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

по направлению подготовки (специальности)

31.05.03

Стоматология

Является частью основной профессиональной образовательной программы высшего образования по направлению подготовки (специальности) 31.05.01 «Фармация», одобренной ученым советом ФГБОУ ВО ОрГМУ Минздрава России (протокол № 9  от «30» апреля 2021 года) и утвержденной  ректором ФГБОУ ВО ОрГМУ Минздрава России «30» апреля 2021 года

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-1** **Способен реализовывать моральные и правовые нормы, этические и деонтологические принципы в профессиональной деятельности**

*Инд.ОПК1.2.* Выполняет этические и деонтологические принципы в профессиональной деятельности

**ПК-12 Способен к проведению медицинских экспертиз в отношении детей и взрослых со стоматологическими заболеваниями.**

Инд.ПК12.1. Проводит экспертизу временной нетрудоспособности у взрослых со стоматологическими заболеваниями, временной нетрудоспособности по уходу за больным ребенком, страдающим стоматологическим заболеванием

**УК-1 Способен осуществлять критический анализ проблемных ситуаций на основе системного подхода, вырабатывать стратегию действий**

Инд.УК1.1. Применяет системный подход для разрешения проблемных ситуаций.

1. Оценочные материалы текущего контроля успеваемости обучающихся.

Оценочные материалы по каждой теме дисциплины

**Модуль 1 судебно-медицинская экспертиза**

**Тема 1 Процессуальные основы судебной медицины в РФ. Судебно-медицинская травматология. Судебно-медицинская экспертиза повреждений острыми и тупыми предметами.**

Форма(ы) текущего контроля успеваемости: вопросы для устного опроса, тестирование, решение ситуационных задач, установление судебно-медицинского диагноза

Оценочные материалы текущего контроля успеваемости

**Вопросы для устного опроса**

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.

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

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

**Тестирование**

1. Клинок колюще-режущего предмета включает в себя:

1) обушок;

2) острие;

3) рукоятку;

4) лезвие.

2. Какие из указанных признаков характерны для колотой раны?

1) большая глубина раневого канала;

2) веретенообразная форма раны;

3) углообразная форма раны;

4) небольшие размеры раны на коже.

3. Какие из указанных признаков характерны для резаной раны?

1) имеется дефект мягких тканей при сопоставлении краев раны;

2) большая глубина раневого канала;

3) длина преобладает над глубиной;

4) отсутствие дефекта мягких тканей при сопоставлении краев раны.

4. Резаная рана имеет:

1) ровные края;

2) острые концы;

3) размозженные неровные края;

4) при разведении краев раны на дне определяются соединительнотканные

перемычки.

5. Какую форму могут иметь резаные раны?

1) зигзагообразную;

2) прямолинейную;

3) дугообразную;

4) все выше указанные.

6. Как повреждаются волосы при действии режущего предмета (орудия) в

области волосистой части головы?

1) пересекаются в средней части раны;

2) остаются неповрежденными;

3) пересекаются в передней части раны;

4) в концевой части раны, как правило, не повреждаются.

7. О чем свидетельствует наличие дополнительных надрезов в области

концов резаной раны:

1) о числе травмирующих воздействий режущим предметом;

2) о длине клинка ножа;

3) о ширине клинка ножа;

4) о всем выше указанном.

8. Колотые раны образуются от воздействия:

1) предмета, обладающего острым концом и острым краем;

2) предмета, обладающего острым концом, но без острого края;

3) тупого твердого предмета, обладающего ограниченной повреждающей

поверхностью;

4) предмета, обладающего колюще-режущими свойствами.

9. Какие повреждения, как правило, сопровождаются обильным внутренним

кровотечением?

1) колотые раны;

2) колото-резанные раны;

3) резаные раны;

4) царапины.

10. Какую форму имеет рана на коже при погружении колющего предмета

с многогранным сечением?

1) углообразную;

2) зигзагообразную;

3) звездчатую;

4) щелевидную.

11. Рану, причиненную колющим предметом, следует дифференцировать с:

1) входной огнестрельной раной;

2) колото-резаной раной;

3) резаной;

4) ушибленной.

12. При каком условии при извлечении клинка ножа из раны образуется

дополнительный разрез, отходящий под острым углом по отношению к

длиннику раны?

1) извлечение клинка ножа из раны производилось с давлением на

обушок;

2) извлечение клинка ножа из раны производилось с давлением на

лезвие;

3) оба ответа правильные;

4) оба ответа не правильные.

13. Какой признак определяется при извлечении ножа из раны с преимущественным

давлением на лезвие клинка?

1) дефект ткани;

2) «ласточкин хвост»;

3) увеличение длины раны;

4) увеличение глубины раны.

14. Что учитывается при определении длины клинка, которым была нанесена

колото-резанная рана?

1) толщина кожного покрова;

2) состояние краев и концов раны;

3) толщина одежды;

4) толщина мышц.

15. При исследовании кожного лоскута с колото-резаной раной, изъятого

от трупа, эксперт может установить:

1) толщину обушка клинка;

2) ширину клинка;

3) длину клинка;

4) все выше указанное.

16. Глубина раневого канала у раны, образовавшейся от действия колющережущего

предмета, может:

1) соответствовать длине клинка ножа;

2) быть больше, чем длина клинка ножа;

3) быть меньше, чем длина клинка ножа;

4) все выше указанное верно.

17. Морфологические признаки раны, образовавшейся от срезывающих

воздействий стригущего орудия (предмета):

1) дефект мягких тканей не определяется;

2) веретенообразная форма раны;

3) острые углы и ровные края раны;

4) определяется дефект мягких тканей.

18 Какие признаки определяются в области краев ран, причиненных пилой?

1) осаднение;

2) короткие параллельные надрезы или царапины;

3) бахромчатость;

4) все выше указанное верно.

19. Какие признаки характеризуют рубленую рану, причиненную рубящим

предметом с тупым лезвием?

1) зазубренные, осадненные края и концы;

2) полосы обтирания;

3) ровные края и острые концы;

4) дефект мягких тканей.

20. Какие признаки характеризуют рубленую рану, причиненную рубящим

предметом с острым лезвием?

1) полосы обтирания;

2) неровные, осадненные края и концы;

3) ровные края и острые концы;

4) отсутствие дефекта мягких тканей.

**Ситуационные задачи**

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?

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 2 Судебно-медицинская танатология. Экспертиза трупа**

Форма(ы) текущего контроля успеваемости: вопросы для устного опроса, тестирование, ситуационные задачи, установление 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 терминальным состояниям относят:

1) судорожное дыхание;

2) предагональное состояние;

3) остановку сердцебиения;

4) отсутствие роговичного рефлекса.

2. К терминальным состояниям относятся:

1) потеря сознания;

2) агония;

3) биологическая смерть;

4) прекращение электрической активности головного мозга.

3. К терминальным состояниям относятся:

1) гипоксия головного мозга;

2) рефлекторная задержка дыхания;

3) терминальная пауза;

4) клиническая смерть.

4. При наступлении смерти, как правило, вначале прекращается:

1) электрическая активность головного мозга;

2) деятельность сердца;

3) деятельность дыхательного центра;

4) электрическая активность скелетных мышц.

5. Какие из терминальных состояний могут выпадать при «быстро» наступающей

смерти?

1) предагональный период;

2) терминальная пауза;

3) агония;

4) клиническая смерть.

6. Предагональное состояние характеризуется следующими признаками:

1) резкой заторможенностью, затемнением сознания;

2) низким артериальным давлением;

3) судорогами скелетной мускулатуры;

4) прекращением биоэлектрической активности головного мозга.

8

7. Терминальная пауза характеризуется:

1) внезапной остановкой дыхания и резким угнетением деятельности

сердца;

2) прекращением биоэлектрической активности головного мозга;

3) прекращением обменных процессов;

4) длительным, затяжным течением.

8. Агональный период характеризуется:

1) постепенным восстановлением сознания;

2) кратковременным усилением функций дыхания и кровообращения;

3) участием в акте вдоха всей дыхательной мускулатуры (в том числе

и вспомогательной);

4) необратимыми изменениями в коре головного мозга.

9. Какие признаки наступления смерти относятся к достоверным?

1) отсутствие реакции зрачков на свет;

2) охлаждение тела до 32°С;

3) отсутствие дыхания и пульса;

4) участки подсыхания на белочной оболочке глаз (пятна Лярше).

10. Какие из перечисленных признаков смерти относятся к достоверным?

1) неподвижное положение тела;

2) отсутствие реакции на раздражение роговицы;

3) отсутствие реакции на болевые, термические и обонятельные

раздражители;

4) мышечное окоченение.

11. Какие из перечисленных признаков смерти относятся к достоверным?

1) сухость кожных покровов;

2) бледность кожных покровов;

3) отсутствие реакции зрачков на свет;

4) отсутствие биоэлектрической активности сердца и коры головного

мозга,

12. К признакам длительной агонии относятся:

1) жидкое состояние крови;

2) наличие в полостях сердца и крупных сосудах красных свертков

крови;

3) наличие в полостях сердца и крупных сосудах желтых и желторозовых

свертков крови;

4) полнокровие внутренних органов.

9

13. К ранним трупным изменениям относят:

1) охлаждение;

2) аутолиз;

3) торфяное дубление;

4) мумификация.

14. К ранним трупным изменениям относят всё ниже перечисленное, за исключением:

1) трупное окоченение;

2) жировоск;

3) трупные пятна;

4) аутолиз.

15. Интенсивные трупные пятна багрово-синюшного цвета характерны для

смерти от::

1) механической асфиксии;

2) отравления окисью углерода;

3) общего переохлаждения;

4) массивной кровопотери.

16. Трупные пятна при смерти от отравления окисью углерода имеют следующий

вид:

1) интенсивные, багрово-синюшного цвета;

2) интенсивные, ярко-красного цвета;

3) выражены слабо, бледные, багрово-синюшного цвета;

4) выражены слабо, бледные, розово-фиолетового цвета.

17. Трупные пятна при смерти в результате острой кровопотери обычно

имеют следующий вид:

1) багрово-синюшного цвета, без заметного побледнения;

2) ярко-красного цвета, интенсивные;

3) выражены слабо, бледные, багрово-синюшного цвета;

4) выражены слабо, бледные, розово-фиолетового цвета.

18. Трупные пятна при смерти в результате обильной кровопотери имеют

следующий вид:

1) интенсивные, багрово-синюшного цвета;

2) интенсивные, ярко-красного цвета;

3) выражены слабо, бледные, багрово-синюшного цвета;

4) выражены слабо, бледные, розово-фиолетового цвета.

19. Цвет трупных пятен зависит от:

1) позы трупа;

2) длительности умирания;

3) давности наступления смерти;

4) причины смерти.

20. Стадия развития трупных пятен гипостаз характеризуется тем, что:

1) трупное пятно в месте надавливания пальцем исчезает и через

несколько секунд или минут восстанавливает свой цвет;

2) трупное пятно в месте надавливания пальцем бледнеет и не восстанавливает

свою окраску;

3) кровь находится в сосудах, не проникает через сосудистые стенки

и не пропитывает мягкие ткани;

4) жидкая часть крови диффундирует через сосудистые стенки и

пропитывает окружающие ткани.

**Ситуационные задачи**

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. Причиной смерти гр-на М. явилось заболевание – тромбофлебит глубокой вены правой голени, осложнившийся тромбоэмболией легочной артерии с развитием пульмоно-коронарного рефлекса, что подтверждается данными макроскопического исследования (синюшность головы и плечевого пояса, в просвете легочного ствола тромботические массы в виде «наездника»; справа на уровне голени в глубокой вене обнаружено расширение просвета, шероховатость внутренней оболочки, на последней определяются плотно припаянные тромботические массы серо-вишневого цвета) и судебно-гистологического исследования (в стенке глубокой вены и окружающих тканях умеренная лифмо-гистиоцитарная инфильтрация с единичными лейкоцитами, склеротические изменения; со стороны интимы тромботические массы).

2. Согласно трупным явлениям (Трупные пятна сине-фиолетовые, насыщенные, расположены на задней поверхности туловища, при дозированном надавливании цвет не изменяют. Трупное окоченение хорошо выражено во всех исследуемых группах мышц.) давность наступления смерти свыше одних суток и менее трех суток на момент проведения вскрытия.

