

ПРОГРАММЫ ПРАКТИК

Основная профессиональная образовательная программа бакалавриата по направлению подготовки «Судебно-медицинская экспертиза» предусматривает прохождение обучающимися производственной практикой включающую базовую и вариативную часть.

В соответствии с ФГОС по направлению подготовки «Судебно-медицинская экспертиза» Блок 2 основной профессиональной образовательной программы ординатуры «Практики» является обязательным и представляет собой вид учебных занятий, непосредственно ориентированных на профессионально-практическую подготовку обучающихся. Практики закрепляют знания и умения, приобретаемые обучающимися в результате освоения теоретических курсов, вырабатывают практические навыки и способствуют комплексному формированию общекультурных, общепрофессиональных и профессиональных компетенций обучающихся.

Производственная практики проводятся на клинических базах Университета.

Вариативная часть практики включает в себя практику по получению профессиональных умений и навыков. Производственная практика включает в себя практику по получению профессиональных умений и опыта профессиональной деятельности.

Все виды практик реализуются на основе договоров, заключенных между Университетом и предприятиями, организациями и учреждениями, в соответствии с которыми организации предоставляют места для прохождения обучающимися практик.

Рабочие программы практик содержат следующие разделы:

1. Общие положения (вид практики, способы и формы проведения, место практики в структуре образовательной программы, объем практики в зачетных единицах и ее продолжительность в неделях либо в академических или астрономических часах)
2. Цели и задачи практики.
3. Планируемые результаты обучения при прохождении, соотнесенные с планируемыми результатами освоения образовательной программы
4. Базы практики.
5. Содержание практики.
6. Обязанности руководителя практики от Университета.
7. Обязанности обучающихся на практике.
8. Методические требования к порядку прохождения и формам, содержанию отчета по итогам прохождения практики.
9. Фонд оценочных средств для проведения промежуточной аттестации обучающихся по практике.
10. Учебная литература и ресурсы сети «Интернет», необходимые для проведения практики
11. Информационные технологии, используемые при проведении практики, включая перечень программного обеспечения и информационных справочных систем.
12. Материально-техническая база, необходимая для проведения практики.

СИМУЛЯЦИОННЫЙ КУРС «СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКАЯ ЭКСПЕРТИЗА»

1. Общие положения (вид практики, способы и формы проведения, место практики в структуре образовательной программы, объем практики в зачетных единицах и ее продолжительность в неделях либо в академических или астрономических часах)

Симуляционный курс для клинических ординаторов относится к вариативной части Блока 2.

Вид учебной работы	Всего часов / зачетных единиц	Семестр
		1
Сроки проведения практики: 4 недели	216/ 6	216
Вид промежуточной аттестации	зачет	зачет
Общая трудоемкость	часы	216
	зачетные единицы	6

2. Цели и задачи симуляционного курса

Цель симуляционного курса: отработка практических навыков у обучающегося для повышения готовности к самостоятельной профессиональной деятельности.

Задачи симуляционного курса:

1. Описание повреждений при огнестрельной травме, выявление признаков, позволяющих установить вид оружия, калибр, дистанцию выстрела, очередность выстрелов.
2. Описание повреждений при острой травме, выявление признаков действия колющего, режущего, колюще-режущего, пилящего, стригущего, колюще-рубящего и рубящего орудий, выявление признаков, позволяющих построить модель травмирующего предмета.
3. Описание повреждений, образующихся при действии тупых твердых предметов, с ограниченной и неограниченной следообразующей поверхностью, выявление признаков действия плоских, угловатых, цилиндрических и сферических предметов, а так же их комбинаций, выявление признаков, позволяющих установить давность образования повреждений.
4. Овладеть методикой осмотра трупа в ходе осмотра места происшествия, навыков описания расположения и положения трупа, расположения отдельных частей тела относительно друг друга, правила описания предметов одежды, надетых на трупе.

3. Планируемые результаты обучения при прохождении, соотнесенные с планируемыми результатами освоения образовательной программы

Выпускник, освоивший программу ординатуры, должен обладать следующими универсальными компетенциями:

- ✓ готовностью к абстрактному мышлению, анализу, синтезу (УК-1);
- Выпускник, освоивший программу ординатуры, должен обладать профессиональными компетенциями:
- ✓ профилактическая деятельность:
 - готовность к применению социально-гигиенических методик сбора и медико-статистического анализа информации о показателях здоровья взрослых и подростков (ПК-4);
 - ✓ диагностическая деятельность:

- готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем (МК-5);

4. Базы симуляционного курса

Симуляционный курс проводится на базе кафедры судебной медицины и правоведения ГБОУ ВПО «ПСПбГМУ им. акад. И.П.Павлова» МЗ РФ (197022, Санкт-Петербург, ул.Л.Толстого, д. 6/8, лит. И, корпус 30, этаж 3, помещения 286, 287).

5. Содержание симуляционного курса

№	Виды профессиональной деятельности (ординатора)	Место работы	Продолжительность циклов	Формируемые профессиональные компетенции
<i>Первый год обучения (семестр №1)</i>				
1.	Описание повреждений при огнестрельной травме, выявление признаков, позволяющих установить вид оружия, калибр, дистанцию выстрела, очередность выстрелов	Кафедра судебной медицины и правоведения ПСПбГМУ им акад. И.П.Павлова	54 часа 1,5 ЗЕ	ПК-4, ПК-5, УК-1
2.	Описание повреждений при острой травме, выявление признаков действия колющего, режущего, колюще-режущего, пилящего, стригущего, колюще-рубящего и рубящего орудий, выявление признаков, позволяющих построить модель травмирующего предмета	Кафедра судебной медицины и правоведения ПСПбГМУ им акад. И.П.Павлова	54 часа 1,5 ЗЕ	ПК-4, ПК-5, УК-1

№	Виды профессиональной деятельности (ординатора)	Место работы	Продолжительность циклов	Формируемые профессиональные компетенции
3.	Описание повреждений, образующихся при действии тупых твердых предметов, с ограниченной и неограниченной слеодообразующей поверхностью, выявление признаков действия плоских, угловатых, цилиндрических и сферических предметов, а так же их комбинаций, выявление признаков, позволяющих установить давность образования повреждений	Кафедра судебной медицины и правоведения ПСПБГМУ им акад. И.П.Павлова	54 часа 1,5 ЗЕ	ПК-4, ПК-5, УК-1
4.	Производство осмотра трупа в ходе осмотра места происшествия, описание расположения и положения трупа, расположения отдельных частей тела относительно друг друга, описание предметов одежды, надетых на трупе.	Кафедра судебной медицины и правоведения ПСПБГМУ им акад. И.П.Павлова	54 часа 1,5 ЗЕ	ПК-4, ПК-5, УК-1

План работы:

1. Освоение алгоритмов выполнения практических навыков под руководством преподавателя.
2. Самостоятельная отработка практических навыков.
3. Изучение литературы по соответствующим разделам и обсуждение неясных вопросов с преподавателем.

Во время прохождения практики врач-ординатор овладевает умениями:

1. Описания повреждений при огнестрельной травме, выявления признаков, позволяющих установить вид оружия калибр, дистанцию выстрела, очередность выстрелов.
2. Описания повреждений при острой травме, выявления признаков действия колющего, режущего, колюще-режущего, пилящего, стригущего, колюще-рубящего и рубящего орудий, выявления признаков, позволяющих построить модель травмирующего предмета.
3. Описания повреждений, образующихся при действии тупых твердых предметов, с ограниченной и неограниченной слеодообразующей поверхностью, выявления признаков

действия плоских, угловатых, цилиндрических и сферических предметов, а так же их комбинаций, выявления признаков, позволяющих установить давность образования повреждений.

4. Производства осмотра трупа в ходе осмотра места происшествия, навыками описания расположения и положения трупа, расположения отдельных частей тела относительно друг друга, правилами описания предметов одежды, надетых на трупе.

6. Обязанности преподавателя симуляционного курса:

- Обучить клинических ординаторов практическим навыкам
- Контролировать процесс освоения навыка и выполнения манипуляции ординаторами
- Выполнять оценку степени освоения навыка
- Осуществлять зачёт по окончании симуляционного курса

7. Обязанности обучающихся на практике:

- Посещение занятий без пропусков и опозданий согласно расписанию курса;
- Выполнение плана обучения, освоение манипуляций под руководством преподавателя и самостоятельное их выполнение
- Соблюдение учебной дисциплины

8. Условия постановки зачёта по симуляционному курсу

Для постановки зачёта по симуляционному курсу требуется 100% посещение, освоение всех практических навыков курса, правильный ответ на тестовые вопросы по темам занятий.

