каком лунном месяце внутриутробной жизни родился ребенок?

4. Является ли ребенок жизнеспособным?

5. Какова причина смерти ребенка?

6. Сколько времени жил ребенок после рождения?

7. Имеются ли признаки ухода за ребенком?

8. Сколько времени прошло с момента наступления смерти до осмотра места происшествия?

9. Какова группа крови ребенка?

ОСМОТРОМ УСТАНОВЛЕНО:

Сарай во дворе дома №72 по улице Юркиной деревянный, дощатый. В правой половине сарая ящики, в левой – мукулатура. В дальнем углу сарая за кучей мукулатуры на земле лежит труп младенца, завернутый в розовую фланелевую ткань. Труп лежит на спине, лицо несколько повернуто влево. Руки согнуты в локтевых суставах, прижаты к туловищу, кисти рук у подбородка. Ноги согнуты в тазобедренных и коленных суставах, бедра разведены, расстояние между стопами 15 см. Труп младенца женского пола, правильного телосложения, удовлетворительного питания. Рост 50 см. Трупное окоченение слабо выражено в мышцах нижних конечностей, в остальных обычно исследуемых группах мышц отсутствует. Трупные пятна на задней поверхности тела розовато-фиолетовые, при надавливании не бледнеют. Общий цвет кожных покровов мертвенно-бледный. За ушными раковинами, в складках шеи, в подмышечных и паховых областях сыровидная смазка. Волосы на голове светло-русые, длиной до 1см. Большой родничок 3х2 см. В теменно-затылочной области слабо выраженная припухлость 6х4 см /родовая опухоль/. Глаза закрыты, роговицы тусклые, зрачки округлые, диаметром 0,3 см. Соединительные оболочки глаз бледно-синюшные. Рот закрыт, переходная кайма губ синюшная, зубы отсутствуют, язык за деснами. Отверстия носа, рта и наружные слуховые проходы свободные. Шея пропорциональна туловищу. Грудная клетка цилиндрической формы. Живот несколько ниже уровня грудной клетки. Пупочное кольцо без признаков воспаления, расположено посредине расстояния между мечевидным отростком и лоном. От пупочного кольца отходит сочная влажная пуповина длиной 4 см; свободный конец ее ровный. Наружные половые органы развиты правильно, большие половые губы прикрывают малые. Кожа в области заднего прохода не загрязнена. Ногти на руках заходят за кончики пальцев, на ногах – не заходят. Кости тела на ощупь целы. Труп направлен для исследования в морг Оренбургского областного бюро судебно-медицинской экспертизы.

НАРУЖНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ:

Труп доставлен завернутым в кусок розовой фланелевой ткани 90х60 см; на ткани множественные, неопределенной формы пятна подсохшей крови от 0,7х0,3 см до 12х6 см.

Труп младенца женского пола, правильного телосложения, удовлетворительного питания. Рост 50 см, вес 3700,0. Окружность головы 33 см, окружность груди 32 см, расстояние между плечиками 13 см. Трупное окоченение отсутствует во всех обычно исследуемых группах мышц. На задней поверхности тела розовато-фиолетовые трупные пятна в виде очагов, не бледнеющие при надавливании. Общий цвет кожных покровов мертвенно-бледный. За ушными раковинами, в складках шеи, в подмышечных и паховых областях сыровидная смазка. Волосы на голове светло-русые, длиной до 1см. Большой родничок 3х2 см. В теменно-затылочной области слабо выраженная овальная припухлость 6х4 см /родовая опухоль/. Глаза закрыты, роговицы тусклые, зрачки округлые, диаметром 0,3 см. Соединительные оболочки глаз бледно-синюшные. Рот закрыт, переходная кайма губ синюшная, зубы отсутствуют, язык за деснами. Отверстия носа, рта и наружные слуховые проходы свободные. Шея пропорциональна туловищу. Грудная клетка цилиндрической формы. Живот несколько ниже уровня грудной клетки. Пупочное кольцо без признаков воспаления, расположено посредине расстояния между мечевидным отростком и лоном. От пупочного кольца отходит сочная влажная пуповина длиной 4 см; свободный конец ее ровный. Наружные половые органы развиты правильно, большие половые губы прикрывают малые. Кожа в области заднего прохода не загрязнена. Ногти на руках заходят за кончики пальцев, на ногах – не заходят. Ядра окостенения в нижних эпифизах бедер диаметром 0,5 см. Лопатки, кости лица, верхних и нижних конечностей на ощупь целы.

ВНУТРЕННЕЕ ИССЛЕДОВАНИЕ

Толщина подкожной жировой клетчатки на груди 0,1 см, на животе 0,2 см. Мышцы шеи, груди и живота на разрезе красные, влажные. Внутренние органы расположены правильно. Высота стояния диафрагмы справа на уровне III, слева – IV ребер. Печень на 2,5 см выступает из-под края реберной дуги. Большой сальник почти не содержит жира. Петли кишечника не вздуты. Дно мочевого пузыря ниже уровня лона. Брюшина влажная, блестящая, в полости ее посторонней жидкости не содержится. Произведена легочная и желудочно-кишечная плавательные пробы. Наложены лигатуры на трахею, ниже гортани, вход и выход из желудка, в нескольких местах перевязан кишечник. Органокомплексвыделен по методу Шора и погружен в воду. Органокомплекс, органы грудной клетки, легкие, их доли, крупные и мелкие кусочки, желудок, тонкий кишечник плавают; толстый кишечник тонет. Кусочки легких плавают и после их отжимания под водой. При вскрытии желудка и тонкого кишечника под водой выделяются пузырьки воздуха. В сердечной сорочке около 2 мл прозрачной желтоватой жидкости. Внутренняя поверхность сердечной сумки гладкая. Сердце 4х3х1,5 см, вес 21,0. В полостях сердца следы жидкой крови с единичными красными свертками. Клапаны сердца тонкие, эластичные. Сухожильные нити, сосочковые и трабекулярные мышцы не изменены. Внутренняя оболочка сердца гладкая. Овальное окно и боталлов проток не заращены. Венечные артерии спавшиеся, внутренняя оболочка их гладкая. Толщина мышцы левого желудочка 0,3 см, правого 0,2 см. мышца сердца дрябловатая, на разрезе красная. Аорта шириной 1 см, края ее на поперечном разрезе разошлись на 1,2 см. Внутренняя оболочка аорты белесоватая, гладкая. В нижней полой вене незначительное количество жидкой крови, внутренняя оболочка ее гладкая. Вход в гортань свободен. Подъязычная кость и хрящи гортани целы. Щитовидная железа дольчатая, на разрезе бледно-красная. Вилочковая железа 4х2х1 см, мягкая, на разрезе розовая. Просвет трахеи и крупных бронхов свободен, слизистая оболочка верхних дыхательных путей бледно-синюшная. Лимфатические узлы заднего средостения эластичные, на разрезе розовые. Легочная плевра гладкая. Легкие пушистые, ткань на разрезе красная, с поверхности разреза при надавливании стекает незначительное количество крови. Надпочечники листовидной формы, корковое вещество желтое, мозговое коричневое. Почки 4,5х2х1 см, капсула снимается легко, поверхность почек гладкая, дольчатая ткань на разрезе красная. Толщина коркового слоя 0,2 см. Слизистая оболочка лоханок, мочеточников и мочевого пузыря бледно-синюшная. В мочевом пузыре около 10 мл прозрачной желтоватой мочи. Матка плотная, на разрезе бледно-серая. Яичники овальные, на разрезе розовые. Печень 12х8х8х3 см, капсула ее гладкая, ткань на разрезе коричневая, рисунок ткани не выражен, из перерезанных сосудов вытекает незначительное количество крови. В желчном пузыре около 3 мл жидкой желчи, слизистая оболочка его бархатистая. Поджелудочная железа мягкая, на разрезе розоватая, дольчатая. Селезенка 5х3,5х2 см, капсула слегка морщинистая , ткань на разрезе темно-красная, в соскобе незначительное количество крови. Сосочки языка слабо выражены. Миндалины овальные, на разрезе розовые. Просвет пищевода свободен, слизистая оболочка его бледно-синюшная, продольно-складчатая. В желудке около 10 мл розоватой слизи. Слизистая оболочка желудка бледно-розовая, со слабо выраженными складками. В тонком кишечнике незначительное количество белесоватой слизи, в толстом - темно-зеленые массы /меконий/. Слизистая оболочка кишечника бледно-розовая. Внутренняя поверхность кожно-мышечного лоскута головы розовая. Височные мышцы на разрезе красные. Твердая мозговая оболочка не напряжена. Мягкая мозговая оболочка тонкая, прозрачная. Извилины и борозды головного мозга слабо выражены. В желудочках мозга незначительное количество прозрачной желтоватой жидкости. Вещество мозга дряблое, на разрезе влажное, с хорошо выраженной границей между белым и серым веществом. Вскрыт позвоночник, спинной мозг и его оболочки не повреждены. Кости свода и основания черепа, позвоночник, ключицы, грудина, ребра и кости таза целы. От органов и полостей постороннего запаха не ощущается. Для судебно-биологического исследования взято около 5 мл крови. Для судебно-гистологического исследования взяты кусочки легких и пупочное кольцо.