3. При исследовании трупа обнаружено повреждение – ссадина в лобной области, которая возникла от воздействия твердого тупого предмета или при ударе о таковой незадолго до наступления смерти, в какой-либо связи с наступлением смерти не состоит и согласно пункту 9 раздела №2 приказа МЗиСР №194н от 24.04.2008г расценивается как повреждение, не причинившее вред здоровью человека.

4. При судебно-химическом исследовании в крови обнаружено 1,1%о, в моче - 1,6%о этилового спирта, что по аналогии с живыми лицами соответствует ЛЕГКОЙ степени опьянения в стадии выведения.

 5. При исследовании трупа обнаружены хронические заболевания: Хронический бронхит, эмфизема. Диффузный мелкоочаговый кардиосклероз.

Эталон № 2.

1. Причиной смерти гр-ки С. явилось заболевание – хроническая ишемическая болезнь сердца, морфологическими проявлениями которой явились: крупноочаговый постинфарктный кардиосклероз, диффузный мелкоочаговый кардиосклероз, гипертрофия миокарда. Прогрессия заболевания обусловила развитие осложнения – хронической сердечной недостаточности в стадии декомпенсации, что подтверждается расширением полостей сердца (длина окружности двухстворчатого клапана 12,5см, трехстворчатого 14,0см), явлениями хронического венозного застоя (бурая индурация легких, цианотическаяиндурация почек и селезенки, мускатная печень), водянка полостей, отеки нижних конечностей. 1. Согласно трупным явлениям (Трупные пятна сине-фиолетовые, насыщенные, расположены на задней поверхности туловища, при 24 дозированном надавливании цвет не изменяют. Трупное окоченение хорошо выражено во всех исследуемых группах мышц.) давность наступления смерти свыше одних суток и менее трех суток на момент проведения вскрытия.

2. При исследовании трупа обнаружено повреждение – кровоподтек на предплечье, который возник от воздействия твердого тупого предмета или при ударе о таковой в срок за 3-5 суток до наступления смерти, в какой-либо связи с наступлением смерти не состоит и согласно пункту 9 раздела №2 приказа МЗиСР №194н от 24.04.2008г расценивается как повреждение, не причинившее вред здоровью человека.

 4. При судебно-химическом исследовании в крови и моче этиловый спирт не обнаружен. 5. При исследовании трупа обнаружено хроническое заболевание: Хронический бронхит, эмфизема.

**СХЕМА «ЗАКЛЮЧЕНИЯ ЭКСПЕРТА»**

(«АКТА СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ТРУПА»)

1. Вводная часть:

1.1.Сведения, излагаемые на титульном листе:

• время (дата и час) производства экспертного исследования;

• условия, имеющие значение для экспертного исследования (освещение, температура воздуха и др.);

• на каком основании (постановление или направление) производится экспертное исследование; сведения о лице, назначившим экспертизу (исследование);

• место производства экспертного исследования;

• фамилия, имя, отчество эксперта, занимаемая должность, образование, специальность и стаж работы, квалификационная категория, учёная сте-пень, учёное звание;

• фамилия, имя, отчество умершего и его возраст (год рождения);

• лица, присутствующие при производстве экспертного исследования;

• подписка судебно-медицинского эксперта о разъяснении ему процессу-альных прав и обязанностей, об его ответственности (при составлении «Заключения эксперта»);

1.2. Сведения, излагаемые на втором листе «Заключения …» («Акта …»):

• перечень вопросов, поставленных на разрешение экспертизы (при составлении «Заключения эксперта»).

• рубрика «Предварительные сведения»» (при оформлении «Заключения эксперта» эту рубрику чаще именуют «Обстоятельства дела»). В ней обязательно указывают, из каких документов получены сведения (название, номер, дата оформления и лицо, составившее документ). В данный раздел целесообразно внести следующие сведения:

- место обнаружения трупа;

- положение (поза) трупа;

- состояние одежды;

- характер трупных изменений;

- данные о повреждениях на трупе;

- основные данные, характеризующие место происшествия (обстановка, положение трупа, обнаруженные вещественные доказательства).

- сведения об условиях наступления смерти (из документов).

2. Исследовательская часть:

2.1. Наружное исследование.

2.2. Внутреннее исследование.

В указанных разделах подробно и последовательно описывают состояние исследованных органов и тканей, указывают какие органы и ткани взяты для лабораторного исследования и цель этих исследований, а какие для передачи следователю и пр., в соответствии с «Инструкцией по организации и производству экспертных исследований в бюро судебно-медицинской экспертизы».

3. Судебно-медицинский диагноз.

Диагноз формулируют, как правило, сразу же после экспертного исследования трупа. В неясных случаях (при подозрении на отравление, при сложной патологоанатомической картине и т.д.) в диагнозе приходится просто указывать обнаруженные морфологические признаки, без указания нозологической единицы. Либо формулировку диагноза откладывают до получения результатов лабораторных исследований.

Если после проведения лабораторных исследований требуется уточнить или изменить диагноз, следует написать его вторично, указав: «Судебно-медицинский диагноз уточнённый» или «Судебно-медицинский диагноз с учётом результатов лабораторных исследований».

4. Результаты лабораторных исследований (с указанием даты получения анализа, номера исследования).

5. Выводы (Заключение).

6. Приложения: (фотографии, контурные изображения с отмеченными на них повреждениями, схемы и т.д.).

**Тема 3: Судебно-медицинская экспертиза повреждений в результате механической асфиксии.**

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

Оценочные материалы текущего контроля успеваемости

**Вопросы для устного опроса**

1. Понятие гипоксия и виды гипоксий, классификацию гипоксий.

 2. Понятие асфиксия, стадии асфиксий, признаки асфиксий,

 3. Классификация асфиксий, метод исследования асфиксий.

**Тестирование.**

1. По темпу развития гипоксию подразделяют на:

1) медленную;

2) острую;

3) хроническую;

4) подострую.

2. Назовите виды механической асфиксии от сдавления?

1) обтурационная асфиксия;

2) странгуляционная асфиксия;

3) регургитационная асфиксия;

4) компрессионная асфиксия.

3. Какие стадии различают в течении механической асфиксии?

1) экспираторная одышка;

2) инспираторная одышка;

3) судороги;

4) кратковременная остановка дыхания.

4. В какой стадии асфиктического периода появляются судороги?

1) инспираторной одышки;

2) экспираторной одышки;

3) кратковременной остановки дыхания;

4) терминальных дыхательных движений.

5. В какой стадии асфиксического периода происходит непроизвольное

выделение мочи, кала, спермы?

1) инспираторной одышки;

2) экспираторной одышки;

3) кратковременной остановки дыхания;

4) терминальных дыхательных движений.

6. Какие признаки характерны для смерти от асфиксии?

1) цианоз кожи лица;

2) следы непроизвольного мочеиспускания и дефекации;

3) гусиная кожа;

4) мелкоточечные кровоизлияния в соединительную оболочку глаз.

48

7. Какие признаки характерны для смерти от механической асфиксии?

1) мелкоточечные темно-красные кровоизлияния под легочную

плевру;

2) малокровие внутренних органов;

3) наличие свертков крови в просветах крупных сосудов;

4) переполнение кровью правой половины сердца.

8. При «атипичном» положении узел петли по отношению к шее располагается:

1) на передней поверхности шеи;

2) на задней поверхности шеи;

3) на левой боковой поверхности шеи;

4) на правой боковой поверхности шеи.

9. Каков генез смерти при типичном положении узла петли?

1) гемодинамические нарушения;

2) гипоксия мозга в следствие сдавления сосудисто-нервного пучка

шеи;

3) резкое повышение внутричерепного давления;

4) прекращение поступления воздуха в легкие в результате закрытия

просвета гортани корнем языка.

10. Каков генез смерти при боковом положении узла петли?

1) гемодинамические нарушения;

2) гипоксия мозга в следствие сдавления сосудисто-нервного пучка

шеи;

3) резкое повышение внутричерепного давления;

4) прекращение поступления воздуха в легкие в результате закрытия

просвета гортани корнем языка.

11. Какие характерные свойства странгуляционной борозды наблюдаются

при повешении?

1) равномерность ее глубины;

2) горизонтальное направление;

3) незамкнутый характер;

4) неравномерность ее глубины.

12. Какие характерные свойства странгуляционной борозды наблюдаются

при удавлении петлей?

1) неравномерность ее глубины;

2) горизонтальное направление;

3) замкнутый характер;

4) относительная равномерность ее глубины.

13. О прижизненности возникновения странгуляционной борозды свидетельствуют

следующие признаки:

1) кровоизлияния на дне борозды;

2) кровоизлияния в толще мышц языка;

3) переломы подъязычной кости без кровоизлияний в окружающие

ткани;

4) все ответы верны.

14. Каков генез смерти при удавлении петлей?

1) нарушение гемодинамики мозга в результате сдавления сосудисто-

нервного пучка шеи;

2) прекращение поступления воздуха в легкие в результате закрытия

корнем языка просвета гортани;

3) кровоизлияние в вещество головного мозга;

4) все ответы верны.

15. При удавлении петлей могут наблюдаться следующие морфологические

признаки:

1) переломы хрящей гортани;

2) кровоизлияния в мягкие ткани шеи;

3) мелкоточечные темно-красные кровоизлияния под эпикард;

4) переломы подъязычной кости.

16. Специфическими признаками, указывающими на удавление руками,

являются:

1) кровотечения из носа и наружных слуховых проходов;

2) поперечные надрывы интимы общих сонных артерий;

3) округлые и овальные кровоподтеки на коже переднебоковых поверхностей

шеи;

4) линейные и полукруглые ссадины на коже переднебоковых поверхностей

шеи.

17. При удавлении руками в области шеи обнаруживаются следующие

морфологические признаки:

1) переломы хрящей гортани;

2) поперечные надрывы интимы общих сонных артерий;

3) обширные кровоизлияния в мягкие ткани шеи;

4) переломы подъязычной кости.

18. Специфическими признаками, указывающими на компрессионную асфиксию,

являются:

1) полнокровие внутренних органов;

2) переломы подъязычной кости и хрящей гортани;

50

3) карминовый отек легких;

4) экхимотическая маска.

19. Что относится к обтурационной асфиксии?

1) асфиксия от закрытия отверстий носа и рта подушкой;

2) закрытие дыхательных путей инородным телом (например, куском

пищи);

3) закрытие дыхательных путей сыпучими телами;

4) закрытие дыхательных путей пищевыми массами.

20. О прижизненном попадании пищевых масс в дыхательные пути свидетельствует:

1) обнаружение пищевых масс в трахее;

2) обнаружение пищевых масс в крупных бронхах;

3) обнаружение пищевых масс в трахее и крупных бронхах;

4) обнаружение пищевых масс в мелких бронхах, альвеолах.

**Ситуационные задачи**

Результат судебно-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 подвздошной 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 асфиктическогохарактера) 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 жидкость. Область промежности и заднего прохода испачкана каловыми массами. Лопатки кости лица, верхних и нижних конечностей на ощупь целы. Произведены разрезы кожи и мышц 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 поперечном 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, соответственно 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./

ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ К СИТУАЦИОННЫМ ЗАДАЧАМ

Задача №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 прижизненная косовосходящая борозда в верхней трети шеи, жидкое состояние крови, полнокровие внутренних органов, точечные 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 течение 5 минут, согласно асфиктическим процессам:

4. Как располагалась 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 асфиктического характера 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

Задача №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 наружной поверхности сердца.

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

4. Имеются ли другие (помимо асфиктическогохарактера) 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.

**Тема 4 Судебно-медицинская экспертиза живых лиц.**

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.Определение понятия вред здоровья

2.Оценка тяжести вреда здоровья

3. Порядок проведения судебно-медицинской экспертизы тяжести вреда здоровью

4. Квалифицирующие признаки вреда.

**Тестовые задания.**

1. При судебно-медицинской экспертизе телесных повреждений в «Заключение

эксперта» должны быть отражены следующие вопросы:

1) определение характера повреждения, механизм образования

повреждения, орудие, причинившее его;

2) давность нанесения повреждения;

3) степень тяжести телесного повреждения;

4) определение объема профессиональной утраты трудоспособности.