10. Фонд оценочных средств для постановки зачёта по симуляционному курсу.

10.1 Тестовые задания к разделу «Огнестрельная травма»

1	<p>Мощность огнестрельного орудия зависит главным образом от:</p> <p>а) калибра; б) длины ствола; в) конструкции гильзы; г) конструкции капсюля;</p> <p>Верно б)</p>
2	<p>Что такое картечь:</p> <p>а) специальная пуля; б) свинцовые шарики диаметром 1,5-5,5 мм; в) свинцовые шарики диаметром 6-10 мм; г) специальные артиллерийские снаряды.</p> <p>Верно б)</p>
3	<p>Основной металл выстрела оболочечной пулей:</p> <p>а) свинец; б) медь; в) железо; г) цинк и олово.</p> <p>Верно б)</p>

4	<p>Иницирующим веществом в капсуле патрона, является:</p> <p>а) гремучая ртуть; б) антимоний; в) бертолетова соль; г) динамит.</p> <p>Верно а)</p>
5	<p>Источником сурьмы при выстреле является:</p> <p>а) пуля; б) корпус гильзы; в) капсюльный состав; г) стенки ствола.</p> <p>Верно в)</p>
6	<p>Источником углерода при выстреле является:</p> <p>а) пуля; б) ствол оружия; в) порох; г) капсюльный состав.</p> <p>Верно в)</p>
7	<p>Что не относят ко вторичным снарядам при выстреле из огнестрельного оружия:</p> <p>а) осколки и частицы преграды; б) обрывки одежды; в) осколки разорвавшейся пули; г) осколки костей.</p> <p>Верно в)</p>
8	<p>Начальная скорость пули при выстреле из 9,0-мм пистолета Макарова (ПМ):</p> <p>а) 200 м/с; б) 315 м/с; в) 600 м/с; г) 710 м/с; д) 900 м/с.</p> <p>Верно б)</p>
9	<p>Начальная скорость пули при выстреле из 7,62-мм автомата Калашникова (АКМ):</p> <p>а) 200 м/с; б) 315 м/с; в) 600 м/с; г) 715 м/с; д) 900 м/с.</p> <p>Верно г)</p>
10	<p>Начальная скорость пули при выстреле из 5,45-мм автомата Калашникова (АК-74):</p> <p>а) 200 м/с; б) 315 м/с; в) 600 м/с; г) 415 м/с; д) 900 м/с.</p> <p>Верно д)</p>


11	<p>При исследовании повреждения, похожего на огнестрельное, вначале следует установить:</p> <ul style="list-style-type: none"> а) направление выстрела; б) дистанцию выстрела; в) огнестрельный характер повреждения; г) последовательность выстрелов; д) вид и мощность оружия. <p>Верно в)</p>
12	<p>Виды механического действия пороховых газов, кроме:</p> <ul style="list-style-type: none"> а) пробивное; б) разрывное; в) рассекающее; г) ушибающее. <p>Верно в)</p>
13	<p>Зоной преимущественно механического действия пороховых газов является:</p> <ul style="list-style-type: none"> а) выстрел в упор; б) первая юна близкой дистанции; в) вторая зона близкой дистанции; г) третья зона близкой дистанции; д) неблизкая дистанция. <p>Верно б)</p>
14	<p>Вторая зона близкого выстрела называется:</p> <ul style="list-style-type: none"> а) Зоной действия пламени выстрела; б) Зоной отложения копоти; в) Зоной отложения порошинок и металлических частиц; г) Зоной действия пороховых газов <p>Верно б)</p>
15	<p>Третья зона близкого выстрела называется:</p> <ul style="list-style-type: none"> а) Зоной действия пламени выстрела; б) Зоной отложения копоти; в) Зоной отложения порошинок и металлических частиц; г) Зоной действия пороховых газов <p>Верно в)</p>
16	<p>Химическое действие при выстреле оказывают преимущественно:</p> <ul style="list-style-type: none"> а) копоть выстрела; б) пороховые газы; в) частицы металлов выстрела; г) частицы пороховых зерен; д) капли ружейной смазки. <p>Верно б)</p>
17	<p>На клиновидное действие огнестрельного снаряда указывает:</p> <ul style="list-style-type: none"> а) наличие пояса осаднения; б) наличие радиальных разрывов кожи; в) вывернутость краев раны; г) отсутствие дефекта ткани д) большой дефект ткани. <p>Верно г)</p>


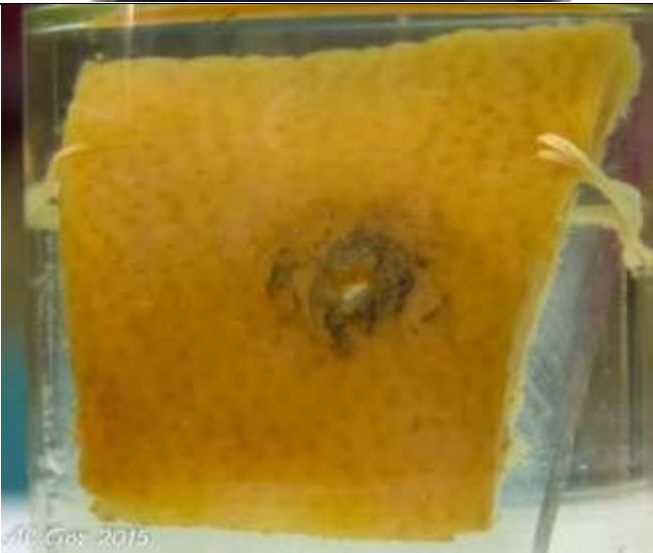

18	<p>Размеры дефекта у входной пулевой раны (по сравнению с диаметром пули):</p> <ul style="list-style-type: none"> а) больше; б) меньше; в) такие же; г) зависят от пораженной части тела. <p>Верно б)</p>
19	<p>Основными признаками входного пулевого отверстия не являются:</p> <ul style="list-style-type: none"> а) круглая или овальная форма; б) дефект ткани; в) ровные края; г) поясок осаднения и обтирания; д) радиальные разрывы дермы. <p>Верно д)</p>
20	<p>Основные признаки выходного пулевого отверстия:</p> <ul style="list-style-type: none"> а) круглая форма; б) щелевидная форма; в) дефект ткани; г) радиальные разрывы по краям; д) осаднение краев. <p>Верно б), г)</p>
21	<p>Элементом раневого канала не является:</p> <ul style="list-style-type: none"> а) поясок обтирания;- б) зона разрушения (собственно раневой канал); в) стенки раневого канала; г) зона бокового ушиба тканей; д) зона молекулярного сотрясения тканей; е) штамп-отпечаток дульного конца оружия. <p>Верно: а), е)</p>
22	<p>Раневой канал обычно прерывистый при ранениях:</p> <ul style="list-style-type: none"> а) грудной клетки; б) головы; в) конечности; г) полого органа (кишечника, желудка и др.). <p>Верно: г)</p>
23	<p>Основным поражающим фактором при «холостом» выстреле является:</p> <ul style="list-style-type: none"> а) механическое и химическое действие копоти и порошинок; б) механическое действие частиц металла; в) механическое действие пороховых газов; г) термическое действие пороховых газов; д) химическое действие пороховых газов. <p>Верно: в)</p>
24	<p>Поражающее действие пороховых газов холостого выстрела по сравнению с боевым:</p> <ul style="list-style-type: none"> а) больше; б) меньше; в) одинаково; г) зависит от части тела. <p>Верно: б)</p>




25	Основное термическое действие при выстреле оказывают: а) снаряд; б) копоть выстрелы; в) пороховые газы; г) пламя выстрела; д) горящие частицы пороховых зерен; е) воздух канала ствола; ж) пыжи. Верно: в), г), д)
----	---




Практические задания к разделу «Огнестрельная травма».