АКТ СУДЕБНО-ГИСТОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ

ОПИСАНИЕ МАТЕРИАЛА

Стеклянная банка емкостью 0,5 л закрыта резиновой перчаткой, обвязана шпагатом и опечатана сургучной печатью. На банке этикетка с надписью:«Кусочки органов из трупа неизвестного младенца» В банке около 300 мл жидкости с запахом формалина. На слое ваты кусочки легких-4, пупочное кольцо.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ:

Фиксация в 15% растворе формалина, заливка в целлоидин, окраска гематоксилин-эозином, по Вейгерту на эластические волокна.

Легкие: дольчатое строение ткани легких не выражено. Альвеолы расправлены, просветы их свободны. Капилляры межальвеолярных перегородок заполнены кровью с нечеткими контурами эритроцитов. Бронхи округлой формы, эпителий их слущен, просветы свободны. Междольковые соединительно-тканные прослойки тонкие. Сосуды малокровны. При окраске по Вейгерту в препаратах видны эластические волокна, имеющие форму полуколец и полудуг.

Пупочное кольцо: эпидермис не изменен. Капилляры и вены полнокровны. Пупочные артерии сокращены. Внутренние оболочки противоположных стенок артерий местами соприкасаются, образуя подушкообразные выпячивания. Мышечные стенки артерий двуслойного строения. Просветы артерий свободны. Просвет вены расширен, заполнен эритроцитами с четкими контурами.

ВЫПИСКА ИЗ АКТА СУДЕБНО-БИОЛОГИЧЕСКОГО

ОПИСАНИЕ ОБЪЕКТА:

Стеклянная пробирка емкостью 8 мл закрыта корковой пробкой и опечатана сургучной печатью. На пробирке этикетка с надписью: «Кровь из трупа неизвестного младенца женского пола.»В пробирке 5 мл жидкой крови.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ:

Кровь из трупа младенца женского пола относится к группе В/III/, тип М.

Эталон № 7.

1.Является ли ребенок новорожденным? Ребенок является новорожденным на основании наличия сочной влажной пуповины, длиной 4 см; родовой опухоли в теменно-затылочной области; сыровидной смазки за ушными раковинами, в складках шеи, в подмышечных и паховых областях, а также наличия мекония в толстом кишечнике.

2.Родился ребенок живым или мертвым? Ребенок родился живым, что доказывает легочная и желудочно-кишечная плавательные пробы. Органокомплекс, органы грудной клетки, легкие, их доли, крупные и мелкие кусочки, желудок, тонкий кишечник плавают; толстый кишечник тонет. Кусочки легких плавают и после их отжимания под водой. При вскрытии желудка и тонкого кишечника под водой выделяются пузырьки воздуха. Также живорожденность подтверждается результатами гистологического исследования легких и пуповины. В легких альвеолы расправлены, просветы их свободны. Капилляры межальвеолярных перегородок заполнены кровью с нечеткими контурами эритроцитов. Бронхи округлой формы, эпителий их слущен, просветы свободны. Междольковые соединительно-тканные прослойки тонкие. Сосуды малокровны. При окраске по Вейгерту в препаратах видны эластические волокна, имеющие форму полуколец и полудуг. При исследовании пуповины выявлено, что капилляры и вены полнокровны, пупочные артерии сокращены.

3.Является ли ребенок зрелым? На каком лунном месяце внутриутробной жизни родился ребенок? Ребенок является зрелым. При осмотре толщина подкожной жировой клетчатки на груди 0,1 см, на животе 0,2 см, развита достаточно; длина волос на голове 1 см; пупочное кольцо расположено посредине расстояния между мечевидным отростком и лоном; ногтевые пластинки на пальцах рук заходят за концы пальцев; наружные половые органы развиты правильно, большие половые губы прикрывают малые. Ядра окостенения в нижних эпифизах бедер диаметром 0,5 см. Ребенок родился на 10-м лунном месяце.

4.Является ли ребенок жизнеспособным? Ребенок является жизнеспособным, так как родился ростом 50 см., весом 3700, на 10-м лунном месяце.

5.Какова причина смерти ребенка? Смерть ребенка произошла предположительно от охлаждения, так как труп был найден в сарае на полу в позе «эмбриона»: руки согнуты в локтевых суставах, прижаты к туловищу, кисти рук у подбородка, ноги согнуты в тазобедренных и коленных суставах.

6.Сколько времени жил ребенок после рождения? После рождения ребенок жил 5-6 часов, что доказывает наличие воздуха только в тонком кишечнике.

7.Имеются ли признаки ухода за ребенком? Признаков ухода за ребенком не имеется, так как труп был найден в сарае на полу.

8.Сколько времени прошло с момента наступления смерти до осмотра места происшествия? С момента наступления смерти до осмотра прошло 48 часов, так как трупное окоченение слабо выражено в мышцах нижних конечностей, в остальных группах мышц отсутствует, а также трупные пятна при надавливании не бледнеют.

9.Какова группа крови ребенка? Группа крови ребенка В/III, тип М.

8). Задача № 8.

1.Является ли ребенок новорожденным?

2.Родился ли ребенок живым или мертвым?

3.Какова причина смерти ребенка?

4.Является ли ребенок зрелым? На каком лунном месяце внутриутробной жизни рожден ребенок?

5.Является ли ребенок жизнеспособным?

6.Сколько времени жил ребенок после рождения?

7.Имеются ли признаки ухода за ребенком?

8.Какова группа крови ребенка?

9. Сколько времени прошло с момента смерти ребенка до осмотра места происшествия?