2 Что следует понимать под потерей слуха (при проведении судебно-

медицинской экспертизы)?

1) полную стойкую глухоту на оба уха;

2) потерю слуха на одно ухо;

3) такое необратимое снижение слуха, когда пострадавший не

слышит разговорной речи на расстоянии 3-5 см от ушной раковины;

4) такое необратимое снижение слуха, когда пострадавший не

слышит разговорной речи на расстоянии 20-30 см от ушной

раковины.

3 Что следует понимать под потерей зрения?

1) потеря зрения на 1 глаз;

2) стойкая слепота на оба глаза;

3) снижение остроты зрения на оба глаза до 0,2 диоптрий;

4) снижение остроты зрения на оба глаза до 0,04 диоптрий.

4 Многократное или длительное причинение боли является критерием:

1) тяжкого телесного повреждения;

2) менее тяжкого телесного повреждения;

3) легкого телесного повреждения, повлекшего за собой кратковременное

расстройство здоровья или незначительную стойкую

утрату трудоспособности;

4) истязания.

5 Стойкая утрата общей трудоспособности от 10 до 33% является критерием:

1) тяжкого телесного повреждения;

73

2) менее тяжкого телесного повреждения;

3) легкого телесного повреждения, повлекшего за собой кратковременное

расстройство здоровья или незначительную стойкую

утрату трудоспособности;

4) истязания.

6 Стойкая утрата общей трудоспособности менее 10 % является критерием;

1) тяжкого телесного повреждения;

2) менее тяжкого телесного повреждения;

3) легкого телесного повреждения, повлекшего за собой незначительную

стойкую утрату трудоспособности;

4) мучения.

7 Опасность для жизни является критерием:

1) тяжкого телесного повреждения;

2) менее тяжкого телесного повреждения;

3) мучения;

4) истязания.

8 Расстройство здоровья более 6 дней, но не свыше 21 дня является критерием;

1) менее тяжкого телесного повреждения;

2) легкого телесного повреждения, повлекшего за собой кратковременное

расстройство здоровья;

3) легкого телесного повреждения, не повлекшего за собой кратковременное

расстройство здоровья;

4) истязания.

9 Расстройство здоровья свыше 21 дня, не связанное с травмой костей

скелета, является критерием:

1) тяжкого телесного повреждения;

2) менее тяжкого телесного повреждения;

3) легкого телесного повреждения, повлекшего за собой кратковременное

расстройство здоровья;

4) легкого телесного повреждения, повлекшего за собой незначительную

стойкую утрату общей трудоспособности.

10 Прерывание беременности является критерием:

1) тяжкого телесного повреждения;

2) менее тяжкого телесного повреждения;

3) мучения;

4) истязания.

74

11. Стойкая утрата трудоспособности более чем на одну треть является:

1) незначительным последствием травмы;

2) критерием легкого телесного повреждения, повлекшего за собой

незначительную стойкую утрату трудоспособности;

3) критерием менее тяжкого телесного повреждения;

4) критерием тяжкого телесного повреждения.

12. Стойкая утрата общей трудоспособности менее 10% является:

1) незначительной;

2) значительной;

3) критерием менее тяжкого телесного повреждения;

4) критерием легкого телесного повреждения.

13. Судебно-медицинская экспертиза определения степени тяжести телесных

повреждений производится на основании:

1) постановления правоохранительных органов;

2) сопроводительного листа станции скорой медицинской помощи;

3) направления лечебного учреждения;

4) определения суда.

14. Результаты судебно-медицинской экспертизы определения степени

тяжести телесного повреждения оформляются:

1) заключением эксперта;

2) актом судебно-медицинского освидетельствования;

3) протоколом освидетельствования;

4) записью в амбулаторной карте.

15. Признаки тяжкого телесного повреждения:

1) расстройство здоровья, соединенное со стойкой утратой трудоспособности

не менее чем на одну треть;

2) опасность для жизни;

3) длительное расстройство здоровья более 2 месяцев;

4) значительная стойкая утрата общей трудоспособности менее

чем на одну треть.

16. Признаки менее тяжкого телесного повреждения:

1) опасность для жизни;

2) длительное расстройство здоровья более 21 и менее чем на

122 дня;

3) значительная стойкая утрата общей трудоспособности менее

чем на одну треть;

4) кратковременное расстройство здоровья.

75

17. Кратковременным считается расстройство здоровья сроком:

1) более 21 дня и менее 122 дней;

2) более 3 дней и менее 14 дней;

3) более 10 дней и менее 33 дней;

4) более 6, но не более 21 дня.

18. Длительным считают расстройство здоровья, непосредственно связанное

с повреждением, продолжительностью:

1 ) 10 дней и не более 100 дней для повреждений костей скелета;

2) более 21 дня и не более 122 дней для повреждений костей

скелета;

3) более 6 дней и не более 21 дня для повреждений костей скелета;

4) более 6 дней.

19. Кратковременным считают расстройство здоровья, непосредственно

связанное с повреждением, продолжительностью:

1) свыше 21 дня;

2) свыше 6 дней и не более 21 дня;

3) менее 7 дней;

4) не более 10 дней.

20. Предотвращение смертельного исхода, обусловленное оказанием

медицинской помощи, при оценке опасности дня жизни повреждения:

1) принимается во внимание;

2) принимается во внимание при отсутствии угрожающих жизни

состояний;

3) принимается во внимание в отдельных случаях;

4) не должно приниматься во внимание.

**Ситуационные задачи**

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. Идентификация личности по стоматологическому статусу**

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. Идентификация трупов неизвестных лиц.

2. Судебно – медицинская идентификация личности.

3. Идентификация трупа по костным останкам лицевого скелета.

4. Криминалистические методы идентификации личности с использованием стоматологического статуса.

**Ситуационные задачи**

**ЗАКЛЮЧЕНИЕ**

(экспертиза по материалам дела) № 244к — 9гр/00 20.06-04.09.2000 г., на основании определения Перовского межмуниципально­го (районного) суда г. Москвы (председательствующая — ф/с Г.) от 6 октября 1999 г. № б/№ помещении СПГМиМ (Федеративный проспект 17, корпус 6, кабинет 29) судебно-медицинская экспертная комиссия в составе:

председателя: ,

2 членов:

и докладчика по делу ,

произвела экспертизу по материалам гражданского дело № 2-4543/99 по иску гр-ки Б. к стоматологической поликлинике № N о возмещении ущерба.

Права и обязанности эксперта, предусмотренные ст. 82 УПК РФ, разъясне­ны; об ответственности за дачу заведомо ложного заключения по ст. 307 УК РФ предупреждены.

*Эксперты*

 (подписи)

Вопросы, подлежащие разрешению при экспертизе, и другие разделы «За­ключения» излагаются на следующих 10 листах.

На разрешение комиссионной судебно-медицинской экспертизы поставлены следующие вопросы:

1. Была ли проведена достаточно полная диагностика *гр-ки Б. врачом Г.* перед началом лечения?
2. Нуждалась ли больная *гр-ка Б.* в лечении 4 зуба сверху правой стороны, если нуждалась, то в каком?
3. Возможно ли было провести лечение 4 зуба сверху правой стороны, или он подлежал удалению?
4. Возможно ли было это определить на момент обращения *гр-ки Б.?*
5. Необходимо ли было сделать снимки перед началом лечения?
6. Качественно ли были проведены лечение 4 зуба и последующая подготовка полости рта к протезированию? Если нет, то какие были допущены нару­шения?
7. Могло ли врачебное вмешательство привести к осложнению в виде остео­миелита?
8. Мог ли быть мышьяковистый ожог в результате деструктивных изменений тканей зуба?
9. Правильно ли был назначен курс последующего физиотерапевтического лечения? \*
10. Могли ли осложнения наступить в результате несоблюдения назначенного курса физиотерапевтического лечения?
11. Возможно ли было определить у больной заболевание хронического диф­фузного парадонтита 3-й степени?
12. Могли ли осложнения возникнуть у *гр-ки Б.* в результате парадонтита?
13. Какие заболевания полости рта в настоящее время *у гр-ки Б.,* чем вы­званы, имеется ли причинная связь между врачебным вмешательством 11.02.1999 г. и имеющимися в настоящее время заболеваниями полости рта?
14. В каком конкретном лечении и по каким показаниям нуждается *гр-ка Б.* в настоящее время?
15. Могло ли привести к осложнениям, имеющимся в настоящее время, не­своевременное протезирование полости рта?
16. В каком состоянии находятся 3, 4 и 5 зубы верхней челюсти левой сторо­ны?
17. Сломан ли 3-й зуб левой стороны верхней челюсти? Если да, то в резуль­тате чего это могло произойти? Могло ли это произойти в результате вра­чебного вмешательства при установке временных коронок?
18. В каких случаях делаются спаянные коронки?
19. Проводится ли коррекция иммедиат протеза?
20. Можно ли ставить постоянные коронки до установки протеза?
21. Какая конструкция выбирается при отсутствии дистальных опор?

**ОБСТОЯТЕЛЬСТВА ДЕЛА**

Из определения Перовского межмуниципального районного суда ВАО г. Москвы следует, что 03.02.1999 г. истица обратилась в стоматологическую по­ликлинику № NX г. Москвы для подготовки к протезированию верхней челюсти в связи с заменой старого подвижного моста. Медицинские услуги оказывались лечащим врачом данной поликлиники *Г.* Согласно совету врача в целях подго­товки к протезированию возникла необходимость в удалении нервов из 4 зубов правой и левой стороны верхней челюсти. 11.02.1999 г. для удаления нерва из 4-го зуба правой стороны истице врачом была положена мышьяковистая паста в связи с тем, что анестезия не привела к положительному результату. В резуль­тате наложения мышьяковистой пасты на десне образовался ожог. 15.02.1999 г. лечащим врачом был удален нерв из зуба и назначены физиотерапевтические процедуры. Считая результаты лечения неудовлетворительными, *гр-ка Б.* об­ратилась в *стоматологическую поликлинику № St.* Москвы, где ей была удалена часть сожженной десны верхней челюсти и поставлен диагноз — химический ожог слизистой оболочки в области 3 и 4 зубов. 25 марта истице было предло­жено протезирование в *стоматологической поликлинике № N* г. Москвы, на что она дала письменное согласие. Протезирование врачом ортопедом проведено не было. За период с 26 марта по 13 апреля 1999 г. были поставлены временные коронки на 3, 4 и 5 зубы верхней челюсти левой стороны, был сломан 3-й зуб верхней челюсти левой стороны. По словам истицы, ей был причинен вред здо­ровью и моральный вред.

На комиссионную судебно-медицинскую экспертизу представлены следу­ющие документы:

* гражданское дело № 2-4543/99 по иску *гр-ки Б.* к стоматологической по­ликлинике № N о возмещении ущерба;
* медицинская карта № 2852 стоматологического больного от 23.04.1998 г.;
* медицинская карта № 1733-99 стоматологического больного от 23.02.1999 г.;
* медицинская карта стоматологического больного (без номера) от 26.03.1999 г.;
* карта больного, лечащегося в физиотерапевтическом отделении;
* два прицельных рентгеновских снимка зубов (в конверте).

**ДАННЫЕ МАТЕРИАЛОВ ДЕЛА H МЕДИЦИНСКИХ ДОКУМЕНТОВ**

В гражданском деле № 2-4543/99 по иску *гр-ки Б.* к *стоматологической поли­клинике № N* о возмещении вреда пронумерован и прошнурован 71 лист. В деле имеются нижеследующие документы, имеющие отношение к предмету экспертизы.

В исковом заявлении от 07.05.1999 г. истица сообщает, что она обратилась в стоматологическую поликлинику № N для подготовки замены старого моста верхней челюсти.

«Медицинские услуги мне оказывал *врач Г.* Согласно совету врача необходи­мо было удалить нерв 4/4 зубов левой и правой стороны. В день обращения под анестезией был удален нерв и запломбирован 4 зуб левой стороны.

11 февраля 1999 г. для удаления нерва из 4-го зуба правой стороны *врач Г.* по­ложила мышьяковую пасту в связи с тем, что анестезия не привела к положитель­ному результату, и последующий прием был назначен на 15 февраля 1999 г.