Задание: Опишите вид повреждения и ответьте на вопросы о виде оружия, калибре, дистанции выстрела, очередности выстрелов по следующим препаратам:



Препарат №1	 <p>AL Gog 2015</p>
-------------	--

Препарат №2	
Препарат №3	
Препарат №4	

Препарат №5			
Препарат №6			
Препарат №7			

Препарат №8	 <p>A close-up photograph of a bone surface. On the left, there is a circular depression with a raised rim. To the right, there is a dark, irregular, and somewhat porous lesion. The bone has a yellowish-tan color. A faint watermark "All Gov 2015" is visible at the bottom left of the image.</p>
Препарат №9	 <p>A close-up photograph of a bone surface. A circular hole is visible in the center, surrounded by a blue stain. The bone is yellowish-tan. A faint watermark "All Gov 2015" is visible at the bottom left of the image.</p>
Препарат №10	 <p>A close-up photograph of a bone surface. A circular hole is visible in the center, surrounded by a serrated edge. The bone is yellowish-tan. A faint watermark "All Gov 2015" is visible at the bottom left of the image.</p>

Препарат №11			
Препарат №12		 <small>Al Got 2015</small>	
Препарат №13		 <small>Al Got 2015</small>	
Препарат №14			

Препарат №15	
Препарат №16	

10.2 Тестовые задания к разделу «Острая травма»

1	<p>Для основного разреза не характерно наличие:</p> <ul style="list-style-type: none"> а) кровоизлияний; б) ссадин; в) острого конца; г) тупого конца. <p>Верно в)</p>
2	<p>Максимальная ширина погруженной части клинка колюще-режущего предмета:</p> <ul style="list-style-type: none"> а) равна длине раны; б) не менее длины раны; в) не более длины основного разреза раны; г) по ране не может быть определена. <p>Верно в)</p>

3	<p>Глубина раневого канала может значительно превышать длину клинка при ударе ножом в область:</p> <ul style="list-style-type: none"> а) головы; б) живота; в) лопатки; г) сердца. <p>Верно б)</p>
4	<p>Основные элементы раневого канала колото-резаного повреждения:</p> <ul style="list-style-type: none"> а) края; б) концы; в) стенки; г) угол; д) поясок загрязнения. <p>Верно в)</p>
5	<p>При расположении колото-резаной раны на груди и отсутствии следов воздействия ограничителя, длина клинка:</p> <ul style="list-style-type: none"> а) равна глубине повреждения; б) меньше глубины повреждения; в) равна или больше глубины повреждения; г) по ране не может быть установлена. <p>Верно в)</p>
6	<p>При расположении колото-резаной раны на животе и наличии следа воздействия ограничителя длина клинка:</p> <ul style="list-style-type: none"> а) равна глубине повреждения; б) обычно меньше глубины повреждения; в) больше глубины повреждения; г) не может быть установлена. <p>Верно б)</p>
7	<p>Особенности надрывов в области тупого конца колото-резаной раны позволяет решить вопрос о:</p> <ul style="list-style-type: none"> а) форме и толщине обушка; б) наличии скоса обушка; в) ширине клинка; г) остроте лезвия. <p>Верно: а)</p>
8	<p>Дифференциальную диагностику резаной и колото-резаной ран основывают на:</p> <ul style="list-style-type: none"> а) соотношении длины и глубины раны; б) локализации повреждений; в) наличии соединительно-тканых перемычек в области концов раны; г) характере краев ран. <p>Верно а)</p>
9	<p>Глубину колото-резаных ран не следует определять путем только:</p> <ul style="list-style-type: none"> а) послойного вскрытия; б) заливки в рану пластических масс; в) исследования металлическим зондом; г) рентгеноконтрастного исследования. <p>Верно в)</p>



10	<p>К двухлезвийным колюще-режущим предметам относятся:</p> <ul style="list-style-type: none"> а) опасная бритва; б) финский нож; в) кортик; г) кинжал; д) вилка. <p>Верно в)</p>
11	<p>Механизм действия двухлезвийного колюще-режущего предмета на ткани и органы заключается в:</p> <ul style="list-style-type: none"> а) расщеплении и раздвигании; б) давлении лезвия; в) рассечении и раздвигании; г) размозжении. <p>Верно в)</p>
12	<p>Для колото-резаной раны не характерно:</p> <ul style="list-style-type: none"> а) ровные края; б) большая глубина; в) наличие остроугольного и тупого концов; г) наличие дефекта ткани; д) форма раны в виде тупого конца. <p>Верно г)</p>
13	<p>Основной механизм образования колото-резаных ран:</p> <ul style="list-style-type: none"> а) пробивание; б) рассечение; в) ушибание; г) растяжение; д) сдавление. <p>Верно б)</p>
14	<p>Направление движения колюще-режущего предмета устанавливается по:</p> <ul style="list-style-type: none"> а) форме концов раны; б) направлению раневого канала; в) следам крови вокруг раны; г) количеству раневых каналов. <p>Верно б)</p>
15	<p>Ширина погруженной части клинка колюще-режущего предмета устанавливается по:</p> <ul style="list-style-type: none"> а) длине зияющей раны; б) длине основного разреза; в) спицей длине основного и дополнительных разрезов при сведенных краях; г) по длине дополнительного разреза. <p>Верно в)</p>
16	<p>О полном погружении клинка в тело потерпевшего не свидетельствует:</p> <ul style="list-style-type: none"> а) дополнительный разрез; б) осыдание вокруг раны; в) кровоподтек вокруг раны; г) уплотнение ворса одежды вокруг повреждения. <p>Верно б)</p>


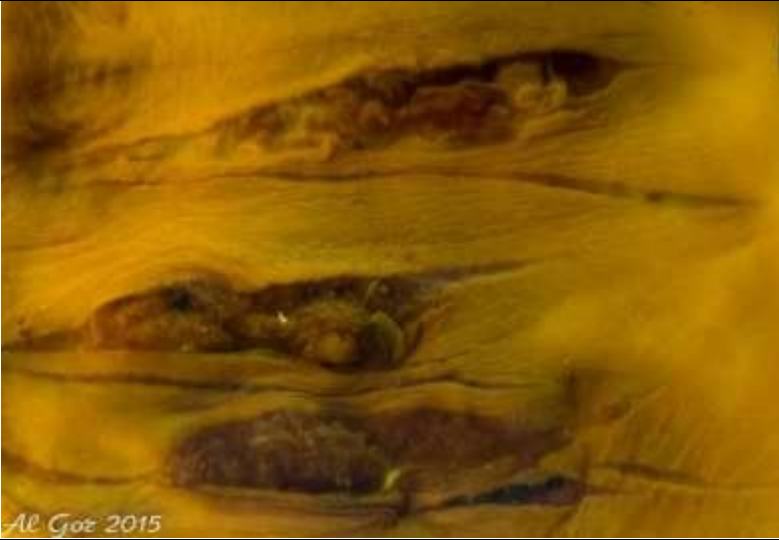

17	<p>При наличии трех колото-резаных ран, нанесенных одним и тем же предметом, длина клинка устанавливается по:</p> <ul style="list-style-type: none"> а) наименьшей длине раневого канала; б) средней величине, полученной путем деления суммы длин раневых каналов на три; в) наибольшей глубине раневого канала; г) средней глубине ран + 3 см. <p>Верно в)</p>
18	<p>Дополнительный разрез образуется в результате:</p> <ul style="list-style-type: none"> а) вхождения ножа в тело; б) извлечение ножа из тела; в) дополнительного введения ножа; г) нанесения нескольких ударов ножом. <p>Верно б)</p>
19	<p>Место внедрения острия колюще-режущего орудия можно определить по:</p> <ul style="list-style-type: none"> а) меньшей травматизации краёв; б) наличию надреза у края раны; в) зоне максимального осаднения края раны; г) дефекту ткани; д) тупому концу. <p>Верно в)</p>
20	<p>Признак основного разреза колото-резаной раны:</p> <ul style="list-style-type: none"> а) прямолинейность; б) зияние раны; в) следы обильного наружного кровотечения; г) неперерезанные волосы. <p>Верно а)</p>
21	<p>Признак дополнительного разреза колото-резаной раны:</p> <ul style="list-style-type: none"> а) осаднение краев; б) зияние раны; в) остроугольный конец; г) большая глубина. <p>Верно: в)</p>
22	<p>Побочный разрез образуется при:</p> <ul style="list-style-type: none"> а) затупленном лезвии клинка колюще-режущего орудия; б) наличии зазубрин на лезвии; в) вколе под углом; г) дефекте острия клинка; д) отсутствии скоса обушка у клинка колюще-режущего орудия. <p>Верно: г)</p>
23	<p>Побочный разрез обычно может возникать:</p> <ul style="list-style-type: none"> а) на одежде; б) на коже; в) одинаково часто на одежде и коже; г) не образуется никогда <p>Верно: а)</p>




24	<p>Действие лезвия колюще-режущего предмета проявляется:</p> <ul style="list-style-type: none"> а) осаднением; б) кровоизлиянием; в) дополнительным разрезом; г) тупым концом <p>Верно: в)</p>
25	<p>Степень зияния колото-резаной раны зависит от:</p> <ul style="list-style-type: none"> а) её локализации и величины; б) гладкости поверхности клинка; в) крутизны скосов обушка и лезвия; г) заточки скоса обушка <p>Верно: а)</p>




Практические задания к разделу «Острая травма».