ОСМОТРОМ УСТАНОВЛЕНО

Квартира № 2 в доме № 174 по улице Советской в г.Оренбурге расположена на втором этаже деревянного двухэтажного здания. Состоит из одной комнаты , коридора, кухни. Входная дверь двустворчатая, обита черной клеенкой. Коридор длиной 5м. В конце коридора дверь, ведущая в кухню, дверь в комнату в правой стене коридора. Комната прямоугольная, 3х5 м, высотой около 2м. Пол деревянный, выкрашенный в красный цвет. Дверь в комнату расположена в восточной стене. У стены, влево от входной двери никелированная застланная кровать с тремя большими подушками. Кровать покрыта розовым шелковым покрывалом. У северной стены диван. В углу, образованном северной и западной стенами, швейная машина. В центре комнаты круглый стол, покрытый белой кружевной скатертью. Вокруг стола четыре стула. Над столом хрустальная люстра. Под кроватью находится жестяное ведро, в котором обнаружен труп ребенка, завернутый в кусок грязной хлопчато- бумажной ткани, испачканной подсохшей кровью.

Труп находится в полусидячем положении. Руки согнуты в локтевых суставах над углом 30 градусов, прижаты к груди. Ноги согнуты в тазобедренных и коленных суставах под углом примерно 45 градусов, прижаты к животу. Труп младенца женского пола. Правильного телосложения, удовлетворительного питания. Рост 51см. трупное окоченение выражено умеренно во всех обычно исследуемых группах мышц. В поясничной области, на ключицах, на бедрах бледно-фиалетовые трупные пятна, не бледнеющие при надавливании. Волосы на голове темно русые длиной до 1см. глаза закрыты . роговицы мутноватые, зрачки округлые, диаметром 0,7см каждый. Соединительные оболочки глаз бледно-серые. Отверстия рта, носа, наружные слуховые проходы свободные. Рот закрыт. Переходная кайма губ бледно-розовая, подсохшая. Язык за деснами. Шея развита соответственно туловищу. На коже средней части шеи косовосходящая замкнутая одиночная странгуляционная борозда. На передней поверхности шеи борозда располагается на уровне щитовидного хряща, справа – на 1,5 см, слева – на 0,5см ниже углов нижней челюсти. Сзади верхний край борозды расположена2,3 см ниже наружного затылочного бугра. Общая длина борозды 20см, ширина ее до 0,6 см, глубина 0,2 см. Валики борозды слабо выражены, дно бледно-серое, мягкое.

Грудная клетка цилиндрической формы. Живот ниже уровня грудной клетки. Пупочной кольцо расположено по средней линии живота, посредине между мечевидным отростком и лоном. Кожа пупочного кольца не нарушена. Пуповина длиной 74 см, влажная, блестящая, диаметром 0,8см. от пупочного кольца пуповина направляется вверх и несколько на левую боковую поверхность шеи, поворачивает вправо несколько вверх по задней поверхности шеи, переходит на правую боковую и переднюю ее поверхности, где располагается почти горизонтально, перекрещиваясь на левой боковой поверхности шеи с восходящей частью пуповины. Противоположный конец пуповины прикреплен к центральной части плаценты, диаметр которой 17см. плацента буровато – красная, дольки ее сохранены. Наружные половые органы развиты правильно, большие половые губы прикрывают малые. Кожа вокруг заднего прохода испачкана темно- зелеными массами. На кожных покровах трупа белесоватые, творожистые массы ( сыровидная смазка) и подсохшая кровь. Ногти на руках выступают за кончики пальцев, на ногах - достигают кончики пальцев. Кости тела на ощупь целы.Труп направлен в морг Оренбургского Областного Бюро судебно-медицинской экспертизы для исследования.

НАРУЖНЕЕ ИССЛЕДОВАНИЕ.

Труп младенца женского пола. Правильного телосложения, удовлетворительного питания. Рост 51см, ВЕС 3000,0. Окружность головы 36см, окружность груди 34см, ширина плеч 12см. Трупное окоченение выражено умеренно во всех обычно исследуемых группах мышц. В поясничной области, на ключицах, на бедрах бледно-фиолетовые трупные пятна, не бледнеющие при надавливании. Кожа лица синюшно-красная, передней тела – синюшная. На кожных покровах тела помарки засохшей крови, зеленоватые кашицеобразные массы (первородный кал). В складках тела белесоватые, творожистые массы (сыровидная смазка). Пушковые волосы слабо выражены на наружных поверхностях обоих плеч и на предплечье и поверхности грудной клетки. Волосы на голове темно русые длиной до 1см. глаза закрыты , роговицы мутноватые, зрачки округлые, диаметром 0,7см каждый. Соединительные оболочки глаз бледно-серые. Отверстия рта, носа, наружные слуховые проходы свободные. Рот закрыт. Переходная кайма губ бледно-розовая, подсохшая. Зубы отсутствуют. Язык за деснами. Слизистая оболочка десен и полости рта бледно-розовая. Шея развита соответственно туловищу. На коже средней части шеи косовосходящая замкнутая одиночная странгуляционная борозда. На передней поверхности шеи борозда располагается на уровне щитовидного хряща, на правой боковой – на 1,5 см, на левой – на 0,5см ниже углов нижней челюсти. Сзади верхний край борозды расположена2,3 см ниже наружного затылочного бугра. Общая длина борозды 20см. Окружность шеи на этом уровне 20,5см. Ширина борозды спереди и слева 0,6 см, справа и сзади 0,5 см, глубина ее 0,2 см. Валики борозды неотчетливые, дно бледно-серое, мягкое. Грудная клетка цилиндрической формы. Живот ниже уровня грудной клетки. Пупочной кольцо расположено по средней линии живота, посредине между мечевидным отростком и лоном. Кожа пупочного кольца не изменена. Пуповина длиной 74 см, влажная, блестящая, диаметром 0,8см. противоположный конец пуповины прикреплен к центральной части плаценты, диаметр которой 17см., вес 500,0 ткань на разрезе буровато – красная, дольки ее сохранены. Наружные половые органы развиты правильно, большие половые губы прикрывают малые. Кожа вокруг заднего прохода испачкана темно- зелеными массами. Ногти на руках выступают за кончики пальцев, на ногах - достигают кончики пальцев. В эпифизах бедренных костей и в пяточных костях обнаружены ядра окостенения диаметром до 0,5см. Лопатки, кости лица, верхних и нижних конечностей на ощупь целы.

ВНУТРЕНЕЕ ИССЛЕДОВАНИЕ.