14.02.1999 г. ночью заболела десна, а утром 15.02.1999 г. я обнаружила белое пятно на десне правой стороны между 3-м и 4-м зубами (как выяснилось впо­следствии, это была протечка мышьяка, разъевшего десну).

15.02.1999 г. я обратилась к парадонтологу этой поликлиники за консультаци­ей (каб. № 15). Она направила меня к зав. отделением, о чем я сообщила *врачу Г.* В этот же день она удалила мышьяк и нерв из 4 зуба без дальнейшего лечения и направила меня в физиотерапевтический кабинет. После чего у меня опухла десна. 17.02.1999 г. мне было назначено лазерное лечение, которое мне противо­показано в связи с операцией на щитовидной железе.

До посещения *врача Г.* 3 и 4 зуб верхней правой челюсти меня не беспо­коили.

Считая результаты лечения неудовлетворительными, 19.02.1999 г. я обрати­лась в *стоматологическую поликлинику № St.* Москвы, где была удалена часть сожженной десны в области 3 и 4 зуба правой стороны верхней челюсти и по­ставлен диагноз — химический ожог слизистой оболочки в области 3 и 4 зубов.

23.02.1999 г. в ММСИ диагноз подтвержден — мышьяковистый остеомиелит в области 3 и 4 зубов и даны соответствующие рекомендации. Осмотр проводили *хирург И*., зав. отделением У. (амбулаторная карта 1733-99 от 23.02.1999 г.).

25.02.1999 г. в челюстно-лицевом госпитале диагноз подтвержден *профес­сором К*., выписаны лекарства, проводилось наблюдение (амбулаторная карта 10305 от 25.02.1999 г.).

25.03.1999 г. я обратилась с письменным заявлением о возмещении вреда здо­ровью и компенсации морального вреда к главному врачу *стоматологической поликлиники № N.* Мне было предложено протезирование в данной поликлинике, на что я дала свое согласие. \*

С 26.03.1999 г. по 13.04.1999 г. я была 7 раз на приеме у *врача-ортопеда Э.,* но к протезированию она так и не приступила. За это время она поставила вре­менные коронки на 3, 4 и 5 нормальные зубы верхней челюсти левой стороны, при этом умудрившись сломать 3 зуб. 13.04.1999 г. я сказала, что пора установить коронки постоянно, но *врач-ортопед Э.* в присутствии моей дочери М., поясни­ла, что постоянные коронки ставить нельзя до установки протеза! А также, что дальнейшее протезирование она будет осуществлять только после того, как она покажет меня специалисту (?) и получит консультацию.

Считаю, что некомпетентность и халатное отношение к своим обязанностям *врача Г.* послужили причиной причинения вреда моему здоровью, а также мо­рального вреда».

*Из возражения на исковое заявление гр-ки Б., подписанного главным врачом Б. и зам. главного врача по лечебной работе М.* следует, что:

«1. *Гр-ка Б.* для лечения должна была обратиться по месту жительства в *сто­матологическую поликлинику № S,* но обратилась лично к *врачу Г.,* работающей в *стоматологической поликлинике № N,* так как до этого неоднократно пользо­валась услугами этого врача и ей доверяла.

2.11.02.1999 г. по поводу лечения хронического пульпита 14\* зуба под анесте­зией были наложены следы мышьяковистой пасты пролонгированного действия и была назначена на прием на 15.02.1999 г. При обращении 15.02.1999 г. у боль­ной имелись жалобы на болевой синдром, отечность и гиперемия слизистой дес­ны в области лунки ранее удаленного 15 и слизистой в области 14 зуба. После проведенного лечения 14 зуба больная была направлена на лечение слизистой оболочки в области 14 зуба в физиокабинет. Больше больная к врачу не пришла. Фактически отказалась от лечения.

* 1. Возникновение ожога десны в области 14 зуба явилось результатом про­никновения мышьяковистой пасты через деструктивно-измененные кариозным процессом дентин и эмаль этого зуба и не могло быть предвидено врачом.
	2. В карте больной, лечащейся в физиотерапевтическом кабинете, поставлены диагнозы: 15 альвеолит, мышьяковистый ожог в области 14 зуба.

15.02.1999 г. была проведена физиопроцедура, о чем имеется запись в карте. А за 16.02.1999 г. запись: больная не явилась на прием.

* 1. Лечение *гр-ки Б.* по поводу ожога слизистой было несвоевременным в виду отказа от лечения больной у врача. Фактически больной не проводилось лече­ние мышьяковистого ожога слизистой оболочки в области 14 с 15.02.1999 г. по 25.03.1999 г. в связи с отказом от лечения у *врача Г.,* что и привело к развитию мышьяковистого остеомиелита в области 14, 13 зубов.

*\* Примечание:* здесь и далее зубная формула обозначена следующим обра­зом:

|  |  |
| --- | --- |
| Правая половина верхней челюсти | Левая половина верхней челюсти |
| 18 | 17 | 16 | 15 | 14 | \* 13 | 12 | И | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 |
| 48 | 47 | 46 | 45 | 44 | 43 | 42 | 41 | 31 | 32 | 33 | 34 | 35 | 36 | 37 | 38 |
| Правая половина нижней челюсти | Левая половина нижней челюсти |

* 1. У больной при клиническом и рентгенологическом обследовании имеется заболевание парадонта — хронический диффузный парадонтит 3-4-й степени, изменение костной ткани в области альвеолярного края верхней и нижней че­люсти. 14, 13, 12, 21, 22 и подвижный костный секвестр подлежат удалению. От удаления больная категорически отказалась.
	2. *Гр-ка Б.* обратилась к главному врачу *стоматологической поликлини­ки* № N 25.03.1999 г. с письменным заявлением о возмещении вреда здоровью и компенсации морального вреда в размере 30 000 руб. Больная требовала от *врача Г.* выплату этой суммы. В противном случае она будет подавать в суд, с по­следующим наказанием поликлиники — штраф в федеральный бюджет в раз­мере иска. Больную интересовала материальная сторона дела. Главным врачом поликлиники больной было предложено протезирование, на что больная дала свое согласие.
	3. Протезирование больной проводила *заведующая ортопедическим отде­лением Э.* Был принят план ортопедического лечения: рентгенологическое ис­следование зубов, удаление 14, 13, 12, 21, 22, изготовление 13 иммедиата протеза на верхнюю челюсть с последующим зубопротезированием по медицинским по­казаниям и последующей установкой постоянного съемного протеза.

Больной была предложена консультация доцента кафедры факультетской ортопедической стоматологии ММСИ, которую специально пригласили в по­ликлинику для консультации больной и подтверждения правильности выбора плана лечения и конструкции протезов.

* 1. По просьбе больной, так как она временно не может читать лекции без фронтальных зубов верхней челюсти, был изменен подход к выбору конструкции протезов в порядке их изготовления, т. е. внач^ изготовлены коронки на 23, 24, 25, 27 зубы. Коронки были поставлены врем^но 08.04.1999 г.

13.04.1999 г. больная пришла на прием с жалобами на чувствительность в об­ласти 23 зуба. Временно поставленные коронки были сняты, выведены из при­куса коронка 23 зуба (лечебная шлифовка) и вновь коронки 23,24,25 поставлены на водный дентин. На следующий прием больная не явилась.

На основании вышеизложенного считаем: *врач Г.* не могла предполагать при лечении 14 зуба развития осложнения мышьяковистого ожога слизистой десны и последующего развития остеомиелита, в этом ее вины нет. А своевременного лечения ожога не проводилось из-за того, что больная больше не пришла на прием к врачу.

Претензии *гр-ки Б.* по взысканию компенсации считаем необоснованными».

В деле имеется Акт экспертизы качества оказания медицинской помощи за­страхованным в системе ОМС № 16 от 14.07.1999 г. страховой компании «М». В работе комиссии участвовал независимый эксперт (стоматолог). Согласно за­ключению независимых экспертов:

«Лечение хронического пульпита 14 у *гр-ки Б.,* 1934 г. р., проводилось *вра­гом-стоматологом Г.* методом давитализации мышьяковой пастой. Ожог десны в области 14 возник в результате проникновения мышьяковистой пасты через деструктивно измененные кариозным процессом дентин и эмаль этого зуба и не мог быть предвиден врачом. Однако адекватное лечение ожога десны было про­ведено несвоевременно — после развития остеомиелита. В дальнейшем больная в поликлинику (до 25.03.1999 г.) не обращалась».

Из протокола судебного заседания от 15.10.1999 г. — показания ответчика *врача-стоматолога Г. «Гр-ка Б.* у меня лечилась еще в 1998 г. Первый раз она пришла, был конец моей смены, я ей сказала, чтобы она пришла завтра, ей был допульпирован 4 зуб левой стороны. 11 февраля для удаления из 4 зуба правой стороны была наложена мышьяковистая паста. Я считаю, что это не моя вина, что просочился мышьяк. Имели место деструктивные изменения в костной ткани».

На вопросы представителя истца: деструктивные изменения можно обнару­жить с помощью снимка? Но мы до депульпирования снимки не делали. Я *гр- ку Б.* не предупреждала, что могут быть негативные последствия. Мы больных предупреждали, что если зуб будет болеть, необходимо срочно приходить в поли­клинику. Возраст и состояние здоровья пациента учитывается, если бы были от­клонения, плохо, потеря сознания. Лазерное лечение — это та же физиотерапия. У больной опухла десна, ей назначили электрофорез, а потом и лазеротерапию. Но *гр-ка Б.* на лазеротерапию не пошла...».

**В продолжении указанного протокола судебного заседания от 06.10.1999 г. имеются показания стоматолога-ортопеда стоматологической поликлиники № N Э.** Она показала, что:

*«Гр-ка Б.* согласилась на протезирование, завели карту, обговорили лечение. Она приходила, когда ей удобно. Потом пропала. И была полная неожиданность, когда она пришла с дочерью и сказала, что хочет получить деньги, неправильно поставили коронки. Я поставила временные коронки по желанию *гр-ки Б.* Я все делала только по ее желанию. Я ^едложила сделать снимки всех зубов и пред­ложила удалить все верхние зубы. Коронки были поставлены на 3, 4, 5, 7-е зубы, зубы были обточены, сделаны слепки, и 8 апреля поставлены коронки. Коронки постоянные, но поставлены они временно. Я предложила *гр-ке Б.* проконсуль­тироваться с ортопедом *Е.* из ММСИ, но *гр-ка Б.* отказалась. Протезирование проводилось бесплатно, так как она пенсионерка, сделали срочно. Я считаю, что *гр-ка Б.* была сразу настроена на получение денег».

***Медицинская карта стоматологического больного № 2852*** имеет не­сколько записей. Первые две записи от 23.04 и 29.04.1998 г. относятся к лечению (пломбированию) 13 зуба.

03.02.1999 г. в начале записи имеется плохо читаемое изображение одонто-

с\* г

граммы. Простудных заболеваний, аллергических реакций нет. Лимфатические узлы не увеличены. 24 на анестезию. Подпись врача.

03.02.1999 г. 24 инфильтрационная анестезия Sol. Novocaini 2% — 4,0, Sol. adre- nalini hydr. 0,1% — 1. Подпись врача. 24 жалобы на боли ночью, зуб под пломбой. Диагноз: хронический пульпит. Под анестезией удалена пломба, на вскрытый рог пульпы наложен ars + дентин. Явка 05.02.1999 г. Подпись врача.

* анестезия проведена, судя по записи, до клинического обследования, что может привести к неправильной диагностике и выбору метода лечения;
* приведенные объективные данные неполные, их недостаточно для поста­новки диагноза;
* диагноз указан неполно, не определена форма хронического пульпита;
* несоответствие поставленного диагноза описанию клинической картины; на основании указанных жалоб можно сделать вывод о том, что речь идет о стадии обострения;
* нет данных, обосновывающих правильность наложения мышьяковистой пасты; при гангренозной форме хронического пульпита такой метод лече­ния противопоказан и может повлечь за собой развитие мышьяковистого периодонтита, а в дальнейшем и остеомиелита;
* не указан тип мышьяковистой пасты (быстрого или пролонгированного действия), то есть не известно, на какой срок она могла быть наложена;
* не указана дата назначенного повторного посещения по поводу данного зуба.