Задание: «Опишите вид повреждения и ответьте на вопросы о виде травмирующего предмета по следующим препаратам»:



Препарат №1	
Препарат №2	

Препарат №3	 <p>Al. Gog 2015</p>
Препарат №4	 <p>Al. Gog 2015</p>
Препарат №5	 <p>Al. Gog 2015</p>

Препарат №6			
Препарат №7			
Препарат №8		 <small>А.С. Саз 2015</small>	

Препарат №9	
Препарат №10	 <p>AC Got 2015</p>
Препарат №11	 <p>AC Got 2015</p>

Препарат №12			
Препарат №13			

Препарат №14	 <p><i>All Goe 2015</i></p>
Препарат №15	 <p><i>All Goe 2015</i></p>

10.3 Тестовые задания к разделу «Травма тупыми твердыми предметами»

1	<p>Давность образования ссадин при наличии корочки на уровне кожи составляет около</p> <p>а) 2-4 час б) 6-8 час в) 12-24 час г) 3-4 суток Верно в)</p>
2	<p>Кровоподтеки приобретают багрово-желто-зеленый цвет в течение</p> <p>а) 1-4 дней б) 5-9 дней в) 12-16 дней Верно б)</p>
3	<p>Диагностическими признаками ушибленной раны являются</p> <p>а) осадненные края б) вывернутые волосяные луковицы в) кровоподтечные края г) наличие раневого канала д) соединительно-тканые перемычки между краями Верно а), в), д)</p>
4	<p>Раны должны быть описаны в акте судебно-медицинского исследования трупа, истории болезни по схеме (ответы расставьте в правильной последовательности)</p> <p>а) размеры б) форма в) локализация г) края и концы д) стенки е) состояние окружающих тканей Верно г), б), а), г), д), е)</p>
5	<p>Ссадина - это нарушение целостности кожи, захватывающее</p> <p>а) эпидермис и все слои дермы б) эпидермис в) эпидермис и сосочковый слой дермы Верно в)</p>
6	<p>При микроскопическом исследовании краев раны, нанесенной за 1-2 часа до смерти, наблюдаются</p> <p>а) некроз б) лейкоцитарный вал в) отек г) краевое стояние лейкоцитов в сосудах д) макрофаги и тучные клетки Верно г)</p>

7	<p>Желто коричневый цвет ссадин с плотным западающим дном свидетельствует, что они образовались</p> <p>а) за 1-2 суток б) за 3-4 суток в) посмертно Верно в)</p>
8	<p>Кровоподтеки со временем меняют цвет, их желтый цвет обусловлен образованием</p> <p>а) вердогемохромогена б) биливердина в) гемосидерина г) билирубина д) гемоглобина Верно в), г)</p>
9	<p>Кровоподтеки приобретают багово-желто-зеленый цвет в течение</p> <p>а) 1-4 дней б) 5-9 дней в) 12-16 дней Верно б)</p>
10	<p>Соединительно-тканые перемычки между краями характерны для ран</p> <p>а) резаных б) рубленых в) ушибленных г) рвано-ушибленных д) колотых Верно г)</p>
11	<p>Переломы образуются вследствие деформации костной ткани в виде</p> <p>а) сгибания б) сдавления в) сдвига г) скручивания д) отрыва е) разможнения Верно а), б), в), г), д)</p>
12	<p>При ударе тупым предметом с большой силой по голове чаще образуются</p> <p>а) ушибленные раны б) ссадины в) кровоподтеки г) переломы д) ушибы головного мозга Верно а), г), д)</p>




13	<p>От действия тупых предметов вследствие сотрясения возникают повреждения</p> <p>а) сотрясение головного мозга б) кровоизлияния в фиксирующем аппарате органов в) подкапсульные и паренхиматозные кровоизлияния г) переломы д) разрывы внутренних органов Верно а), б), в), д)</p>
14	<p>От действия тупых предметов вследствие растяжения образуются повреждения</p> <p>а) отрывы частей тела б) рваные раны в) разрывы суставов г) ссадины д) ушибленные раны Верно а), б), в)</p>
15	<p>От действия удара с большой силой тупым предметом с ограниченной поверхностью по голове образуются переломы</p> <p>а) трещины б) вдавленные в) дырчатые г) многооскольчатые Верно а), в)</p>
16	<p>От действия тупого предмета с неограниченной поверхностью образуются на костях черепа переломы:</p> <p>а) трещины б) дырчатые в) террасовидные г) вдавленные д) многооскольчатые Верно а), д)</p>
17	<p>По расположению отходящих от вдавленного перелома костей черепа трещин устанавливают:</p> <p>а) силу удара б) направление удара в) вид ударной поверхности Верно в)</p>
18	<p>Террасовидные переломы костей черепа образуются от действия тупого предмета с:</p> <p>а) большой плоской поверхностью б) небольшой плоской поверхностью под острым углом в) небольшой плоской поверхностью под прямым углом Верно б)</p>



19	<p>Вколоченные переломы длинных трубчатых костей образуются при действии силы по отношению к длиннику кости</p> <p>а) под углом б) параллельно в) перпендикулярно Верно б)</p>
20	<p>Для травмы от падения на плоскости на затылок характерны повреждения</p> <p>а) трещины затылочной кости б) многооскольчатые переломы затылочной и теменных костей в) ушибы теменных долей головного мозга г) ушибы лобных и височных долей головного мозга д) кровоизлияния в мягких тканях затылочной области е) обширные ушибленные раны затылочной области Верно а), г), д)</p>
21	<p>По кровоподтеку можно установить:</p> <p>а) угол соударения б) контур повреждающей поверхности предмета в) давность образования повреждения г) все перечисленное Верно: г)</p>
22	<p>Осаднением называется</p> <p>а) обширная сплошная ссадина б) множественные ссадины с участками неповрежденной кожи между ними в) сочетание ссадин с кровоподтеками г) ничто из вышеперечисленного Верно: а), б)</p>
23	<p>По ушибленной ране устанавливают</p> <p>а) направление воздействия травмирующего предмета б) характер травмирующего предмета в) примерный угол соударения травмирующего предмета с телом г) энергию воздействия травмирующего предмета Верно: а), б), в)</p>
24	<p>По линейному перелому костей черепа можно установить</p> <p>а) место приложения травмирующей силы б) форму и размеры травмирующей поверхности в) энергию, с которой воздействовал травмирующий предмет г) материал предмета Верно: а)</p>
25	<p>Условия, не определяющие форму кровоподтека</p> <p>а) форма и размеры контактирующей поверхности предмета б) область тела в) угол контакта г) масса предмета Верно: г)</p>




Практические задания к разделу «Травма тупыми твердыми предметами».



Задание: «Опишите вид повреждения и ответьте на вопросы о характеристиках травмирующей поверхности, установите давность повреждения, по следующим препаратам»:



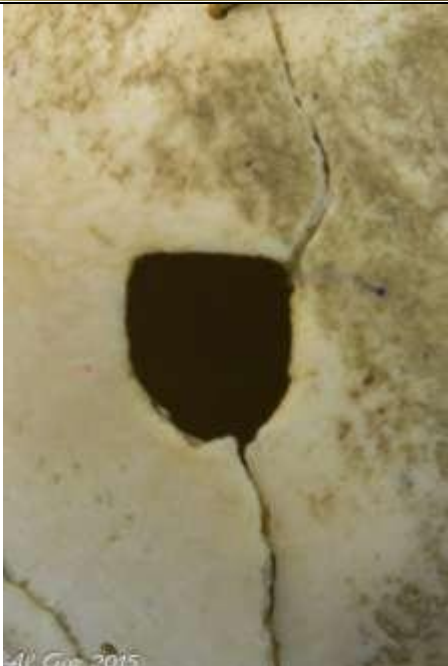
Препарат №1	
Препарат №2	




Препарат №3	 <p>Al Got 2015</p>
Препарат №4	 <p>Al Got 2015</p>
Препарат №5	 <p>Al Got 2015</p>



Препарат №6			
Препарат №7			

Препарат №8	 <p>Al Gor 2015</p>
Препарат №9	 <p>Al Gor 2015</p>
Препарат №10	 <p>Al Gor 2015</p>

Препарат №11	
Препарат №12	
Препарат №13	

Препарат №14	
Препарат №15	
Препарат №16	

Препарат №17	
Препарат №18	
Препарат №19	

Препарат №20	
Препарат №21	

10.4 Тестовые задания к разделу «Осмотр трупа на месте происшествия»