Толщина подкожной жировой клетчатки на груди 0,2см, на животе 0,2см. мышцы шеи, груди и живота на разрезе влажные , красные. Высота стояния диафрагмы справа – на уровне IV ребра, слева – на уровне Vребра. Печень на 3 см выступает из- под края реберной дуги. Наложены лигатуры на трахею ниже перстневидного хряща, в области перехода пищевода в желудок, у выхода их желудка, на верхний отдел тощей кишки и на нижний отдел прямой кишки. Большой сальник не содержит жира. Петли кишечника спавшиеся, серозная оболочка их серовато-розовая. Мочевой пузырь ниже лона. Брюшина гладкая, блестящая, в полости ее незначительное количество желтоватой прозрачной жидкости. Легкие выполняют грудной полость, передние края их закруглены. Плевральные полости свободные, пристеночная плевра гладкая. В сердечной сумке несколько капель желтоватой прозрачной жидкости, внутренняя поверхность ее гладкая. Блестящая. Пупочные сосуды проходимы, внутренняя оболочка гладкая. В просвете следы жидкой крови. Комплекс органов, органы грудной клетки, правое и левое легкое, их доли и кусочки, а так же желудок и кишечник, погруженные в воду, плавают. После отжимания кусочки легких продолжают плавать. При вскрытии желудка и кишечника под водой выделяется значительное количество пузырьков воздуха. Сердце 3х5, 5х2 см, полости его пусты. Овальное отверстие и Боталлов проток не заращены. Внутренняя оболочка сердца гладкая. Мышца сердца плотная, на разрезе буровато-красная. Стенки венечных артерий тонкие, внутренняя оболочка их гладкая. Ширина аорты на уровне диафрагмы 0,9см, внутренняя оболочка ее гладкая. В просвете нижней полой вены жидкая кровь, внутренняя оболочка ее гладкая. Вход в гортань свободен. Подъязычная кость и хрящи гортани целы. Щитовидная железа дольчатая, на разрезе буровато-красная. Зобная железа 5х3х0,5см, дрябловатая, на разрезе красновато-розовая. Просветы трахеи и крупных бронхов свободные. Слизистая оболочка верхних дыхательных путей бледно-розовая. Легочная плевра гладкая, блестящая , под ней округлые темно-красные кровоизлияния диаметром от 0,1 до 0,3см. поверхность легких мраморного вида, ткань пушистая, на разрезе темно-красная, с поверхности разреза стекает умеренное количество красноватой пенистой жидкости. Надпочечники листовидной формы, корковое и мозговое вещество хорошо различимо. Почки 5,0х2,5х2 см., капсула снимается легко, поверхность дольчатая. Ткань почек плотная, на разрезе темно-красная , рисунок ткани хорошо выражен. Слизистая оболочка лоханок, мочеточников и мочевого пузыря бледно-серая. В мочевом пузыре около 10мл желтой прозрачной мочи. Матка плотная, на разрезе бледно-серая. Яичники овальные, на разрезе белесоватые. Печень 11х6х6,5см, капсула гладкая, ткань плотная, на разрезе буровато-коричневая, рисунок строения ткани не выражен. В желчном пузыре около 2см 3 светло-оливковой желчи. Слизистая оболочка пузыря желтовато-зеленая, бархатистая. Желчные пути проходимы. Поджелудочная железа мягкая, на разрезе серовато-розовая, дольчатая. Селезенка 5х2х1,5см, капсула ее морщинистая, ткань дрябловатая, на разрезе темно-красная, без соскоба. Сосочки языка хорошо выражены. Миндалины овальные, на разрезе бледно-розовые. Просвет пищевода свободен, слизистая оболочка его бледно-розовая, с хорошо выраженной продольной складчатостью. В желудке незначительное количество сероватой слизи. Слизистая оболочка желудка розовато-серая, складчатость не выражена. В тонком кишечнике незначительное количество сероватой слизи, в толстом – темно-зеленые массы (меконий). Слизистая оболочка кишечника розовато-серая, умеренно складчатая. Внутренняя поверхность кожно-мышечного лоскута головы серовато-розовая. В правой теменно-височной области округлая мягкая припухлость диаметром 7см (родовая опухоль). На разрезе этой области обнаружена студенистая розовая масса толщиной до 1см. Височные мышцы на разрезе красные. Большой родничок 3х2см, твердая мозговая оболочка не напряжена, в синусах ее жидкая кровь. Мягкая мозговая оболочка тонкая, прозрачная. Артерии основания мозга спавшиеся, внутренняя оболочка их гладкая. Борозды и извилины мозга слабо выражены. В желудочках мозга незначительное количество желтоватой прозрачной жидкости. Вещество мозга желеобразное, на разрезе влажное, блестящее. Граница между серым и белым веществом хорошо выражена. Кости свода и основания черепа, грудина, ключицы, ребра, позвоночник и кости таза целы. От органов и полостей трупа постороннего запаха не ощущается. Для гистологического исследования изъяты кусочки легких, пупочное кольцо, участок кожи из области странгуляционной борозды. Для судебно-биологического исследования взято 5мл крови.

Расположение странгуляционной борозды на передней, правой боковой , левой боковой , задней поверхностях шеи.

АКТ СУДЕБНО-ГИСТОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ:

ОПИСАНИЕ МАТЕРИАЛА: стеклянная банка емкость 005л покрыта резиной перчаткой, перевязана черными нитками и опечатана сургучной печатью. На банке этикетка с надписью: « Кусочки органов из трупа новорожденного». В банке содержится около 350мл жидкости с запахом формалина. На слое ваты кусочки легких и кожи.

Фиксация в 15% растворе формалина, заливка в целлоидин, окраска гематоксилин-эозином. Препараты легких, кроме того, окрашены по Веигерту на эластическую ткань.

Легкие: дольчатое строение ткани не выражено. Альвеолы расправлены, просветы большинства альвеол пусты, в некоторых из них гомогенная розовая жидкость. Капилляры межальвеолярных перегородок заполнены эритроцитами. Бронхи расправлены, округлой формы, местами встречаются единичные спавшиеся бронхи. Междольковые полости тонкие. Эластические волокна имеют форму полуколец и полудуг.

Пупочное кольцо: эпидермис не изменен. Коллагеновые волокна дермы гомогенизированы. Капилляры и вены дермы резко полнокровные. Пупочные артерии сокращены. Мышечная оболочка двухслойная, внутренняя оболочка образует подушкообразные выпячивания. Вена спавшаяся, стенка ее волнистая, в просвете незначительное количество эритроцитов с нечеткими контурами. Просветы артерии свободны.

Кожа шеи: в одном из участков препарата эпидермис утолщен, роговой слой местами отсутствует, подлежащие слои резко базофильны. Базальная мембрана в виде прямой линии. Придатки кожи уплощены, расположены почти параллельно поверхности эпидермиса. Сосочковый слой дермы слабо базофилен. Коллагеновые волокна сосочкового слоя и сетчатого слоя набухшие, местами гомогенизированы. В дерме и подкожной клетчатке видны обширные кровоизлияния с проникновением эритроцитов по межтканевым щелям на значительное расстояние. Капилляры сосочкового слоя дермы полнокровны. В одном из участков препарата в подкожной клетчатке артерии резко расширены, заполнены эритроцитами, в противоположном- спавшиеся, вены полнокровны.

ОПИСАНИЕ ОБЪЕКТА:

Стеклянная пробирка емкостью 8мл закрыта черной резиновой пробкой и опечатана сургучной печатью. На пробирке этикетка с надписью «Кровь из трупа младенца женского пола гражданки» В пробирке содержится 5мл жидкой крови.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ:

Кровь из трупа младенца женского пола относится к группе В (III), тип М.

Эталон № 8.

1.Является ли ребенок новорожденным? Да, является т.кна кожных покровах беловатые сыровидные массы, помарки подсохшей крови, зеленоватые кашицеобразные массы (меконий). Имеется пуповина, пуповина длиной 74 см, влажная, блестящая, диаметром 0,8см. Противоположный конец пуповины прикреплен к центральной части плаценты, диаметр которой 17см. плацента буровато – красная, дольки ее сохранены. В правой теменно-височной области округлая мягкая припухлость диаметром 7см (родовая опухоль).

2.Родился ребенок живым или мертвым?Ребенок родился живым, что доказывает легочная и желудочно-кишечная плавательные пробы. Комплекс органов, органы грудной клетки, правое и левое легкое, их доли и кусочки, а так же желудок и кишечник, погруженные в воду, плавают. После отжимания кусочки легких продолжают плавать. При вскрытии желудка и кишечника под водой выделяется значительное количество пузырьков воздуха**.** Также живорожденность подтверждается результатами гистологического исследования легких и пуповины. В легких альвеолы расправлены, просветы большинства альвеол пусты, в некоторых из них гомогенная розовая жидкость. Капилляры межальвеолярных перегородок заполнены эритроцитами. Бронхи расправлены, округлой формы, местами встречаются единичные спавшиеся бронхи. Междольковые полости тонкие. Эластические волокна имеют форму полуколец и полудуг. При исследовании пуповины выявлено, что капилляры и вены дермы резко полнокровные. Пупочные артерии сокращены. Вена спавшаяся, стенка ее волнистая, в просвете незначительное количество эритроцитов с нечеткими контурами.