08.02.1999 г. запись неразборчивая.

 неразборчивый почерк относится к ошибкам при оформлении, так как это обстоятельство может серьезно затруднять работу других специалистов и экспертов, то есть фактически лишает их необходимой информации.

11.02.1999 г. 14. На анестезию. Подпись врача.

11.02.1999 г. 14. Инфильтрационная анестезия Sol. Novoc. 2% + Sol. Adrenal. 0,1%. Подпись врача. Жалобы на боли ночью, зуб под пломбой 14. Под анестезией удалена пломба, на вскрытый рог пульпы наложены следы ars + дентин. *Диагноз:* хронический пульпит.

* анестезия проведена, судя по записи, до клинического обследования, что может привести к неправильной диагностике и выбору метода лечения;
* приведенные объективные данные неполные, их недостаточно для поста­новки диагноза;
* диагноз указан неполно, не определена форма хронического пульпита;
* несоответствие поставленного диагноза описанию клинической картины, на основании указанных жалоб можно сделать вывод о том, что речь идет о стадии обострения;
* нет данных, обосновывающих правильность наложения мышьяковистой пасты; при гангренозной форме хронического пульпита такой метод лече­ния противопоказан и может повлечь за собой развитие мышьяковистого периодонтита, а в дальнейшем и остеомиелита;
* не указан тип мышьяковистой пасты (быстрого или пролонгированного действия), то есть не известно, на какой срок она могла быть наложена;
* не указана дата назначенного повторного посещения по поводу данного; зуба.

05.02.1999 г. 24. Жалоб нет, удалена временная пломба, сформирована и pac-i ширена полость зуба. Удалена коронковая пульпа. Каналы медикаментозно об­работаны, заполнены эндометазоновой пастой под рентгенографическим контро­лем до верхушки. Фосфадент + эвикрол, шлифовка. Подпись врача.

* полностью отсутствуют объективные данные, позволяющие судить о coL стоянии зуба; я

® при описании лечения не указано, чем производилась медикаментозная обработка и в какой концентрации.

15.02.1999 г. 15. Жалобы на боли в области удаленного зуба, перкуссия 14 болезненна, зуб лечится по поводу пульпита. Диагноз: альвеолит. Направлена на физиотерапию. Подпись врача.

* врач не обратила внимания на состояние самого 14 зуба и окружающих его тканей и не провела, судя по сделанной записи, тщательного их обследо­вания;
* в связи с отсутствием в предыдущих записях данных о типе наложенной мышьяковистой пасты, не представляется возможным разобраться в причи­нах невнимания врача к состоянию 14 зуба и отсрочки его депульпирования.

17.01.1999 г. ФТК ИК Лазер. Подпись.

* отсутствует запись о повторном посещении по поводу 14 зуба;
* нет и указания в амбулаторной карте о неявке пациента в назначенный срок для продолжения лечения 14 зуба;
* неявка пациента на продолжение начатого лечения также является упу­щением самого врача, особенно в случае с наложением мышьяковистой пасты.

25.03.1999 г. Консультация зав. отделением. Жалобы на наличие подвижного костного фрагмента в области верхней челюсти справа. Без внешних видимых патологических изменений. Открывание полости рта свободное безболезненное. На слизистой альвеолярного гребня между 13 и 14 зубами имеется подвижный костный фрагмент — секвестр, занимающий площадь 0,3-0,5 см (край альвео­лярного гребня и перегородка между зубами). При движении секвестра проис­ходит оголение корней 14 и 13 зубов на У2 корня. *Диагноз*: остеомиелит верхней челюсти. Рекомендовано: извлечение секвестра совместно с 14 и 13 зубами с по­следующей санацией полости рта. *Диагноз*: хронический остеомиелит. Больная от вмешательства в настоящее время отказалась. Подпись зав. отделением.

* неполное описание клинической картины;
* нет данных рентгенологического исследования;
* нет подписи самой пациентки о добровольном отказе от лечения.

14.04.1999 г. По рентгенограмме. 14, 13, 12, 21, 22, 23 — резорбрия костной

ткани альвеолярного края у зубов со снижением высоты межальвеолярных пере­городок в области 14, 13, 12 на 2/3 длины корня, 21, 22 — полное рассасывание альвеолярных перегородок, 23 — на 2/3 длины корня. Остеопороз костной ткани. 14, 13, 12, 21, 22, 23 — зубы депульпированы, каналы 13, 12, 21, 22, 23 запломби­рованные, 14 — недопломбирован, в области апекса изменений не определяется, 12 — расширение периодонтальной щели, в области 21, 22 полное разрежение костной ткани. В области 14, 13 межальвеолярная перегородка отсутствует, на уровне Уз длины корня имеется секвестр размером 1 мм. Подпись зав. отделе­нием.

***Из Медицинской карты стоматологического больного № 1733-99*** от

23.02.1999 г. следует, что при явке *гр-ка Б*. жалуется на припухлость десен, боли в области 16. *Развитие настоящего заболевания:* обратилась в районную поли­клинику для санации полости рта. 11.02 сделали анестезию, после чего появилась гематома. Оставили мышьяковистую пасту в области 14. Удалили мышьякови­стую пасту 15.02. Назначили физиотерапию, отек уменьшился. Появились при­пухлость десен, оголенная часть кости. Применяла солкосерил. Данные осмотра: 14 открыт, перкуссия болезненная. Оголена костная ткань между 14 и 13, зонди­рование резко болезненно. Составлена одонтограмма:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 0 | 0 | 0 | 0 | С | П | к | 0 | К | и | П | П | 0 | 0 | П | 0 |
| 8 | 7 | 6 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| 0 | 0 | 0 | К | И | к | И | И | и | И | К | П | П | 0 | 0 | 0 |

*Диагноз:* мышьяковистый остеомиелит.

* неполное описание клинической картины;
* нет данных рентгенологического исследования;
* поставленный диагноз не обоснован;
* не составлен план лечения.

23.02.1999 г. Состояние удовлетворительное. Рекомендовано: 1. Удаление 14 с секвестром через месяц после формирования секвестра; 2. Консультация паро- донтолога; 3. Супрастин 1 таблетка 2 раза в сутки, пирометон 1 таблетка 2 раза в сутки. Подпись врача.

19.03.1999 г. Состояние удовлетворительное. Жалоб нет. Секвестр в области 14 подвижный. Рекомендовано удаление 14 и секвестрэктомия. Пациентка наме­чает протезирование, но не может работать без зубов. Поэтому просьба составить план лечения с учетом изготовления иммедиат протеза на верхнюю челюсть. Под­пись врача. Консультация ортопеда (без даты). Жалобы на затруднение переже­вывания пищи из-за частичного отсутствия зубов на верхней челюсти и нижней челюсти. Объективно: 18,17,16,15 отсутствуют; 14,13,12, 21, 22 — подвижность 3-4-й степени. В плане ортопедического лечения: 1) удалить 14, 13, 12, 21, 22; 2) изготовить иммедиат-протез на верхнюю челюсть,,Подпись врача.

нет указаний, по какой причине пациентка на протяжении двух недель после консультации не выполняла сделанные рекомендации; каждый день про­медления в сложившейся ситуации способствует усугублению состояния.

11.05.1999 г. Состояние удовлетворительное. Больная испытывает страх пе­ред хирургическим вмешательством. Премедикация: раствор пелании + настойка пустырника + настойка валерианы под инфильтрационной анестезией Sol. Ultra- caini 14, 13, 12, 21 с секвестром в области 14, 13. Кюретаж. В области 14, И вы­кроен слизисто-надкостничный лоскут, смещен к переходной складке, сглажены острые костные выступы. Лоскут уложен на место, фиксирован кетгутом. Рана обработана бриллиантовым зеленым. Холод. Явка. Подпись врача.

20.04, 23.04, 11.05, 12.05.1999 г. Этапы протезирования частичного съемногб протеза.

12.05.1999 г. Состояние удовлетворительное. Жалобы на припухлость губы и незначительную боль в области операции. Определяется значительный отек верхней губы и щечной области справа. Швы сохранены. Антисептическая об­работка швов. Выдан б/л № 056020 с 12 по 14.05.99 г. Явка 14.05.1999 г. Подпись врача.

14.05.1999 г. Состояние удовлетворительное. Отек сохраняется. Швы обрабо­таны. Б/л продлен по 18.05.1999 г. Подпись врача.

18.05.1999 г. Состояние удовлетворительное. Жалоб нет. Швы частично рас­сосались. Воспалительные явления не выражены. К труду с 19.05.1999 г. Подпись врача.

08.06.1999 г. Состояние удовлетворительное. Жалобы на боль в верхней че­люсти в области 13, 12, 11. При осмотре определяется гиперемия и отек слизи­стой оболочки в области 23, 22, 21. *Диагноз:* намин от протеза. Рекомендована коррекция протеза. Подпись врача.

08.06.1999 г. 23 выпала пломба, дефект пломбы. Депульпирован. Костный канал запломбирован, препарирован. Подпись врача.

08.06.1999 г. Фиксация коронок на цемент. Коррекция частичного съемного протеза. Подпись врача.

***Из медицинской карты стоматологического больного от 26.03.1999 г.*** следует, что в при посещении поликлиники в этот день предъявляла жалобы на косметический дефект и затруднение пережевывания пищи. Больная страдает язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки, узловой формой гипертиреоза, перенесла холецистэктомию. Мостовидные протезы, имеющиеся во рту на 12 х 21 22 х х 33 45 х 43 х х, изготовлены, со слов больной, более 10 лет назад. Съемными протезами не пользовалась. Лимфатические узлы не пальпируются. Составлена одонтограмма:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 0 | 0 | 0 | 0 |  |  | К | Ф | К | KR |  |  |  | 0 | 0 | 0 |
| 8 | 7 | 6 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | 1 | 2 | 3 | *А* | 5 | 6 | 7 | 8 |
| 0 | 0 | 0 | К | Ф | К | Ф | Ф | ф | Ф | К |  |  | 0 | 0 | 0 |

Отмечено снижение нижнего отдела лица. Прикус ортогнатический. Слизи­стая оболочка полости рта гиперемирована и отечна. Имеется подвижный сек­вестр в области 14, 13. *Диагноз:* частичная вторичная адентия обёих челюстей осложненная хроническим диффузным парадонтитом тяжелой формы.

31.03.1999 г. и 13.04.1999 г. произведено рентгенографическое исследование 14, 13, 12, 21, 22, 23, 24, 25 зубов (прицельные снимки прилагаются в пакете).

26.03.1999 г. Больная жалуется на затрудненное пережевывание пищи, на наличие секвестра в области 14, 13, 11 зубов. Приведен диагноз (см. выше). На рентгенограмме 14, 13, 12, 21, 22, 23 резорбция костной ткани альвеолярного края со снижением высоты межальвеолярных перегородок области 24, 23, 22 на 2/3 длины корня, 21, 22 полное рассасывание альвеолярной перегородки 23 на 2/3 корня. Остеопороз кости. 14, 13, 12, 21, 22, 23 зубы депульпированы. 14 ка­нал не пломбирован, в области апекса изменений нет. 13, 12, 21, 22, 23 каналы пломбированы, у 12 расширение периодонтальной щели, в области 21, 22 полное разрежение костной ткани. В области 14, 13 межальвеолярная перегородка от­сутствует на уровне У3 длины корня. Определяется секвестр размерами 1,5 мм. На рентгеновском снимке 45, 43, 33 — 43 подлежит удалению.

*План лечения:*

1. Рентгеновские снимки не обследованных ранее зубов.
2. Удаление 14, 13, 12, 21, 22, 43 зубов.
3. Изготовить спаянные коронки на 23, 24, 25.
4. Одиночную коронку на 27.
5. Переделать мостовидный протез на 15 х х х х х х 23 24 25.
6. Изготовить частичные съемные протезы на верхнюю и нижнюю челюсти. Больная ответила, что подумает и даст ответ о своем решении.

Подпись врача.