1	<p>К поздним трупным изменениям не относятся:</p> <p>а) гниение; б) аутолиз; в) мумификация; г) торфяное дубление; д) образование жировоска.</p> <p>Верно б)</p>
2	<p>К поздним трупным изменениям относят:</p> <p>а) трупное окоченение; б) охлаждение трупа; в) аутолиз; г) жировоск; д) трупные пятна.</p> <p>Верно г)</p>
3	<p>Признаки трупного высыхания не выявляют на:</p> <p>а) переходной кайме губ; б) мошонке; в) склере глаз; г) слизистой оболочке полости рта.</p> <p>Верно г)</p>

4	<p>Скорость остывания трупа не зависит от:</p> <p>а) национальности пострадавшего; б) причины смерти; в) пола пострадавшего; г) характера одежды. Верно а), в)</p>
5	<p>Трупы новорожденных детей по сравнению с трупами взрослых:</p> <p>а) остывают медленнее; б) охлаждаются в одинаковой степени; в) остывают быстрее; г) нет какой-либо закономерности. Верно в)</p>
6	<p>Может ли повышаться температура тела после смерти:</p> <p>а) при высокой температуре окружающей среды; б) нет не может; в) если смерть сопровождалась большой кровопотерей; г) при смерти от отравления этиловым алкоголем. Верно а)</p>
7	<p>Образование трупных пятен связано с:</p> <p>а) перераспределением крови в сосудах при агонии; б) посмертным перераспределением крови под действием силы тяжести; в) изменениями физико-химических свойств крови; г) трупным охлаждением. Верно б)</p>
8	<p>В условиях комнатной температуры трупные пятна обнаруживаются после наступления смерти в среднем:</p> <p>а) в первые 30-40 минут; б) 2-4 часа; в) 7-12 часов; г) 18-24 часа. Верно б)</p>
9	<p>В условиях высокой температуры (32-40°C) трупные пятна обычно обнаруживаются после наступления смерти:</p> <p>а) в первые 30-40 минут; б) 2-4 часа; в) 7-12 часов; г) 18-24 часа. Верно а)</p>
10	<p>На степень выраженности трупных пятен не влияет:</p> <p>а) предшествующее заболевание; б) причина смерти; в) давность наступления смерти; г) величина атмосферного давления; д) температура окружающей среды. Верно г)</p>

11	<p>Стадия гипостаза трупных пятен обычно составляет:</p> <p>а) 1,5-2 часа; б) 3-7 часов; в) 8-12 часов; г) 18-24 часа.</p> <p>Верно в)</p>
12	<p>Стадия имбибиции трупных пятен обычно формируется при давности наступления смерти не менее:</p> <p>а) 2-4 ч; б) 8-10 ч; в) 12-18 ч; г) 24-36 ч.</p> <p>Верно г)</p>
13	<p>При какой стадии образования трупных пятен они в результате нажатия бледнеют, а затем полностью не восстанавливают свой цвет:</p> <p>а) стаз; б) гипостаз; в) имбибиция; г) стадия не имеет значения.</p> <p>Верно б)</p>
14	<p>На степень выраженности мышечного окоченения трупа не влияет:</p> <p>а) степень развития мускулатуры; б) причина смерти; в) поза человека в момент смерти; г) давность наступления смерти; д) причина смерти; е) физическое состояние потерпевшего; ж) температура окружающей среды; з) величина атмосферного давления; и) давность наступления смерти.</p> <p>Верно в), з)</p>
15	<p>Трупное окоченение у лиц атлетического телосложения развивается:</p> <p>а) быстрее обычного; б) медленнее; в) в обычные сроки; г) нет зависимости.</p> <p>Верно б)</p>
16	<p>Трупное окоченение в первые 30 минут после наступления смерти развивается в:</p> <p>а) поджелудочной железе; б) легком; в) почках; г) сердце;</p> <p>Верно г)</p>

17	<p>Трупное окоченение у лиц пожилого возраста, детей и лиц, умерших от изнуряющих болезней, развивается:</p> <p>а) быстрее обычного; б) медленнее; в) в обычные сроки; г) нет зависимости. Верно а)</p>
18	<p>При смерти от теплового и солнечного удара и поражения техническим электричеством трупное окоченение развивается:</p> <p>а) быстрее обычного; б) медленнее; в) в обычные сроки; г) нет зависимости. Верно а)</p>
19	<p>При смерти от сепсиса и отравления наркотическими веществами трупное окоченение развивается:</p> <p>а) быстрее обычного; б) медленнее; в) в обычные сроки; г) зависит от случайных факторов. Верно б)</p>
20	<p>Трупное окоченение обычно охватывает все группы мышц через:</p> <p>а) 3-4 часа; б) 5-6 часов; в) 18-24 часа; г) 24-36 часов. Верно б)</p>
21	<p>Трупное окоченение обычно не восстанавливается, если оно нарушено после смерти через:</p> <p>а) 1-3 часа; б) 4-6 часов; в) 7-9 часов; г) 10-12 часов. Верно: г)</p>
22	<p>Суправитальные реакции органов и тканей при определении давности смерти, кроме:</p> <p>а) зрачковая реакция; б) подвижность сперматозоидов; в) механическая возбудимость мышц; г) электрическая возбудимость мышц; д) секреторные функции потовых желез. Верно: б)</p>

23	<p>Образование идиомускулярной опухоли при комнатной температуре вызывается при давности наступления смерти не более:</p> <p>а) 3-4 часов; б) 4-5 часов; в) 5-6 часов; г) 6-7 часов; д) 8-10 часов; е) 18-24 часа; ж) 24-48 часов.</p> <p>Верно: д)</p>
24	<p>К основным методам определения давности наступления смерти на месте происшествия не относится:</p> <p>а) реакция поперечно-полосатых мышц на механическое воздействие; б) термометрия тела трупа; в) исследование трупных пятен и трупного окоченения; г) исследование ферментов во внутренних органах; д) определение электровозбудимости поперечно-полосатых мышц.</p> <p>Верно: г)</p>
25	<p>Внешними наружными проявлениями гнилостных процессов на трупе не являются:</p> <p>а) зеленая окраска кожных покровов («трупная зелень»); б) уплотнение мягких тканей; в) гнилостная венозная сеть; г) гнилостные пузыри с жидкостью; д) трупная эмфизема.</p> <p>Верно: б)</p>

Практическое задание к разделу «Осмотр трупа на месте происшествия».

Произведите осмотр трупа на месте его обнаружения по следующему макету:



10. Учебная литература и ресурсы сети «Интернет», необходимые для проведения практики

а) основная литература:

1. В.Л. Попов, О.Д. Ягмуров. Руководство к практическим занятиям по судебной медицине. – СПб.: Издательство СПбГМУ, 2015. – 352 с.
2. В.Л. Попов, О.Д. Ягмуров. Нормативные акты по судебно-медицинской экспертизе. – СПб.: Издательство СПбГМУ, 2015. – 352 с.
3. В.Л. Попов. Судебная медицина : избранные лекции / Санкт-Петербург. гос. мед. ун-т им. акад. И.П.Павлова, каф. судебной медицины и правоведения. – СПб.: Изд-во СПбГМУ, 2013. – 303 с.
4. Судебная медицина и судебно-медицинская экспертиза: национальное руководство / под ред. Ю. И. Пиголкина. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 728 с.

б) дополнительная литература:

1. Атлас по судебной медицине / под ред. Ю.И. Пиголкина. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. – 376 с.
2. Ю.И. Пиголкин Судебная медицина. Compendium : учеб. пособие. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011. – 278 с
3. Судебная медицина. Задачи и тестовые задания: учеб. пособие/ под ред. Ю.И. Пиголкина. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2012. – 600 с.
4. Методические указания по судебно-медицинской экспертизе острых отравлений / Санкт-Петербург. гос. мед. ун-т им. акад. И.П.Павлова, каф. судебной медицины и правоведения. – СПб.: Изд-во СПбГМУ, 2011. – 48 с.
5. Методические указания по судебной медицине для интернов и клинических ординаторов/ Санкт-Петербург. гос. мед. ун-т им. акад. И.П.Павлова, каф. судебной медицины и правоведения. – СПб.: Изд-во СПбГМУ, 2012. – 79 с.

в) ресурсы сети «Интернет»

1. "Консультант+" Контракт № 14/785-ЭА15 от 6 февраля 2015
2. ЭБС «Консультант студента» Контракт №509/15 -ДЗ от 03.06.2015 с ООО «Политехресурс»
3. База данных рефератов и цитирования SCOPUS. Контракт № 510/15-ДЗ от 10.06.2015 с ООО "Эко-Вектор"
4. Электронный информационный ресурс ClinicalKey Контракт №161-ЭА15 от 24.04.2015 с ООО "Эко-Вектор"
5. ЭБС «Консультант врача» № договора 921/15 –ДЗ от 01/12/2015 г с ООО Группа компаний ГОЭТАР

11. Информационные технологии, используемые при проведении практики, включая перечень программного обеспечения и информационных справочных систем.