3.Какова причина смерти ребенка? Причина смерти удавление пуповиной, что подтверждается наличием на коже средней части шеи косовосходящей замкнутой одиночной странгуляционной бороздой. На передней поверхности шеи борозда располагается на уровне щитовидного хряща, справа – на 1,5 см, слева – на 0,5см ниже углов нижней челюсти. Сзади верхний край борозды расположена2,3 см ниже наружного затылочного бугра. Общая длина борозды 20см, ширина ее до 0,6 см, глубина 0,2 см. Валики борозды слабо выражены, дно бледно-серое, мягкое. Пуповина длиной 74 см, влажная, блестящая, диаметром 0,8см. от пупочного кольца пуповина направляется вверх и несколько на левую боковую поверхность шеи, поворачивает вправо несколько вверх по задней поверхности шеи, переходит на правую боковую и переднюю ее поверхности, где располагается почти горизонтально, перекрещиваясь на левой боковой поверхности шеи с восходящей частью пуповины. При гистологическом исследовании кожи шеи в одном из участков препарата эпидермис утолщен, роговой слой местами отсутствует, подлежащие слои резко базофильны. Базальная мембрана в виде прямой линии. Придатки кожи уплощены, расположены почти параллельно поверхности эпидермиса. Сосочковый слой дермы слабо базофилен. Коллагеновые волокна сосочкового слоя и сетчатого слоя набухшие, местами гомогенизированы. В дерме и подкожной клетчатке видны обширные кровоизлияния с проникновением эритроцитов по межтканевым щелям на значительное расстояние. Капилляры сосочкового слоя дермы полнокровны.

4.Является ли ребенок зрелым? На каком лунном месяце родился ребенок?- Ребенок является зрелым т.к ребенок правильного телосложения, удовлетворительного питания. Рост 51 см., вес 3000 г., окружность головы 36 см, груди 34 см, ширина плеч 12 см. Пупочной кольцо расположено по средней линии живота, посредине между мечевидным отростком и лоном, ногтевые пластинки на пальцах рук заходят за концы пальцев; наружные половые органы развиты правильно, большие половые губы прикрывают малые. Ядра окостенения в нижних эпифизах бедер диаметром 0,5 см. Ребенок родился на 10-м лунном месяце.

5.Является ли ребенок жизнеспособным? Ребенок является жизнеспособным, так как родился ростом 51 см., весом 3000 гр., на 10-м лунном месяце.

6.Сколько времени жил ребенок после рождения? Ребенок жил от 12 до 24 часов после рождения. На это указывает то, что кишечник полностью заполнен воздухом, в толстом отделе кишечника меконий, у основания пуповины нет демаркационного кольца.

7.Имеются ли признаки ухода за ребенком?- Признаков ухода нет. Пуповина не отсечена от плаценты, труп ребенка, завернут в кусок грязной хлопчато- бумажной ткани, испачканной подсохшей кровью.

8.Какова группа крови ребенка?- Кровь из трупа младенца женского пола относится к группе В (III), тип М.

9.Сколько времени прошло с момента смерти ребенка до осмотра места происшествия?- С момента смерти ребенка до осмотра места происшествия прошло около от 24 до 48 часов.

9).Задача № 9.

Во дворе дома 03.0I.13г. подросток бросил кусок льда в лицо г-ну Н. 44 лет. При освидетельствовании 08.01.13г.: в центре лба на 4 см выше переносицы овальная ссадина, 3x2см. покрытая плотной темно-бурой корочкой, слегка отслаивающейся по периферии. На верхних веках обоих глаз распространенные багрово-синие кровоподтеки с желтоватым оттенком по периферии.

1. Определить вид, характер, локализацию повреждений.

2. Установить механизм возникновения повреждения.

3. Решить вопрос о давности возникновения повреждений.

4. Установить тяжесть причиненного вреда здоровью человека.

Эталон № 9.

1. Повреждения у гр.Н. носят характер кровоподтеков и ссадин лица.

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

3. Учитывая, что ссадины имеют признаки отслоения корочки периферии, кровоподтек имеет желтоватый оттенок, давность возникновения - в пределах 3-5 суток к моменту обращения.

4. Эти повреждения не влекут за собой кратковременного расстройства здоровья или незначительной стойкой утраты общей трудоспособности (медицинские критерии п.9) и расцениваются как повреждения, не причинившие вред здоровью человека.

10).Задача №10

В бытовой ссоре на кухне 06.12.12.г. соседка плеснула кипящую воду из кастрюли на руку гр-ки К. 40 лет. Потерпевшая сразу обратилась втравм пункт больницы. В справке из травм пункта указано, что 06.12.12.г. у гр-ки К. имел место ожог тыльной поверхности правой кисти 1-2ст. Произведена обработка ожоговой поверхности, наложена повязка с мазью Вишневского.

При освидетельствовании 12.12.12.г.: на тыльной поверхности правой кисти в области основных фаланг 2-5 пальцев и 2-5 пястных костей кожа лишена надкожицы, синюшно-розовая, гладкая, влажная, с небольшим мутноватым отделяемым. Край участка неровный, с остатками надкожицы в виде бахромок. При повторном освидетельствовании 25.12.12.г. кожа на тыльной поверхности правой кисти с тонкой блестящей, слегка сморщенной, бледно-розовой надкожицей. Движения пальцев кисти в полном объеме.

1. Определить вид, характер, локализацию повреждений.

2. Установить механизм возникновения повреждения.

3. Решить вопрос о давности возникновения повреждений.

4. Установить тяжесть причиненного вреда здоровью человека.

Эталон № 10.

1. Повреждения у гр-ки К. носили характер ожогов тыльной поверхности правой кисти.

2. Учитывая особенности повреждения на момент обращения, отсутствие надкожицы, влажная поверхность с мутноватым отделяемым, надкожица по периферии ожогов в виде «бахромки», есть основание утверждать, что повреждение возникло от горячей жидкости.

3. Описание повреждений при поступлении в больницу соответствует давности в пределах суток (не воспаленная раневая поверхность, наличие пузырей на ожоговой поверхности и пр.).

4. Это повреждение потребовало лечение на срок менее 21 дня, согласно медицинских критериев п.8.1., имеющееся повреждение является легким вредом, причиненным здоровью человека.

11) Задача №11

Около 11 часов 02.09.12г. одноклассник ударил портфелем по лицу несовершеннолетнего П. 12 лет. При освидетельствовании 02.09.12г.: спинка носа припухшая, на ней темно-синий овальный кровоподтек, 5x4см. В носовых ходах следы засохшей крови. Носовое дыхание не нарушено, жалобы на болезненность при ощупывании носа. На рентгенограммах определяется поперечный перелом носовых костей в средней части без смещения отломков.

При повторном освидетельствовании 09.12.12г. Нос не деформирован, кровоподтек бледно-желтого цвета. Жалобы на небольшую болезненность при ощупывании спинки носа.

1. Определить вид, характер, локализацию повреждений.

2. Установить механизм возникновения повреждения.

3. Решить вопрос о давности возникновения повреждений.

4. Установить тяжесть причиненного вреда здоровью человека.

Эталон №3

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

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

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

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

12) Задача №12

В ссоре 03.11.12.г. сосед ударил г-на Щ., 29 лет, топором по правой руке и отрубил 1 палец. В справке травмпункта 03.1I.12.г. указано, что у Щ. отсутствует половина основной фаланги первого пальца правой кисти. Раневая поверхность на культе ровная, кровоточащая. В хирургическом отделении больницы произведена ампутация 1 пальца в пястно-фаланговом суставе. Послеоперационный период протекал без осложнений, швы сняты на 7 день.