31.04.1999 г. Больная направлена на рентгенографию 27 зуба. На рентгено­грамме резорбция костной ткани на 1/2 длины корня. 27 под пломбой, не депуль- пирован, без изменений в области корня зуба. Учитывая просьбу больной, что она не может читать лекции без фронтальных зубов, был изменен подход к выбору конструкций протезов и к порядку их изготовления. Было решено изготовить:

* 1. Коронки спаянные на 23, 24, 25.
	2. Одиночную коронку на 27.
	3. Иммедиат-протез на верхнюю челюсть. С дальнейшим кардинальным про­тезированием (записанным от 26.03.1999 г.). В июле месяце 1999 г., когда будут каникулы в университете. Затем была оформлена работа. Препарированы 23, 24, 25, 27 зубы. Сняты слепки с верхней и нижней челюстей. Подпись врача.

02.04.1999 г. Припасовка коронок 23, 24, 25, 27. Снят слепок для спайки ко­ронок.

05.04.1999 г. Припасовка спаянных коронок 23, 24, 25, 27. Подпись врача.

08.04.1999 г. Фиксация коронок 23, 24, 25,27 на водный дентин. Больная была назначена на 12.04.1999 г. на 14 часов на консультацию к профессору ММСИ, от чего отказалась. Подпись врача.

• нет письменного отказа пациентки от консультации.

11.04.1999 г. Я позвонила больной домой и еще раз пригласила ее на консуль­тацию, от чего она категорически отказалась. Подпись врача.

13.04.1999 г. Больная пришла на прием с жалобами на чувствительность в об­ласти 23, были сняты временно поставленные коронки, выведена из прикуса коронка 23 зуба. Вновь коронки 23, 24, 25 поставлены на водный дентин. Еще раз обследуя зубы и рентгеновские снимки, учитывая состояние зубов и сложное протезирование больной, было предложено временно на один день оставить рент­геновские снимки для их описания. Больная их оставила, но тут же вернулась с требованием их вернуть, так как они были сделаны не в нашей поликлинике. Тогда было предложено сделать рентгеновские снимки в поликлинике, и было дано направление на рентгенографическое исследование. Старые рентгеновские снимки больной возвращены. Больная на приеме была с дочерью. Они были агрессивно настроены, оскорбляли врача в присутствии других врачей, больных и охранника. Подпись врача.

***Из карты больного, лечащегося в физиотерапевтическом отделении,*** видно, что А.В. Барышева с диагнозом 15 альвеолит лечилась в ФТО.

1. г. — флеонит — доза средняя. 17.02.1999 г. Осмотрена. УФ заме­нить на И К лазер в область 15, 14 (14 — ожог ars межзубного сосочка). От ле­чения отказалась 18.03.1999 г., на дальнейшее лечение не явилась. Записи удо­стоверены подписями.

*Обстоятельства дела составлены врачом судебно-медицинским экспертом.*

*С обстоятельства дела ознакомлены:* (подписи).

1. г. профессором Р. произведено описание представленных на экс­пертизу внутриротовых рентгенограмм от 13.04.1999 г. 14, 13, 12. Каналы 13, 12 недопломбированы и запломбированы неоднородно. В канале 14 остаток инстру­мента. Остаток пломбировочного материала в проекции лунки 15. Пародонтит с активными деструктивными изменениями разной глубины. Наблюдается глу­бокий костный карман между 13 и 14. В этом промежутке интенсивная тень кост­ной ткани (секвестр). 21, 22, 23, 24, 25: Большие зоны деструкции вокруг 21, 22 (пара- и периодонтальные очаги сливаются). Периодонтит у 24. Каналы 21, 22, 24 неопломбированы, а 23 запломбирован почти полно, остаток инструмента. 27 — кариес пришеечный (десневой), поддесневые отложения, пародонт не изменен.

20.07.2000 г. по телефону *истице Б.* предложено явиться на осмотр полости рта, что обусловлено последующим решением некоторых вопросов определения Перовского межмуниципального суда. *Истица* сообщила, что на освидетельство­вание она не явится, поскольку решать вопросы необходимо было год назад, а за этот период производилось перепротезирование зубов. Она сообщила также, что о нашей беседе сообщит своему адвокату. В последующем истица по телефону (после беседы со своим адвокатом) согласилась освидетельствоваться в комис­сии. Был назначен согласованный срок освидетельствования, но по просьбе ис­тицы срок был перенесен на один месяц до конца августа.

04.09.2000 г. ...произведено освидетельствование *гр-ки Б.* При этом установле­но. Жалобы: на неприятные ощущения в области зубных протезов. Объективно: слизистая полости рта обычной розоватой окраски, влажная, блестящая. Со­ставлена одонтограмма:

|  |  |
| --- | --- |
| Правая половина верхней челюсти | Левая половина верхней челюсти |
| 18 | 17 | 16 | 15 | 14 | 13 | 12 | 11 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 |
| 48 | 47 | 46 | 45 | 44 | 43 | 42 | 41 | 31 | 32 | 33 | 34 | 35 | 36 | 37 | 38 |
| Правая половина нижней челюсти | Левая половина нижней челюсти |

**ВЫВОДЫ**

На основании комиссионной экспертизы, произведенной по материалам гражданского дела № 2-4543/99 и медицинским документам *гр-ки Б*., объектив­ного клинического осмотра истицы приходим к следующим выводам.

* Перед началом лечения *гр-ки Б. врачом-стоматологом Г.* не была осущест­влена достаточно полная диагностика заболеваний со стороны зубного аппарата истицы. Диагноз «хронический пульпит» не обоснован клини­ческими данными, не диагностировано заболевание тканей пародонта: ге­нерализованный пародонтит тяжелой степени.
* (Ответ на вопросы 2, 3, 4 определения.) *гр-ка Б.* нуждалась в лечении 4-го зуба на верхней челюсти справа (хронический пульпит), что было определено на момент обращения к врачу-стоматологу. Ей было показано лечение, не связанное с удалением этого зуба, которое проводил *врач Г.*
* (Ответ на вопрос 5 определения.) Диагноз «хронический пульпит», кото­рый установил *врач* Г., можно установить на основании жалоб, анамнеза за­болевания и клинической картины, выявленной при объективном осмотре полости рта. Рентгенологическое обследование при диагностике данного заболевания является вспомогательным инструментальным методом и не является обязательным.
* (Ответ на вопросы 6, 7 определения.) Лечение 4 зуба на верхней челюсти справа у *гр-ки Б*., начатое 11.02.1999 г. в *стоматологической поликлинике № N* по поводу хронического пульпита методом девитальной экстирпации пульпы, не было закончено. В процессе лечения возникло осложнение: произошло проникновение мышьяковистого ангидрида на слизистую обо­лочку десны и прилегающую костную ткань из-за недостаточной герме­тизации временной пломбой. В результате химического ожога в после­дующем образовался некроз (омертвение) межзубного десневого сосочка с секвестрацией (отторжением) стенки альвеолы (лунки для размещения зуба). Указанное осложнение возникло вследствие несоблюдения лечащим врачом правил наложения мышьяковистой пасты для девитальной экс­тирпации пульпы зуба. Произвести оценку качества подготовки полости рта *гр-ки Б.* к протезированию не представляется возможным ввиду отсут­ствия в представленной карте стоматологического больного плана лечения, отражающего весь объем стоматологического вмешательства (терапевти­ческого, хирургического, консультации-рекомендации стоматолога-орто- педа).
* (Ответ на вопрос 8 определения.) Учитывая то обстоятельство, что од­ним из показаний к наложению мышьяковистой пасты для девитальной экстирпации пульпы зуба является наличие у пациента деструктивных изменений тканей зуба (кариес), экспертная комиссия считает, что хими­ческий ожог и последующие осложнения не связаны с деструктивными изменениями ткани зуба, а вызваны другой причиной, указанной в п. 4 настоящих выводов.
* (Ответ на вопросы 9, 10 определения.) Курс последующего физиотера­певтического лечения по поводу альвеолита (луночные боли) стоматоло­гом-терапевтом соответственно установленному диагнозу был назначен правильно. Наступившее в процессе лечения зубов осложнение (см. п. 4 выводов) не связано с несоблюдением назначенных физиотерапевтических процедур.
* (Ответ на вопросы 11, 12 определения.) Уже при первичном клиническом обследовании стоматологом-терапевтом *гр-ки Б.* можно было диагности­ровать имеющееся у нее заболевание — пародонтит, которое само по себе не явилось причиной возникновения осложнений, наступивших в процессе лечения зубов.
* (Ответ на вопрос 13 определения.) Анализ представленных медицинских документов и результаты освидетельствования от 04.09.2000 г. показали, что у *гр-ки Б.* имеются следующие заболевания полости рта:
	1. частичная вторичная адентия (полное отсутствие жевательных групп зубов, 4 центральных нижних зубов и т. д. — всего из 28 зубов отсут­ствуют 15);
	2. пародонтит генерализованный.

Прямой причинно-следственной связи между врачебным вмешательством 11.02.1999 г. и имеющимися заболеваниями в полости рта у *гр-ки Б.* ко­миссия не усматривает. Вместе с тем следует отметить, что в результате возникших в процессе лечения осложнений (описаны в п. 4 выводов) до­полнительно удалены два зуба — на верхней челюсти справа 13 и 14-й.

* (Ответ на вопрос 14 определения.) В настоящее время *гр-ка Б.* нуждается в плановом протезировании зубов с предварительной санацией полости рта.
* (Ответ на вопросы 16, 17 определения.) В настоящее время 23-й, 24-й и 25-й зубы фиксированы коронками из желтого металла, спаянные, от­носительно устойчивы. Жалоб на боль в области этих зубов истица не предъявляет. Перкуссия зубов безболезненная, воспалительные явления отсутствуют. Определить наличие перелома по представленным докумен­там и при объективном осмотре в настоящее время не представляется воз­можным: зуб покрыт коронкой. Со слов *гр-ки* ранее имел место скол части коронки.
* (Ответ на вопрос 18 определения.) Спаянные коронки изготавливаются по строго индивидуальным показаниям; в данном случае спаянные коронки 23, 24, 25 зубов изготовлены по показаниям.
* (Ответ на вопрос 19 определения.) Коррекция иммедиат протеза прово­дится при возникновении такой необходимости.
* (Ответ на вопрос 20 определения.) Перед установкой съемного протеза производится постоянная фиксация коронок на опорные зубы.
* (Ответ на вопрос 21 определения.) Учитывая настоящий стоматологиче­ский статус *гр-ки Б*., ей показано протезирование с изготовлением частич- но-съемных протезов.
* (Ответ на вопрос 15 определения.) Для решения указанного вопроса не­обходимо уточнить: о каких конкретно осложнениях идет речь?

*Председатель комиссии:* (подпись)

*Члены комиссии:* (подписи)

**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-медицинская экспертиза повреждений твердыми тупыми предметами.

8. Судебно-медицинская экспертиза повреждений 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 проводится в форме зачета по зачетным билетам, в устной форме.