В ГБОУ ВПО ПСПбГМУ им. И.П. Павлова освоение образовательных программ проводится с применением электронного обучения, дистанционных образовательных технологий. Для этого создана и функционирует электронная информационно-образовательная среда (ЭИОС), включающая в себя электронные информационные ресурсы, электронные образовательные ресурсы. ЭИОС обеспечивает освоение обучающимися образовательных программ в полном объеме независимо от места нахождения обучающихся. Есть электронные библиотеки, обеспечивающие доступ к профессиональным базам данных, информационным, справочным и поисковым системам, а

также иным информационным ресурсам.(Контракт № 510/15-Д3 от 10/06/2015 с ООО "Эко-Вектор";Контракт № 509/15-Д3 от 03/06/2015 с ООО "Политехресурс";Контракт №161-ЭА15 от 24/04/2015 с ООО "Эко-Вектор"). База тестовых заданий и справочных материалов создана в программе academicNT.

12. Материально-техническая база, необходимая для проведения симуляционного курса

Наименование специализированных аудиторий и лабораторий	Перечень оборудования
Учебная аудитория №3 кафедры судебной медицины и правоведения. 197022, Санкт-Петербург, ул. Льва Толстого, д. 6-8, литера И, этаж 3, помещение 286, площадь 31,8 м ²	Стол – 1 шт., стулья – 13 шт., доска магнитно-маркерная -1 шт., учебный макет места происшествия с восковой фигурой трупа с повреждениями – 1 шт., масштабные модели мест происшествия по различным видам травмы – 12 шт.
Музей кафедры судебной медицины и правоведения. 197022, Санкт-Петербург, ул. Льва Толстого, д. 6-8, литера И, этаж 3, помещение 287, площадь 47,9 м ²	Стол – 2 шт., стулья – 24 шт., учебная доска – 1 шт., ноутбук с Wi-fi модулем DELL PP37L – 1 шт., мультимедийный проектор BENQ KTL SU 10416-8007 – 1 шт, проекционный экран Diplomat Draper, микроскоп МБС-9, влажные и костные препараты с различными видами повреждений – 60 шт.

Разработчик:

Горшков А.Н., к.м.н., доцент

Рецензент:

Ягмуров О.Д., д.м.н., проф.

Эксперт:

Толмачев И.А., д.м.н., профессор, начальник кафедры судебной медицины Военно-медицинской академии им. С.М. Кирова.

ПРАКТИКА В СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКОМ МОРГЕ

1. Общие положения (вид практики, способы и формы проведения, место практики в структуре образовательной программы, объем практики в зачетных единицах и ее продолжительность в неделях либо в академических или астрономических часах)

Практик в судебно-медицинском морге относится к базовой части Блока 2. В процессе практики ординатор участвует в проведении судебно-медицинских экспертиз.

Вид учебной работы	Всего часов / зачетных единиц	Семестры	
		3	4
Сроки проведения практики: 30 недель	1620 / 45	378	1242

Вид промежуточной аттестации		зачет	-	зачет
Общая трудоемкость	часы	1620	378	1242
	зачетные единицы	45	10,5	34,5

2. Цели и задачи практики

Цель – изучить формы и методы организации судебно-медицинской службы, особенности функционирования различных структурных подразделений судебно-медицинских экспертных учреждений, овладеть методами проведения основных видов судебно-медицинских экспертиз.

Задачи:

- **Овладеть** особенностями применения на практике законодательных актов, регламентирующих проведение судебно-медицинских экспертиз и исследований.
- **Сформировать** практические умения и навыки при проведении различных видов судебно-медицинских экспертиз.

3. Планируемые результаты обучения при прохождении, соотнесенные с планируемыми результатами освоения образовательной программы

Выпускник, освоивший программу ординатуры, должен обладать следующими универсальными компетенциями:

- ✓ готовностью к абстрактному мышлению, анализу, синтезу (УК-1);
- ✓ готовностью к управлению коллективом, толерантно воспринимать социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия (УК-2);
- ✓ готовностью к участию в педагогической деятельности по программам среднего и высшего медицинского образования или среднего и высшего фармацевтического образования, а также по дополнительным профессиональным программам для лиц, имеющих среднее профессиональное или высшее образование, в порядке, установленном федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим функции по выработке государственной политики и нормативно-правовому регулированию в сфере здравоохранения (УК-3)

Выпускник, освоивший программу ординатуры, должен обладать профессиональными компетенциями:

- профилактическая деятельность:
 - ✓ готовность к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания (ПК-1);
 - ✓ готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения за здоровыми и хроническими больными (ПК-2);
 - ✓ готовность к проведению противоэпидемических мероприятий, организации защиты населения в очагах особо опасных инфекций, при ухудшении радиационной обстановки, стихийных бедствиях и иных чрезвычайных ситуациях (ПК-3);
 - ✓ готовность к применению социально-гигиенических методик сбора и медико-статистического анализа информации о показателях здоровья взрослых и подростков (ПК-4);
- диагностическая деятельность:
 - ✓ готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов,

синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем (ПК-5);

✓ готовность к применению лабораторных методов исследований и интерпретации их результатов (ПК-6);

• организационно-управленческая деятельность:

✓ готовность к применению основных принципов организации и управления в сфере охраны здоровья граждан, в медицинских организациях и их структурных подразделениях (ПК-8);

✓ готовность к участию в оценке качества оказания медицинской помощи с использованием основных медико-статистических показателей (ПК-9);

✓ готовность к организации медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе медицинской эвакуации (ПК-10).

4. Базы практики

Практика проводится на базе организаций (предприятий) различных организационно-правовых форм хозяйствования и форм собственности (клинические базы).

5. Содержание практики

№	Виды профессиональной деятельности (ординатора)	Место работы	Продолжительность циклов	Формируемые профессиональные компетенции
Второй год обучения (семестр №3)				
1.	Участие в судебно-медицинской экспертизе трупов, ассистирование и выполнение исследований трупов под руководством экспертов, анализ результатов дополнительных методов исследования и участие в оформлении «Заключения эксперта».	Отдел экспертизы трупов СПб ГБУЗ «БСМЭ»	378 10,5 ЗЕ	ПК-1 ПК-2 ПК-3 ПК-4 ПК-5 ПК-6 ПК-8 ПК-9 ПК-10 УК-1 УК-2 УК-3
Второй год обучения (семестр №4)				
2.	Участие в судебно-медицинской экспертизе трупов, ассистирование и выполнение исследований трупов под руководством экспертов, анализ результатов дополнительных методов исследования и участие в	Отдел экспертизы трупов СПб ГБУЗ «БСМЭ»	1242 34,5 ЗЕ	ПК-1 ПК-2 ПК-3 ПК-4 ПК-5 ПК-6 ПК-8 ПК-9 ПК-10 УК-1 УК-2 УК-3

№	Виды профессиональной деятельности (ординатора)	Место работы	Продолжительность циклов	Формируемые профессиональные компетенции
	оформлении «Заключения эксперта».			

План работы второго года обучения:

1. Анализ случаев по профильным разделам под руководством сотрудников кафедры.
2. Работа в отделе экспертизы трупов Санкт-Петербургского Бюро судебно-медицинской экспертизы (являющегося базой кафедры) в качестве ассистента судебно-медицинского эксперта.
3. Изучение литературы по соответствующим разделам и обсуждение неясных вопросов с куратором.
4. Ассистирование и выполнение исследований трупов под руководством сотрудников кафедры и экспертов Бюро.
5. Ведение медицинской документации.

Учебная работа:

- ✓ Посещение конференций, организованных кафедрой.
- ✓ Практическая работа ординаторов. Основная задача практики - получение будущими врачами глубоких практических знаний и навыков по специальности в условиях будущей работы.

Во время прохождения практики врач-ординатор овладевает:

- умениями проводить исследование трупа при различных видах травмы и смерти, подозрительной на насильственную;
- методами выполнения основных видов судебно-медицинских экспертиз, техникой исследования трупа;
- методами проведения судебно-медицинского исследования трупа при различных видах повреждений;
- методами проведения экспертизы трупа при скоропостижной смерти;
- умениями описывать и фиксировать телесные повреждения, имеющиеся на трупе;
- навыками исследования трупных изменений;
- способностью оценивать и анализировать результаты дополнительных исследований: судебно-гистологических, судебно-химических, медико-криминалистических, судебно-биологических
- умением оформлять Заключение эксперта, составлять обоснованные и полные выводы в соответствии с поставленными вопросами.