При освидетельствовании 17.11.12г: первый палец правой кисти отсутствует с уровня пястно-фалангового сустава. Культя хорошо сформирована: на ней - линейный розово-синюшный рубец, длиной 2,5см, плотный, малоподвижный, болезненный при ощупывании. Движение остальных пальцев кисти в полном объеме.

1. Определить вид, характер, локализацию повреждений.

2. Установить механизм возникновения повреждения.

3. Решить вопрос о давности возникновения повреждений.

4. Установить тяжесть причиненного вреда здоровью человека.

Эталон №4

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

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

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

4. Это повреждение квалифицируется, как повреждение вызвавшее вред здоровью средней тяжести по признаку длительного (более 21 дня) расстройства.

13) Задача №13.

В ссоре 23.10.12.г. пьяный знакомый откусил кончик носа г-ну 3., 34лет. Обратился в травмпункт, где наложена давящая пращевидная повязка. При освидетельствовании 29.10.12.г. дефект мягких частей спинки и кончика носа, неправильной треугольной формы с неровными крупнофестончатыми краями, размерами 2,5x3,2см; в верхнем углу дефекта на 0,2см выступает хрящевая часть спинки носа. Края раневой поверхности припухшие, несколько отечные, красновато-синюшного цвета, такая же и слизистая перегородки носовых ходов. Грануляция вялая, слабо кровоточащая. При повторном осмотре 12.1 I.12г.: кончик носа отсутствует. Края дефекта неровные, рубцово-деформированные, втянутые, синюшно-розовые. Носовое дыхание не нарушено.

1. Определить вид, характер, локализацию повреждений.

2. Установить механизм возникновения повреждения.

3. Решить вопрос о давности возникновения повреждений.

4. Установить тяжесть причиненного вреда здоровью человека.

5. Является ли повреждение изгладимым?

Эталон № 13.

1. Повреждение у гр-на 3. носят характер дефекта мягких тканей носа.

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

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

4. Данное повреждение квалифицируется как повреждение, вызвавшее легкий вред здоровью, по признаку кратковременного (менее 21 дня) расстройства здоровья.

5. Повреждение является неизгладимым.

14). Задача№14

Гр-ка Г., 15 лет, заявила, что вечером по пути домой была изнасилована неизвестным мужчиной. Защищаясь, отталкивала мужчину, он бил ее кулаками и ногами по телу. Во время полового акта боли не чувствовала, крови не было. Специальный анамнез: месячные с 13 лет, регулярные, через 28 дней, по 5 дней, безболезненные. Последние были за 2 воскресенья до происшествия. Половая жизнь до этого случая отрицает. При объективном обследовании установлено, что на передней поверхности грудной клетки в области рукоятки грудины расположен округлый кровоподтек красно-синего цвета, размером 2 х 1,5 см. На лбу, в правой скуловой области, на левой щеке и на подбородке - ссадины неправильной формы под корочкой красно-бурого цвета, размерами от 0,5 х 0,8 см до 1,5 х 1,2 см. Вторичные половые признаки представлены в виде хорошо выраженногооволосения под мышками и на лобке. Молочные железы полушаровидной формы размерами 26 х 18 см. Соски выражены, бледно-коричневого цвета, околососковые кружки также бледно-коричневого цвета, из сосков при надавливании ничего не выделяется. Данные антропометрических измерений: окружность грудной клетки в спокойном состоянии – 70 см, на вдохе – 73 см, на выдохе – 67 см, окружность плеча в средней трети -41 см, окружность бедра в средней трети – 60 см, окружность голени в средней трети – 34 см, рост, стоя – 158 см, сидя – 62 см. Вес 59 кг Зубов 28. Размеры таза: расстояние между остями – 23 см, между гребнями – 26 см, между вертелами – 29 см, внешняяконьюгата – 13 см. Наружные половые органы развиты и сформированы правильно. Слизистая оболочка входа влагалища розово-синюшная, без повреждений. Девственная плева кольцевидной формы, мясистая, со слегка закругляющимся избыточным невредимым свободным краем, опадающим книзу. Высота девственной плевы от 0,3 до 0,6 см. Отверстие плевы в растянутом виде 3 см. Соотношение величины шейки и тела матки 1:3. В содержимом из влагалища при судебно-иммунологическом исследовании обнаружены сперматозоиды.

Дать обоснованные ответы на следующие вопросы:

1. Нарушена ли у гр-ки Г. целостность девственной плевы?

2. Допускает ли строение девственной плевы половой акт без нарушения ее целостности?

3. Имеются ли признаки того, что с гр-кою Г. был совершен половой акт?

Ответ: У гражданки Г. нарушена целостность девственной плевы , о чем свидетельствует описание «…Девственная плева кольцевидной формы, мясистая, со слегка закругляющимся избыточным невредимым свободным краем, опадающим книзу. Высота девственной плевы от 0,3 до 0,6 см. Отверстие плевы в растянутом виде 3 см..». Строение девственной плевы в данном случае не допускает половой акт без нарушения целости девственной плевы. Основным признаком что с гражданкой Г. был совершен половой акт свидетельствует судебно-иммунологическое исследование, при котором обнаружены сперматозоиды.

15) Задача №15.

Гр-ка К., 16 лет, рассказала, что два дня тому назад шла к школе через лес, из-за деревьев вышел незнакомый мужчина, свалил ее на землю стал срывать из нее одежду, ложился на нее и попробовал выполнить с ней половой акт. Боль она не чувствовала, крови не было. Жалоб не выражает.

Специальный анамнез: месячные с 15 лет, регулярные по 5 дней, болезненные, последние были в прошлом месяце 3 воскресенья назад. Половую жизнь до этого проишествия отрицает.

При объективном обследовании установлено, что гр-ка К. имеет правильное телосложение, пониженного питания. Каких-либо повреждений на теле не обнаружено. Вторичные половые признаки представлены оволо-сением под мышками и на лобке, волосы редкие, прямые, длиной до 1,5 см. Молочные железы полушаровидной формы размерами 18x14 см, без уплотнений. Соски и околососковые кружки бледно-коричневого цвета. Данные антропометрических измерений: окружность грудной клетки в спокойном состоянии – 89 см, на вдохе – 72 см, на видохе -68 см, окружность плеча в средней трети – 40 см, окружность голени в средней трети – 33 см. Рост, стоя – 157 см, сидя – 61 см. Размеры таза: расстояние между остями 21 см, между гребнями – 25 см, между вертелами – 28 см, внешняя коньюгата – 16 см. Внешние половые органы развиты и сформированны правильно. Слизистая оболочка входа влагалища бледно-красного цвета, без повреждений. Девственная плева в прошлом кольцеобразной формы, средней высоты и мясистости, на цифре 6 условного циферблата часов имеется выемка, которая доходит к основе плевы, края ее без кровоизлияний, в глубине отмечается нежный белесоватый рубец. Отверстие плевы в растянутом виде 3,2 см, кольцо сокращения не выражено. Тело матки отклонено назад, подвижное, придатки безболезненные. При судебно-иммунологическом исследовании содержания влагалища сперматозоиды не обнаружены.

Дать обоснованные ответы на следующие вопросы:

1. Нарушена ли целость девственной плевы у гр-киК. но какой давности это нарушение?

2. Достигла ли гр-ка К. половой зрелости?

Ответ: Гражданка К. достигла половой зрелости, целостность девственной плевы не нарушена.

16). Задача 16.