**Вопросы для проверки теоретических знаний по дисциплине**

1. Определение судебной медицины, особенности судебной медицины, как науки, ее связь с другими медицинским, естественными и юридическими науками.
2. Краткая история развития судебной медицины за рубежом и в России. Роль отечественных ученых в развитии судебной медицины. Основные направления развития судебной медицины в настоящее время.
3. Виды и объекты практической судебно-медицинской деятельности. Определение понятия судебно-медицинской экспертизы, применение судебно-медицинской экспертизы в уголовном и гражданском процессах.
4. Организация и структура судебно-медицинской службы в РФ. Структура и функции Бюро судебно-медицинской экспертизы.
5. Поводы и порядок назначения экспертизы. Случаи обязательного проведения экспертизы по УПК РФ. Виды экспертизы.
6. Обязанности, права и ответственность эксперта. Пределы компетенции судебно-медицинского эксперта.
7. Документация судебно-медицинской экспертизы и судебно-медицинских исследований. Заключение эксперта как источник доказательств по делам о преступлениях и правонарушениях против жизни и здоровья человека.
8. Деятельность судебного медика как специалиста. Виды следственных действий, проводимых с участием судебно-медицинского эксперта как специалиста. Права, обязанности и ответственность специалиста.
9. Осмотр трупа на месте его обнаружения (происшествия). Регламентация и порядок осмотра в соответствии с УПК РФ. Участники осмотра, их обязанности. Задачи врача – специалиста в области судебной медицины при осмотре трупа на месте его обнаружения
10. Поводы, основания и порядок судебно-медицинского исследования (экспертизы) трупа. Отличие судебно-медицинского исследования трупа от патологоанатомического.
11. Оформление результатов судебно-медицинского исследования трупа. Принципы построения судебно-медицинского диагноза и выводов при судебно-медицинском исследовании трупа. Врачебное свидетельство о смерти.
12. Учение о смерти. Судебно-медицинская классификация смерти. Терминальные состояния. Клиническая и биологическая смерть. Констатация факта смерти, ее признаки, установление.
13. Понятие о танатогенезе. Морфологические признаки остро наступившей смерти. Правовые и морально-этические аспекты реанимации и изъятия органов и тканей для целей трансплантации. Закон РФ о трансплантации органов и тканей.
14. Трупные изменения, определения понятия, судебно-медицинское значение. Факторы, влияющие на развитие трупных изменений. Классификация трупных изменений.
15. Ранние трупные изменения, сроки их появления и развития. Методы их исследования, используемые в судебной медицине.
16. Поздние трупные изменения, их виды, механизм образования. Разрушение трупов животными, насекомыми, растениями.
17. Определение давности смерти, современное состояние вопроса.
18. Определение понятия «травматология», «судебная травматология». Особенности изучения травмы судебными медиками. Вопросы, разрешаемые судебно-медицинскими экспертами при исследовании повреждений и смерти от них.
19. Определение понятия телесное повреждение. Судебно-медицинская классификация повреждений. Методы их исследования и методика описания повреждений.
20. Классификация повреждений по этиологическим признакам, условиям возникновения и способам причинения (побои, мучения, истязания).
21. Классификация повреждения по морфологическим признакам. Виды функциональных повреждений.
22. Прижизненные и посмертные повреждения и их дифференциальная диагностика.
23. Признаки нанесения повреждений самим пострадавшим и посторонним лицом. Способность к активным действиям при смертельных повреждениях. Определение положения тела пострадавшего в момент причинения повреждений.
24. Причины смерти при повреждениях. Признаки острой массивной кровопотери.
25. Классификация повреждений по степени тяжести причиненного вреда здоровью.
26. Поводы, основания и организация экспертизы живых лиц. Регламентация и методика проведения экспертизы тяжести вреда здоровью. Оформление результатов исследования.
27. Тяжкий вред здоровью, его критерии.
28. Опасный дли жизни вред здоровью, его группы и виды.
29. Исходы и последствия телесных повреждений: являющиеся критериями тяжкого вреда здоровью.
30. Понятие трудоспособности, ее виды. Стойкая утрата трудоспособности, как критерий тяжести вреда здоровью, методика определения.
31. Потеря зрения, речи, слуха, какого-либо органа, либо утрата органом его функции, как критерий тяжкого вреда здоровью. Методика проведения экспертизы.
32. Неизгладимое обезображение лица, прерывание беременности, заболевание наркоманией и токсикоманией, как критерий тяжкого вреда здоровью, методика проведения экспертизы.
33. Средней тяжести вред здоровью, его критерии, примеры.
34. Легкий вред здоровью: его критерии: примеры.
35. Судебно-медицинская экспертиза состояния здоровья, притворных и искусственных болезней.
36. Судебно-медицинская экспертиза по вопросам пола и половых состояний: установление истинного пола, дефлорации, способности к половому сношению и оплодотворению у мужчин, способности к половому сношению, зачатию, беременности и родам у женщин, установлению бывших (давних и недавних) аборта, в том числе и криминального, и родов.
37. Судебно-медицинская экспертиза при преступлениях против половой неприкосновенности и половой свободы личности – изнасиловании, мужеложстве, лесбиянстве и развратных действиях: определение понятий, вопросы, разрешаемые при экспертизе. Лабораторные методы, используемые при судебно-медицинской экспертизе по поводу половых преступлений.
38. Судебно-медицинская экспертиза возраста.
39. Классификация тупых твердых предметов, механизм возникновения повреждения от действия тупых твердых предметов.
40. Морфологическая характеристика ссадин, кровоподтеков, ран от действия тупых твердых предметов, их судебно-медицинское значение.
41. Переломы, определения понятия, виды деформаций приводящих к образованию переломов. Механизмы и условия, влияющие на образование переломов. Местные и отдаленные переломы. Признаки сжатия и растяжения.
42. Повреждения костей черепа: механизмы, морфологические особенности в зависимости от видов деформации и особенностей тупых твердых предметов.
43. Повреждения оболочек и вещества головного мозга, внутренних органов от действия тупых твердых предметов.
44. Общая характеристика современной транспортной травмы, ее место в структуре насильственной смерти. Виды транспортной травмы.
45. Автомобильная травма. Определение понятия. Виды автомобильной травмы.
46. Столкновение (наезд) автомашины с пешеходом, механизм возникновения повреждений, их морфология.
47. Переезд автомашиной, механизм возникновения повреждений, их морфология.
48. Травма внутри автомашины: механизм возникновения повреждений, их морфология.
49. Травма при выпадении тела из автомашины, механизм возникновения повреждений, их морфология. Комбинированная автотравма.
50. Особенности осмотра места происшествия и трупа при дорожно-транспортных происшествиях и техники судебно-медицинского исследования трупа.
51. Железнодорожная травма: определение понятия, виды травмы, морфологическая характеристика повреждений при них.
52. Повреждения при падениях с высоты и на плоскости: виды падения и механизмы возникновения повреждений, морфологическая характеристика местных и отдаленных повреждений, ее зависимость от высоты падения, мест соударения и других условий.
53. Определение, общая характеристика, классификация и механизм действия острых предметов.
54. Характеристика и механизм действия колющих и режущих предметов, виды повреждений и их морфология, методика исследования и описания, причины смерти.
55. Характеристика и механизм действия колюще-режущих предметов, виды повреждений и их морфология, методика исследования и описания, причины смерти.
56. Характеристика и механизм действия рубящих предметов, виды повреждений и их морфология, методика исследования и описания, причины смерти.
57. Огнестрельное оружие и боеприпасы к нему, классификация, принципы устройства. Механизм выстрела и возникновения огнестрельного повреждения. Повреждающие факторы выстрела.
58. Классификация огнестрельных повреждений. Установление направления раневого канала и направления выстрела.
59. Виды действия пули. Виды расстояний выстрела. Дополнительные факторы выстрела, максимальная дальность их действия.
60. Морфология повреждений при выстреле в упор.
61. Морфология повреждений при выстреле с близкой и неблизкой дистанций.
62. Повреждения при выстреле холостым патроном, из самодельного оружия, при выстреле через преграду.
63. Повреждения при выстреле из дробового оружия, особенности ранений дробью в зависимости от расстояния выстрела, номера дроби (картечи).
64. Особенности судебно-медицинской экспертизы при множественных огнестрельных повреждениях
65. Повреждения при выстреле из газового оружия
66. Возможности установления орудия травмы по морфологии повреждений. Общие представления об исследованиях по идентификации орудий. Лабораторные исследования повреждений.
67. Понятие о гипоксии и механической асфиксии, её виды. Патофизиология асфиксии.
68. Странгуляционная асфиксия от сдавления шеи: повешение, удавление петлей, дифференциальная диагностика. Удавление руками, морфология.
69. Асфиксия от сдавления груди и живота.
70. Обтурационная асфиксия: от закрытия носа, рта и дыхательных путей мягкими и инородными предметами, сыпучими телами, рвотными массами.
71. Утопление, его виды. Патогенез и морфологические изменения при различных видах утопления. Лабораторные методы исследования при утоплении.
72. Общее и местное действие высокой температуры на организм. Тепловой и солнечный удары. Ожоги и ожоговая болезнь. Причины смерти и сроки ее наступления. Экспертиза трупов, обнаруженных на пожаре. Установление прижизненности действия пламени.
73. Общее и местное действие низкой температуры на организм. Смерть от переохлаждения организма, условия, способствующие наступлению смерти, диагностика этого вида смерти при исследовании трупа. Замерзание трупов.
74. Общие сведения о расстройстве здоровья и смерти от пониженного атмосферного давления. Горная или высотная болезнь, патофизиология, морфологические проявления.
75. Общие сведения о расстройстве здоровья и смерти от повышенного атмосферного давления. Обжим тела водолаза. Декомпрессионная (взрывная) болезнь, патогенез, морфологические проявления. Гипербария: баротравма легких, патогенез и морфологические проявления.
76. Электротравма. Механизмы действия электрического тока на организм и условия, способствующие поражению электротоком. Патофизиология, танатогенез и морфология электротравмы. Особенности осмотра места происшествия и трупа при электротравме. Поражение молнией.
77. Общие сведения о расстройстве здоровья и смерти от действия лучистой энергии.
78. Понятие о ядах, их классификация по химическому составу и механизмам действия. Виды действия химических веществ на организм. Определение понятия отравления. Особенности осмотра места происшествия и трупа при подозрении на отравление. Особенности проведения экспертизы.
79. Общие сведения об отравлениях едкими ядами – кислотами и щелочами. Патогенез, морфология, причины смерти, судебно-медицинская и лабораторная диагностика.
80. Отравления деструктивными ядами (ртуть, свинец, медь, мышьяк, сурьма и другие соли тяжелых металлов и металлоидов): патофизиология, генез смерти, морфологические проявления, судебно-медицинская диагностика.
81. Отравления кровяными ядами (окись углерода, метгемоглобинобразователи), патофизиология, генез смерти, морфологические проявления, судебно-медицинская диагностика.
82. Общие сведения об отравлениях ядами функционального действия: возбуждающими: угнетающими и парализующими центральную нервную систему, а также ядами, действующими на периферическую нервную систему.
83. Отравления этиловым спиртом и спиртсодержащими жидкостями. Патогенез, танатогенез, морфология, судебно-медицинская диагностика. Роль лабораторных исследований в диагностике смерти от отравления этиловым спиртом, оценка результатов исследования.
84. Отравления фосфорорганическими соединениями.
85. Пищевые отравления. Классификация. Пищевые отравления бактериального и небактериального происхождения. Отравление грибами. Судебно-медицинская экспертиза при пищевых отравлениях.
86. Определение понятия скоропостижной смерти, её танатогенез. Причины скоропостижной смерти и факторы, влияющие на ее наступление.
87. Судебно-медицинское исследование трупов новорожденных, поводы, разрешаемые вопросы, методика исследования. Понятие детоубийства.
88. Определение понятий новорожденности, их морфологические признаки, методика установления. Определение сроков внеутробной жизни.
89. Определение понятий жизнеспособности: зрелости и доношенности, их морфологические признаки. Определение сроков внутриутробной жизни.
90. Определение понятия живорожденности, методика установления. Гистологическая картина дышавших и не дышавших легких, вторичного ателектаза.
91. Понятие о вещественных доказательствах. Выявление, изъятие, упаковка вещественных доказательств, направление их на судебно-биологическое исследование при осмотре места происшествия и экспертизе трупов и живых лиц.
92. Экспертиза крови и ее следов. Вопросы, разрешаемые при экспертизе крови. Представления о методах, используемых для лабораторной диагностики наличия крови, ее видовой, групповой, половой и индивидуальной принадлежности. Представление о методе геномной дактилоскопии. Принципы и возможности судебно-медицинской экспертизы крови при спорном отцовстве, материнстве и подмене детей.
93. Представления о принципах и возможностях экспертизы семенной жидкости, слюны, волос и других биологических объектов. Вопросы, разрешаемые экспертизой.
94. Понятие о цитологической экспертизе. Понятие об экспертизе наложений на орудиях травмы.
95. Понятие о медико-криминалистической экспертизе, объектах ее исследования и возможностях.
96. Понятие о морали и праве – двух социальных институтах, регулирующих поведение людей в обществе, взаимоотношение морали и права. Понятие о медицинской деонтологии – основе профессиональной медицинской морали, ее краткая история. Присяга врача.
97. «Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан» о правах, обязанностях и ответственности медицинских работников. Понятие о преступлении, проступке, умысле, неосторожности, случае. Действия врача в условиях крайней необходимости.
98. Ответственность за профессиональные и профессионально-должностные правонарушения медицинских работников по Уголовному кодексу РФ.
99. Врачебные ошибки – определение, виды врачебных ошибок, их причины. Случаи (несчастные случаи) в медицинской практике.
100. Судебно-медицинская экспертиза в случаях привлечения медицинских работников к ответственности за профессиональные и профессионально-должностные правонарушения. Экспертные комиссии, их состав, типичные вопросы, разрешаемые при проведении экспертизы, пределы компетенции.