В процессе практики ординатор участвует в проведении судебно-медицинских экспертиз.

Врач, окончивший прохождение практики в судебно-медицинском морге должен: ЗНАТЬ:

1. Порядок назначения экспертизы.

2. Объекты судебно-медицинской экспертизы
3. Судебно-медицинскую классификацию смерти.
4. Поводы для судебно-медицинской экспертизы трупа.
5. Правила судебно-медицинской экспертизы трупа.
6. Методику и порядок проведения судебно-медицинской экспертизы трупа.
7. Правила описания повреждений.
8. Умирание и смерть: стадии и периоды.
9. Ранние трупные явления их диагностическое значение.
10. Поздние трупные явления и их экспертное значение.
11. Виды естественной консервации трупов.
12. Возможные экспертные ошибки при исследовании гнилостно измененных трупов.
13. Разрушение трупов насекомыми и животными.
14. Особенности экспертизы расчлененных трупов.
15. Правила изъятия объектов для дополнительных исследований.
16. Виды судебно-медицинских документов и правила их оформления.
17. Структуру «Судебно-медицинского диагноза».
18. Права, обязанности и ответственность эксперта.

УМЕТЬ:

1. Проводить судебно-медицинскую экспертизу трупов при различных видах насильственной и ненасильственной смерти.
2. Правильно изъять биологический материал для проведения лабораторных методов исследований.
3. Анализировать полученные результаты, ставить судебно-медицинский диагноз и делать выводы (заключения) на основании проведенных исследований.
4. Выявлять ранние трупные явления и устанавливать давность наступления смерти.

ВЛАДЕТЬ:

1. Составлением предварительного плана проведения экспертизы трупа.
2. Всеми методами исследования трупов при различных видах смерти.
3. Правилами изъятия биологических объектов для дополнительных исследований и заполнением соответствующих направлений.
4. Оформлением медицинских документов: "Медицинского свидетельства о смерти" ("Причина смерти").
5. Оформлением, в соответствии с требованиями, "Заключение эксперта" (Акт судебно-медицинского исследования трупа).

6. Обязанности руководителя практики от Университета:

- Устанавливает связь с руководителем практики от организации
- Согласовывает с обучающимися индивидуальный календарно-тематический план прохождения практики;
- Осуществляет контроль за соблюдением срока практики и ее содержанием;
- Оказывает методическую помощь обучающимся при выполнении ими индивидуальных заданий;
- Оценивает результаты выполнения обучающимися программы практики.

7. Обязанности обучающихся на практике:

- явиться на место практики в установленный приказом срок;
- выполнять индивидуальный календарно-тематический план, в установленном объеме и сроки;
- соблюдать все указания руководителей практики по качественной проработке разделов плана;
- оперативно оформлять всю документацию по написанию отчета о практике;
- в течение практики вести учет ее прохождения и делать систематические записи в дневнике;
- соблюдать правила внутреннего трудового распорядка организации (предприятия);
- строго соблюдать правила охраны труда и техники безопасности;
- представить руководителю от университета письменный отчет о прохождении практики и дневник, подписанный руководителем практики

8. Методические требования к порядку прохождения и формам, содержанию отчета по итогам прохождения практики.

Методические требования к порядку прохождения практики представлены в дневнике учета работы врача-ординатора, и заполняются ординатором.

Ежедневно в дневник ординатора вносятся записи, содержащие сведения о перечне вскрытий, краткие судебно-медицинские диагнозы.

В течение месяца в дневник вносятся результаты выполнения календарного плана подготовки врача-ординатора, темы заседаний общества судебных медиков и конференций, симпозиумов, кафедральных заседаний, докладов и выступлений ординаторов, заседаний студенческого научного общества.

Указывается прочитанная и реферированная литература.

В конце месяца указываются результаты итогового собеседования и дневник подписывается руководителем.

Формы в дневнике представлены ниже:

I (II, III, IV) квартал каждого года обучения

_____ 20__ г.

месяц

Раздел индивидуального плана _____

отдел _____

Отчет о работе

Дата	Отдел (отделение)	Вид деятельности
------	-------------------	------------------

--	--	--

I (II, III, IV) квартал каждого года обучения

_____ 20__ г.

месяц _____

Раздел индивидуального плана _____

отдел _____

№ пп	Вскрытия по видам смерти	Число вскрытий за каждый месяц							Подпись заведую- щего отделом
1									
2									
3									
4									
5									
6									
7									
8									
9									
10									
11									

№ пп	Методы вскрытия и дополнительные исследования	Количество за каждый месяц							Подпись заведую- щего отделением
1	Вскрытие по системам с воротниковым разрезом								
2	Метод _____ полной эвисцерации								

3	Вскрытие спинного мозга								
4	Вскрытие придаточных полостей черепа								
5	Проба на воздушную эмболию								
6	Проба на наличие воздуха в плевральной полости								
7	Вскрытие трупов при особо опасных инфекциях								
8									
9									
10									
11									

Изученная медицинская литература:

Количество итоговых собеседований и их итоги

9. Фонд оценочных средств для проведения аттестации обучающихся по практике.

9.1 Практические задачи

№1	<p>ОБСТОЯТЕЛЬСТВА ДЕЛА</p> <p>Из постановления о назначении судебно-медицинской экспертизы трупа следует, что 24 января 20.. г. в 8 часов 45 минут при переходе Большого пр. гр-н И. был сбит автомобилем марки ГАЗ-3110.</p> <p>На разрешение эксперта поставлены следующие вопросы:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Какие телесные повреждения причинены гр-ну И.? 2. Каков механизм их образования и локализация телесных повреждений? 3. В какую часть тела нанесен первичный удар? 4. В какой позе находился погибший в момент дорожно-транспортного происшествия?
-----------	--

5. Имеются ли на теле погибшего следы переезда, волочения?

6. Какова причина смерти?

7. Находился ли погибший в момент дорожно-транспортного происшествия в состоянии алкогольного опьянения?

НАРУЖНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ

На трупе имеется следующая одежда: 1). Куртка серая, х/б, на вороте куртки сзади в центральной части на участке овальной формы размерами 6х4 см ткань пропитана буровато-красной жидкостью, похожей на кровь; 2). Рубашка черная, х/б; 3). Майка белая трикотажная; 4). Брюки серые, х/б, задняя поверхность которых покрыта серыми сыпучими наложениями; 5). Трусы белые, х/б; 6). Носки черные, шерстяные; 7). Полуботинки черные, кожаные на натуральном меху, на резиновой подошве; на подошве левого полуботинка в области носка на участке размерами 6х3 см имеются множественные параллельные линейные полосовидные углубления, ориентированные справа налево, в направлении спереди назад. Труп мужчины, правильного телосложения, удовлетворительного питания, длиной тела 170 см. Кожные покровы бледные, холодные на ощупь. Трупные пятна расположены на задней поверхности тела, бледно-синюшные, при надавливании на них не бледнеют. Трупное окоченение хорошо выражено во всех группах обычно исследуемых мышц. Кости свода, лицевого черепа на ощупь целы. Волосы головы темно-русого цвета, длиной до 5 см. На коже волосистой части головы в правой теменно-височной области в 165 см от подошвенной поверхности стоп располагается рана звездчатой формы размерами 0,7х1,8 см. Края раны неровные, осадненные на ширину 0,8 см, кровоподтечные. Концы раны острые, с тканевыми перемычками. Волосяные луковицы в проекции стенок раны вывихнуты, дно раны представлено разможженными мягкими тканями. Кожа вокруг раны за пределами краев не изменена. На коже волосистой части головы в левой височной области имеется ссадина неправильной круглой формы, размерами 5х3 см с темно-красным плотным дном, располагающимся ниже уровня окружающей кожи. Кожные покровы лица бледно-синюшные. На коже правой щеки в проекции скуловой дуги имеется ссадина неправильной овальной формы, размерами 5х4 см, с темно-красным плотным западающим дном, на фоне которой определяются множественные, линейные, параллельные, косо-горизонтально ориентированные ссадины. В подбородочной области справа от срединной линии имеется ссадина неправильной круглой формы, размерами 2,5х3 см с темно-красным плотным западающим дном. Веки левого глаза увеличены в объеме, в окружности глаза имеется синюшно-багровый кровоподтек, размерами 5х4 см. Глаза закрыты, соединительные оболочки бледные. Роговицы прозрачные, зрачки диаметром по 0,5 см. Отверстия носа, рта и ушей свободные. Рот закрыт, слизистая оболочка губ и преддверия рта гладкая, синюшная, без повреждений. Язык за линией зубов. Зубы целы. Шея соразмерна туловищу, без повреждений. Грудная клетка цилиндрической формы, упруга при сдавлении. Живот на уровне реберных дуг. Наружные половые органы сформированы правильно, без повреждений. Заднепроходное отверстие сомкнуто, кожа вокруг него чистая. Кости таза ненормально подвижны. На передне-боковой поверхности верхней трети левой голени в 43 см и в 45 см от подошвенной поверхности стоп имеются две ориентированные горизонтально параллельно друг

другу полосовидные ссадины с темно-красным плотным западающим дном, размерами 6x1,5 см и 5x1 см. На этом уровне кости голени ненормально подвижны. Других повреждений при наружном исследовании трупа не обнаружено.