Достаточно ли приведенных ниже данных для достоверной идентификации обнаруженных скелетированных останков как останков гр-на В.?

При исследовании скелетированных останков обнаружено: длина скелета 182 см. Окружность черепа 56 см. Имеется полное заращение сагиттального шва. Наблюдается вальгусная (Х-образная) деформация голеней. Длина стопы 28 см. На внутренней поверхности черепа имеются множественные пальцевидные вдавления. Кости черепа истончены. Кости спинки носа вдавлены и смещены вправо. Передние 4 зуба на верхней и нижней челюсти отсутствуют. Лунки этих зубов полностью заращены грубоволокнистой костной тканью. Остальные зубы целы. 5-й зуб слева на нижней челюсти имеет пломбу из амальгамы, установленную с внутренней поверхности. На нижней челюсти на 6, 7, 8-м зубах с обеих сторон имеются мостовидные протезы из металла белого цвета.  
Родственники пропавшего без вести 35-летнего В. предоставили для исследования фотографии, паспорт, амбулаторную карту и карту из стоматологической поликлиники, ботинки 44-го размера и кепку 58-го размера.  
На исследуемом черепе и представленных фотографиях отображена физиологическая правосторонняя асимметрия лица. Проведенное фотосовмещение в трех проекциях дало положительный результат. В стоматологической карточке сообщается о лечении у стоматолога, заключающемся в установке мостовидных (из металла белого цвета) протезов, пломбировании 5-го зуба нижней челюсти слева и удалении корней передних 4 зубов на верхней и нижней челюсти.  
Каблуки ботинок, которые носил В. незадолго до исчезновения, сильно стерты с внутренней стороны.

Ответ: Достаточно данных.

17) Задача 17.

Можно ли по имеющимся данным достоверно идентифицировать труп неизвестной женщины как труп гр-ки Б.?

Из материалов дела известно, что гр-ка Б. пропала без вести месяц назад. В соответствии с описанием внешности Б. - женщина 59 лет, рост 160 см, русоволосая, лицо крупное, нос большой. Из особых примет родственники отмечают деформацию пальцев рук и утолщение межфаланговых суставов. В представленном паспорте имеется отметка о третьей резус-положительной группе крови.  
При исследовании трупа неизвестной женщины, которую родственники Б. затруднились опознать как Б. из-за резко выраженных гнилостных изменений, установлено: труп длиной 155 см, кожные покровы зеленого цвета, на лице уплотнены, с коричневым оттенком, в области живота на передней стенке мягкие ткани отсутствуют. Кожа на кистях рук уплотнена с коричневым оттенком. Фаланги пальцев прямые, тонкие. При исследовании костей свода черепа отмечается полное заращивание сагиттального, теменно-затылочного и лобно-теменных швов, а также западение наружных костных пластинок теменных костей. Из-за резко выраженных гнилостных изменений причина смерти не установлена.  
При судебно-биологическом исследовании кровь из трупа неизвестной женщины определена как первая резус-отрицательная.

Ответ: Нет нельзя, различные группы крови.

18)Задача 18.

1. Можно ли достоверно идентифицировать труп неизвестного мужчины как труп гр-на Ю.?

2. Какую информацию несут особенности, обнаруженные при наружном осмотре и внутреннем исследовании трупа?

При исследовании трупа неизвестного установлено: труп мужчины правильного телосложения, пониженного питания, длиной 160 см.

Окружность головы 55 см. Волосы на голове густые, черного цвета, коротко подстрижены. Лоб низкий, узкий. Брови густые, дугообразные, сросшиеся. Спинка носа резко смещена вправо. Передние 4 зуба, а также 7-й и 8-й зубы на верхней и нижней челюстях отсутствуют с обеих сторон. Лунки отсутствующих зубов сглажены и полностью заращены. Жевательная поверхность остальных зубов имеет выраженную потертость. В области левого угла рта имеется горизонтальный рубец белого цвета и мягкой консистенции длиной 4 см и шириной 0,5 см. Шея короткая. На тыле правой кисти имеется татуировка, изображающая солнце с чередующимися шестью длинными и семью короткими лучами, в области левой дельтовидной мышцы - татуировка в виде головы леопарда. Концевые фаланги 1, 4 и 5-го пальцев, а также концевые и средние фаланги 2 и 3-го пальцев правой руки отсутствуют. Длина стоп 26 см.  
При внутреннем исследовании обнаружен цирроз печени, констатирована смерть в результате отравления алкоголем.  
Экспертом-криминалистом были произведены дактилоскопирование и фотографирование трупа.  
Через 4 дня из ЭКЦ УВД был получена справка, из которой следовало, что отпечатки пальцев трупа неизвестного мужчины совпадают с отпечатками ранее судимого Ю.

Ответ:1.Да можно, т.к. проведена дактилоскопия (отпечатки пальцев являются индивидуальным признаком). 2. Признаки, характеризующие личность неизвестного умершего человека используются для сравнительных судебно-медицинских исследований для установления тождества личности трупа умершего неизвестного и пропавшего без вести человека. Признаки бывают общие (постоянные) и частные (непостоянные). И те и другие устанавливают при наружном и внутреннем исследовании трупа, а некоторые (частные) при лабораторных исследованиях.

19) Задача № 19.

Труп гр-на К., 18 лет, обнаружен в гараже с признаками насильственной смерти. В теменной области справа дугообразная рана, длиной при сведенных краях 3,2 см., глубиной 1 см., в дне раны видны кости черепа и кровоподтечные мягкие ткани, в концах раны тканевые перемычки, в окружности раны овальное осаднение, 2,0х2,5см. В кожно-мышечном лоскуте головы в проекции раны темно-красное, сочное кровоизлияние, 6,5х8 см. В теменной области справа в проекции раны овальный вдавленный перелом теменной кости, 13х8см. Края перелома неровные с преимущественным отщеплением по внутренней костной пластинке; скошены. Под твердой мозговой оболочкой в теменной доле справа жидкая темная кровь, на участке, 7х6,5см. Под мягкой мозговой оболочкой в теменной доле справа кровоизлияние неправильно-овальной формы, 14,5х13см, здесь же обнаружено темно-вишневое кровоизлияние в виде точек и запятых, местами сливающихся между собой и не исчезающих при поглаживании спинкой ножа в белом и сером корковом веществе полушарий головного мозга в теменной доле справа на участке 4,5х4,8см, на глубину 0,9см. В полостях сердца и в просвете крупных сосудов жидкая темная кровь и рыхлые темно-вишневые свертки крови.

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

Эталон № 19.

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

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

3. Наличие кровоизлияний в мягких тканях вокруг ушибленной раны в теменной области справа, кровоизлияний под твердой и мягкой мозговыми оболочками головного мозга свидетельствуют о том, что открытая черепно- мозговая травма является прижизненной. Смерть наступила в короткий промежуток времени, исчисляемый временным промежутком от нескольких минут до нескольких часов после причинения выше указанных повреждений.

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

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

20) Задача № 20.