**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 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?

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, незамкнутая 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 – макулатура. В дальнем углу сарая за кучей макулатуры 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. Органокомплекс выделен 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-фиолетовые 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 расположена 2,3 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 расположена 2,3 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.к на 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 расположена 2,3 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 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.

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 выраженного оволосения 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, внешняя коньюгата – 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 оволосением 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-ки К. 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)31.05.03

Стоматология

дисциплина судебная медицина

**ЗАЧЕТНЫЙ БИЛЕТ №1**

I. Идентификация личности по стоматологическому статусу.

II.Процессуальные и организационные основы судебно-медицинской деятельности.

III.Определить телесные повреждения и степень тяжести вреда. Гр-ка К., 19 лет обращалась за медицинской помощью 03.02.17г. в 21:15. Травма в ДТП 03.02.17г. Рентгенография черепа без патологии. Жалобы на головную боль, тошноту, рвоту. Неврологический статус: общемозговая симптоматика - есть, менингеальная симптоматика – нет. Очаговая симптоматика – нет. В позе Ромберга пошатывается. Зрачки равные. Координаторные пробы выполняет неуверенно. От госпитализации отказалась. Диагноз: Сотрясение головного мозга. Ушиб мягких тканей головы.

Зав. кафедрой . ..................................................................................

Декан . ................................................................................................

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

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

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| № | Компетенции  |  Индикаторы сформированности компетенции | *Дескрипторы освоения компетенции* | Контрольно-оценочные средства  |
| 1 | ОПК-1**Способен реализовывать моральные и правовые нормы, этические и деонтологические принципы в профессиональной деятельности** | Инд. ОПК-1.2 Выполняет этические и деонтологические принципы в профессиональной деятельности | **Знать:** основные категории философии, основы межкультурной коммуникации, закономерности исторического развития России в мировом историко-культурном, религиозно философском и этико-эстетическом контексте - правила командной работы как основы межличностного взаимоидействия | Вопросы № 96,97,,98,99,100 |
| **Уметь:** Применять свои профессиональные знания в общении с пациентами и коллегами, органами следствия и дознания. | Практическое задание №9,10,11,12,13,  |
| **Владеть:** Навыками общения с учетом выбранного стиля; Навыками общения с пациентами, Способностью анализировать ситуации профессионального взаимодействия с коллегами, пациентами и их родственниками, выбирать наиболее эффективный стиль общения коллегами; | Практическое задание №9,10,11,12,13,  |
| 2 | **Пк-12****Способен к проведению медицинских экспертиз в отношении детей и взрослых со стоматологическими заболеваниями.** | Инд. Пк 12.1Проводит экспертизу временной нетрудоспособности у взрослых со стоматологическими заболеваниями, временной нетрудоспособности по уходу за больным ребенком, страдающим стоматологическим заболеванием.. | **Знать:** признаки временной нетрудоспособности, обусловленные заболеваниями или последствиями различных повреждений; условия и порядок выдачи листков временной нетрудоспособности порядок проведения экспертизы временной нетрудоспособности; нормативные правовые акты Российской Федерации, регламентирующие порядок проведения экспертизы временной нетрудоспособности | Вопросы №17,18,19,20,21,22,23,24,25,31,32,33,34,35,36,1,2,3,4,5,6,7,8,91,92,93,94,95,96 |
| **Уметь: определять признаки временной нетрудоспособности** | Практическое задание № 1,2,3,4,5,7,8,9,10,12,13,14,15,16,17 |
| **Владеть**: навыком оформления медицинской документации и выдачи листков временной нетрудоспособности, в том числе в электронном виде;Навыками проведения экспертизы временной нетрудоспособности оформления необходимой медицинской документации для осуществленияэкспертизы | Практическое задание № 1,2,3,4,5,7,8,9,10,12,13,14,15,16,17 |
| 3 |  **УК-1****Способен осуществлять критический анализ проблемных ситуаций на основе системного подхода, вырабатывать стратегию действий** | Инд.УК1.1. Применяет системный подход для разрешения проблемных ситуаций. | Знать: этические и деонтологические принципы работы врача судебно-медицинского эксперта | Вопросы № 1.2,3,4,5,6,7,8,9,10,12 |
| Уметь: Применять свои профессиональные знания в общении с пациентами и коллегами, органами следствия и дознания | Практическое задание №9,10,111,12,13.14,15,16,17,18 |
| Владеть: стилем делового общения применительно к ситуации взаимодействия - Осуществлять свою деятельность с учетом принятых в обществе моральных и правовых норм, соблюдать правила врачебной этики, законы и нормативные правовые акты по работе с конфиденциаль | Практическое задание № Практическое задание №9,10,111,12,13.14,15,16,17,18  |

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

Положение П 004.03-2020 «О балльно-рейтинговой системе оценивания учебных достижений обучающихся» определяет технологию оценивания учебных достижений обучающихся как комплексную оценку качества учебной деятельности обучающихся по основным профессиональным образовательным программам высшего образования - программам специалитета, программам бакалавриата, программам магистратуры на основе системного накопительного подхода к выставлению и интеграции баллов в стандартизированной шкале в ФГБОУ ВО «ОрГМУ» Минздрава России.

 Текущий фактический рейтинг обучающегося формируется в результате проведения текущего контроля успеваемости, в том числе контроля выполнения обучающимся самостоятельной (внеаудиторной) работы, по дисциплине «Правоведение».

 По дисциплине «Правоведение» обязательно формируется ведомость подсчета текущего рейтинга и бонусных баллов для обучающихся одной учебной группы одного направления подготовки. Согласно учебному плану, курс правоведения у направления 33.05.01 «Фармация» проходит на 1 курсе. Ведомость предоставляется в деканат в срок не позднее 1 рабочего дня до даты промежуточной аттестации.

Схема распределения баллов:

Максимальная сумма рейтинговых баллов, которую может набрать студент по дисциплине «Правоведение» по итогам текущего и заключительного контроля знаний и умений, составляет 105 рейтинговых баллов:

70 баллов – максимальный текущий фактический рейтинг;

5 баллов – максимальные бонусные баллы;

30 баллов – максимальный зачетный рейтинг.

 Текущий фактический рейтинг обучающегося выражаются в баллах и определенным образом рассчитываются.

**Подсчет текущего фактического рейтинга**

Текущий фактический рейтинг по дисциплине (модулю) (максимально 70 баллов) складывается из суммы баллов. 70 баллов образуются из суммы 60 и 10 баллов максимально.

60 баллов по дисциплине набираются в результате:

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

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

 10 баллов по дисциплине образуются в результате самостоятельной (внеаудиторной) работы обучающихся (реферат)

По сумме каждого семинарского (практического занятия) обучающийся получает до 60 баллов включительно. Количество баллов складывается из оценки (от 0 до5)

1.посещаемость-0-1 балл ( 0-отсутсвует на занятии; 1-присутствует)

2.ответ по контрольным точкам занятия:

3.тестовые задания - от 2 до 5 баллов

4.терминологический диктант- от 2 до 5 баллов

5.решение задач- от 2 до 5 баллов

6.устный ответ- от 2 до 5 баллов.

Итоговая оценка за семинарские занятия определяется как сумма среднеарифметической (сумма баллов за ответ по контрольным точкам занят/количество оценок). Среднеарифметическая оценка переводится из 5 балльной в 60 балльную по шкале пересчета на занятии, предшествующем итоговому (Таблица №8).

**Шкала перевода среднеарифметической оценки в балльную**

Таблица № 8

|  |  |
| --- | --- |
| **Среднеарифметическая оценка** | **Оценка по 60 балльной шкале** |
| 2,9  | <35 |
| 3 | 36 |
| 3,1 | 37,2 |
| 3,2 | 38,4 |
| 3,3 | 39,6 |
| 3,4 | 40,8 |
| 3,5 | 42 |
| 3,6 | 43,2 |
| 3,7 | 44,4 |
| 3,8 | 45,6 |
| 3,9 | 46,8 |
| 4 | 48 |
| 4,1 | 49,2 |
| 4,2 | 50,4 |
| 4,3 | 51,6 |
| 4,4 | 52,8 |
| 4,5 | 54 |
| 4,6 | 55,2 |
| 4,7 | 56,4 |
| 4,8 | 57,6 |
| 4,9 | 58,8 |
| 5,0 | 60 |

За выполнение каждого задания по самостоятельной (внеаудиторной) работе (заполнение рабочей тетради) обучающийся получает до 10 баллов, количество баллов в соответствии с критериями оценивания, указанными в ФОС.

Текущий фактический рейтинг до 70 баллов) получается суммированием баллов по каждому из вышеперечисленных направлений.

**Схема повышения текущего фактического рейтинга по дисциплине**

Обучающийся, в случае пропуска или получения неудовлетворительной оценки (0, 1 или 2 балла) за семинарское (практическое) занятие, может повысить текущий фактический рейтинг по дисциплине в дни консультаций любого из преподавателей кафедры судебной медицины и правоведения в соответствие с графиком, ответив на задания по контрольным точкам:

 Тестовые задания - от 2 до 5 баллов

 Терминологический диктант- от 2 до 5 баллов

 Решение задач- от 2 до 5 баллов

 Устный ответ- от 2 до 5 баллов.

В период подготовки к повторной промежуточной аттестации повышение текущего фактического рейтинга проводится на консультациях согласно индивидуальному графику. График подготовки к повторной промежуточной аттестации для первой попытки составляется не позднее 15 календарных дней после начала семестра обучения, следующего за семестром, в котором образовалась задолженность. График подготовки к повторной промежуточной аттестации составляется и для первой, и для второй попытки.

*Определение зачетного рейтинга*

Дисциплина завершается сдачей зачета, включающего сумму баллов за устный опрос по билетам, включающий ответ на два теоретических вопроса (от 0 до 5 баллов за каждый вопрос, максимально 10 баллов) и решение ситуационной задачи (от 0 до 5 баллов), а также тестовый контроль. Виды учебной деятельности, по результатам которых определяется зачетный рейтинг приведены в таблице № 4.

Шкала оценивания устного опроса по каждому вопросу из билета и проблемно-ситуационной задачи представлена в таблице № 9. Тестовый контроль оценивается максимально в 15 баллов по шкале таблицы № 5. Зачетный рейтинг максимум составляет 30 баллов.

**Шкала оценивания каждого вопроса из билета и проблемно-ситуационной задачи**

Таблица № 9

|  |  |
| --- | --- |
| **Форма контроля**  | **Критерии оценивания** |
| **устный ответ на вопрос** |  В «5 БАЛЛОВ» 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. |
| В «4 БАЛЛА» 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. |
| В «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. |
| В «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. |
| В «1 БАЛЛ» оценивается ответ, который обнаруживает незнание пройденного материала, основных вопросов теории; отсутствие владения терминологическим аппаратом; неумением давать аргументированные ответы. В содержании ответа допускается большое количество ошибок.  |
| В «0 БАЛЛОВ» оценивается ответ, если отвечающий не владеет пройденным материалом, навыками анализа и интерпретации, не может объяснить сущность явлений и процессов, не знает терминологии данной дисциплины. Как такового ответа нет. |
| **решение ситуационной** **задачи** |  «5 БАЛЛОВ» 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» 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 БАЛЛА» 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. |
| «2 БАЛЛА» 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. |
| «1 БАЛЛ» выставляется, если обучающимся дан неправильный ответ на вопрос задачи. Неверное объяснение хода ее решения, непоследовательное, с ошибками, отсутствием теоретического обоснования, с многочисленными затруднениями и ошибками, отсутствуют ответы на дополнительные вопросы. |
| «0 БАЛЛОВ» выставляется, если обучающимся дан неправильный ответ на вопрос задачи. Отсутствует ход объяснения в решении задачи, теоретическое обоснование. Не привлекаются практические умения для решения задачи, не владеет терминологией. |