Труп гр-на Б., 23 лет, обнаружен 12.03.с.г. в своей квартире с признаками насильственной смерти. На передней брюшной стенке справа в мезогастральной области, на расстоянии 3 см от средней линии имеются два овальных бледно-синюшных кровоподтека, 5х3,5 см и 4х3,5 см. Аналогичные по свойствам кровоподтеки обнаружены в области пупка влево от средней линии, 6х2,5 см, вдоль нижнего края левой реберной дуги, 12х3,5 см. Брюшина перламутрового вида, гладкая, влажная. Имеется овальное, бледно-синюшное кровоизлияние в пристеночную брюшину по передней поверхности, по средней линии в эпигастральной области и на уровне пупка, 10х7 см. В брюшной полости содержится около 2000 мл жидкой, темно- вишневой крови и рыхлых свертков крови. При ревизии брюшной полости обнаружено массивное, сочное, темно-красно-вишневое, инфильтрирующее кровоизлияние в корень брыжейки тонкого кишечника, на участке 19х20 см. В пристеночной брюшине темно-вишневое кровоизлияние. На фоне кровоизлияния имеются сливающиеся между собой очаги размозжения тканей; обнаружены поперечные разрывы верхней брыжеечной артерии, ветвей кишечных и подвздошнокишечной артерий; имеются массивные кровоизлияния под серозную оболочку петель тонкого кишечника и слепой кишки. В просвете аорты следы жидкой темно-вишневой крови. Внутренние органы малокровные. Гистологически констатировано: шунтирование кровотока в почке, печени, неравномерно выраженное перераспределение кровотока в легком. В представленных кусочках брыжейки и брюшины – острые инфильтрирующие кровоизлияния (давностью до 30 минут- 1 часа). В одном из кусочков поперечно-полосатой мышечной и жировой ткани – очагово- инфильтрирующие кровоизлияния с неравномерной лейкоцитарной реакцией (давностью до 6-12 часов); Массивное диффузное, острое кровоизлияние в наружной оболочке стенки тонкого кишечника и прилежащей жировой ткани (давностью до 30 минут-1 часа).

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

Эталон № 20.

1. При экспертизе трупа гр-на Б., 23 лет, обнаружено повреждение в виде закрытой травмы живота, выразившейся кровоподтеками передней брюшной стенки, кровоизлияниями в пристеночную брюшину, размозжением корня брыжейки тонкого кишечника с разрывом верхней брыжеечной, кишечных и подвздошной кишечной артерий, с массивной кровопотерей (в брюшной полости 2000мл жидкой крови со сгустками).

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

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

4. Согласно медицинским критериям (приказ №194н п.6.1.16., 6.2.3. части 2. ), закрытая тупая травма живота с размозжением корня брыжейки тонкого кишечника, по своему характеру непосредственно вызвала расстройство жизненно важных функций организма, которое не может быть компенсировано организмом самостоятельно, относится к критериям, характеризующим квалифицирующий признак вреда опасного для жизни человека и по этому признаку квалифицируется как ТЯЖКИЙ вред, причиненный здоровью человека.

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

**Образец зачетного билета**

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ

«ОРЕНБУРГСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ» МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

кафедра судебной медицины и правоведения

направление подготовки (специальность) 32.05.01

Медико – профилактическое дело

дисциплина судебно-медицинская экспертиза

**ЗАЧЕТНЫЙ БИЛЕТ №1**

1. Определение судебной медицины, особенности судебной медицины, как науки, ее связь с другими медицинскими, естественными и юридическими науками. Разделы судебной медицины.

2. Повреждения при выстреле из газового оружия

3. Во дворе дома 03.0I.13г. подросток бросил кусок льда в лицо г-ну Н. 44 лет. При освидетельствовании 08.01.13г.: в центре лба на 4 см выше переносицы овальная ссадина, 3x2см. покрытая плотной темно-бурой корочкой, слегка отслаивающейся по периферии. На верхних веках обоих глаз распространенные багрово-синие кровоподтеки с желтоватым оттенком по периферии.

1. Определить вид, характер, локализацию повреждений.

2. Установить механизм возникновения повреждения.

3. Решить вопрос о давности возникновения повреждений.

4. Установить тяжесть причиненного вреда здоровью человека.

Зав. кафедрой д.м.н. Калинина Е.Ю.

Декан д.м.н. Михайлова Е.А.

«\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_

**Таблица соответствия результатов обучения по дисциплине и оценочных материалов, используемых на промежуточной аттестации.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| № | Проверяемая компетенция | Дескриптор | Контрольно-оценочное средство (номер вопроса/практического задания) |
| 1 | ОПК-5 | Знать нормативную документацию, принятую в Здравоохранении –законы РФ, технические регламенты, терминологию, международные системы единиц, МКБ 10, необходимый объем лабораторных методов | вопросы №3, №12, №1,№4, №5, №8, №11, №12, №16, №23, №35, №7, №15, №27, №16. |
| Уметь выбрать и вырезать нужные для гистологического исследования участки органов и тканей. Произвести забор секционного материала для проведения дополнительных бактериологических, цитологических, биохимических и других видов исследований. Выбрать оптимальные методы фиксации, обработки, окраски материала, определить необходимое длядиагностики число гистологических препаратов; анализировать информацию, полученную с помощью морфологических методов; обосновать характерпатологического процесса и его клинические проявления; определитьпричину смерти и сформулировать судебно-медицинский диагноз; заполнять медицинскоесвидетельство о смерти в соответствии с требованиями Международной статистической классификации болезней и причин смерти; | практические задания №1, 5,6,7,9,10,12,24,14,18,19,20,22,34. |
| Владетьнавыками проведения судебно-медицинских исследований трупов взрослыхпутем эвисцерации, вскрытий трупов плодов и новорожденных, после хирургических вмешательств, интенсивной терапии и реанимации, с инфекционной патологией, построениясудебно-медицинского диагноза, клинико-анатомические сопоставления (патологоанатомическая экспертиза),оформления и выдачи медицинского свидетельства о смерти, проведения прижизненных морфологических методов исследования (биопсии), организации судебно-медицинской службы. | практические задания №1,2,3,4,5,6,7,8,9,10,11,12,13,14,15,16,17,18,19,  20,21,22,23,24,25,26. |
| 2 | ПК-12 | Знать необходимый объем лабораторных методов в судебно-медицинской практике. | вопросы №14, №23, №17, №21, №19, №17, №20, №8, 17. |
| Уметь оценивать документы, указывающих на факты причинения вреда жизни и здоровью населения | практические задания №7,8,17,18,24,25,26. |
| Владеть интерпретацией оценки тяжести вреда здоровью | практические задания №9, 10, 13, 16,19,20,22. |

**4. Методические рекомендации по применению балльно-рейтинговой системы**

**Правила формирования текущего фактического рейтинга обучающегося**

1. Текущий фактический рейтинг по дисциплине (модулю) (максимально 70 баллов) складывается из суммы баллов, набранных в результате:

- текущего контроля успеваемости обучающихся на каждом практическом занятии по дисциплине;

- рубежного контроля успеваемости обучающихся по каждому модулю дисциплины (при наличии);

- самостоятельной (внеаудиторной) работы обучающихся.

Количество баллов складывается из оценки (от 0 до5) по обязательным контрольным точкам:

1.1Тестовые задания - от 0 до 5 баллов

1.2Установление судебно-медицинского диагноза- от 0 до 5 баллов

1.3Решение задач, составление таблиц- от 0 до 5 баллов

2.Устный ответ- от 0 до 5 баллов.

**4.2. Правила формирования бонусных баллов обучающегося**

Бонусные баллы по дисциплине (максимально 5 баллов) складывается из суммы баллов, набранных в результате участия обучающихся в следующих видах деятельности (см. таблица 1):

**Таблица 1 – виды деятельности, по результатам которых определяются бонусные баллы**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Составление актов исследования трупа, живого лица | отметки в учебном журнале по дисциплине | 2балла |
| результаты участия обучающегося в различных конференциях, олимпиадах, написание статей по интересующей студентов теме | оценка обзора, отчета | Призовое место -2 балла  участие – 1 балл. |
| Активность на семинарском занятии\_в форме дополнений по устным ответам, презентаций по теме занятия | Содержательные дополнения; доклад | 3 балла |