ВНУТРЕННЕЕ ИССЛЕДОВАНИЕ

Внутренняя поверхность кожно-мышечного лоскута головы красновато-синюшного цвета. В левых лобной, теменно-височной и затылочной областях имеется кровоизлияние, темно-красного цвета, блестящее, размерами 18x15 см, толщиной до 1 см. Твердая мозговая оболочка не напряжена, в синусах ее содержится жидкая темно-красная кровь. Внутренняя поверхность ее белесовато-сероватая, гладкая. По снятию твердой мозговой оболочки на основании черепа в задней черепной ямке имеется линейный перелом, который начинается в области верхней трети ската затылочной кости, далее огибает большое затылочное отверстие и переходит на чешую затылочной кости до уровня крестообразного возвышения, где затухает. Общая длина линии перелома составляет 11 см. Мягкая мозговая оболочка тонкая, полупрозрачная. Под мягкой мозговой оболочкой в области выпуклой поверхности лобной, теменной и височной долей, основания полюса лобной доли и левого полушария мозжечка имеется диффузное темно-красное кровоизлияние, размерами 20x18 см. Полушария головного мозга симметричные. Извилины головного мозга уплощены, борозды несколько сглажены. Головной мозг тестоватой консистенции, ткань его на разрезе влажная, полнокровная, с правильным чередованием серого и белого вещества. Кора в области полюсов и выпуклой поверхности лобной, теменной и височной долей левого полушария синюшная. На разрезах в этих областях в коре головного мозга имеются многочисленные круглые темно-красные кровоизлияния диаметром до 0,3 см, проникающие в белое вещество на глубину до 4 см и расположенные в виде конуса основанием расположенного к поверхности мозга. В третьем желудочке и в задних рогах боковых желудочков имеется темно-красная жидкость. Желудочки мозга расширены, сосудистые сплетения резко полнокровные. В стволовой части мозга определяются множественные темно-красные штриховидные кровоизлияния. Черепные нервы с оболочками пропитанными кровью, без видимых разрывов. Стенки артерий основания мозга тонкие. Толщина подкожного жирового слоя на груди в проекции грудины – 0,5 см, на животе – 1,4 см. Мышцы шеи, груди и живота темно-красного цвета. Внутренние органы расположены правильно. Легкие свободно лежат в плевральной полости и занимают 2/3 ее объема. Печень не выступает из-под края реберной дуги. Брюшина тонкая, влажная, гладкая, блестящая, сероватого цвета. Петли кишечника умеренно вздуты, свободно лежат в брюшной полости и покрыты сальником с небольшим количеством жира. Верхушка мочевого пузыря расположена на уровне нижней трети лонного сочленения. В больших серозных полостях избыточной жидкости нет. В клетчатке, окружающей аорту, в проекции грудного отдела имеется диффузное темно-красное кровоизлияние, размерами 8x5 см. В аорте и нижней полой вене содержится небольшое количество жидкой темно-красной крови, внутренняя поверхность аорты гладкая, желтоватого цвета, ширина развернутой аорты в грудном отделе 5,5 см, расхождение поперечно-перерезанных краев – 6 см. Околосердечная сумка не напряжена, в полости ее содержится около 3 мл бесцветной прозрачной жидкости,

внутренняя ее поверхность гладкая, блестящая. Сердце размерами 11x9x5 см, массой 290 г. Наружная оболочка сердца гладкая, блестящая с небольшим отложением жира. Полости сердца не расширены, крови не содержат. Толщина мышцы левого желудочка – 0,8 см, правого – 0,3 см. Хордалные нити тонкие, створки клапанов гладкие. Мышца сердца на разрезе плотная, темно-красного цвета. Венечные артерии сердца тонкие, внутренняя оболочка их гладкая, устья проходима. Подъязычная кость и хрящи гортани целы. Вход в гортань свободен, голосовая щель зияет. Доли щитовидной железы размерами по 1,5x2,5x1,2 см, на разрезах мелкозернистого вида, темно-красного цвета. В трахее и главных бронхах небольшое количество прозрачной слизи, слизистая оболочка их гладкая, блестящая, синюшная. Легкие на ощупь воздушные, плевра их гладкая, тонкая. Под плеврой в области средней доли правого и нижней доли левого легкого на передней поверхности 4 очагово-сливных кровоизлияния без четких границ, размерами от 1x4x0,5 см до 8x6x0,8 см, темно-красного цвета, в корнях легких определяется диффузное темно-красное кровоизлияние размерами 9x7 см. Масса правого легкого – 500 г, левого – 320 г. Ткань легких на разрезе серовато-красная. Из перерезанных сосудов корней легких вытекает небольшое количество пенистой кровянистой жидкости. Надпочечники тонкие, листовидной формы, на разрезе с желтым корковым и бурым мозговым слоями. Почки окружены небольшим слоем клетчатки, в которой с обеих сторон имеются темно-красные пропитывающие ткань кровоизлияния, размерами по 9x6,5x1,5 см. Почки размерами: правая – 12x6x4 см, массой – 160 г., левая – 11x6x4 см, массой – 150 г. Капсула почек снимается легко, обнажая гладкую поверхность. Ткань почек на разрезе с сероватым корковым и бледно-красным мозговым слоями, граница коркового и мозгового вещества хорошо контурируется. Слизистая оболочка лоханок и мочеточников гладкая, влажная, синюшная. Мочевой пузырь пуст, слизистая оболочка его складчатая, серовато-белого цвета. В околопузырной клетчатке имеется разлитое обширное темно-красное кровоизлияние, без четких границ, размерами 20x15 см. Предстательная железа размерами 3x2,7x2 см, на разрезах сероватого цвета, плотноэластической консистенции, однородная. Селезенка размерами 12x8x4 см, ткань ее на разрезе светло-красного цвета, соскоба не дает. Сосочки корня языка хорошо выражены, ткань его на разрезе светло-красного цвета, без кровоизлияний. Пищевод пуст, слизистая оболочка его продольно-складчатая, синюшная. В желудке около 200 мл бурого кашицеобразного содержимого с неразличимыми частицами пищи и запахом алкоголя. Слизистая оболочка его складчатая, сероватого цвета. В тонкой кишке полужидкое желтоватое содержимое, в толстой кишке полуоформленные каловые массы. Слизистая оболочка тонкой кишки циркулярно-складчатая, блестящая, буро-синюшная. Слизистая оболочка толстой кишки гладкая, блестящая, синюшная. Поджелудочная железа размерами 20x4x2 см, ткань ее на разрезе дольчатая, серовато-розового цвета. Печень размерами 22x15x11x8 см, массой 1400 г, поверхность ее гладкая, передненижний край острый. Ткань печени на разрезе красновато-коричневого цвета, с поверхностями разрезов стекает небольшое количество жидкой темно-красной крови. Желчные пути проходима. В желчном пузыре около 10 мл жидкой желтоватой желчи, слизистая оболочка его бархатистая, желтовато-коричневая. Произведены диагностические

разрезы ягодичных областей, мягких тканей верхних и нижних конечностей, а также спины со вскрытием полости позвоночного канала. Имеется перелом левого крестцово-подвздошного сочленения, края его мелкозубчатые. Мягкие ткани в окружности перелома пропитаны темно-красной кровью. Обнаружен косой перелом левой малоберцовой кости, линия перелома располагается в 32 см от уровня подошв, плоскость перелома проходит спереди назад снизу вверх. Имеется перелом левой большеберцовой кости с образованием фрагмента клиновидной формы, с основанием длиной 4 см, обращенным кпереди, нижний край перелома находится в 34 см от уровня подошв. В мягких тканях в проекции переломов имеются кровоизлияния темно-красного цвета, размерами от 5х4х2 см до 12х5х3 см. Ребра и позвоночник целы. Кровь от трупа (10 мл) взята на судебно-химическое исследование для определения этилового алкоголя. Кровь (10 мл) взята для судебно-биологического исследования. Кусочки внутренних органов и мягкие ткани из области повреждений изъяты для судебно-гистологического исследования. Повреждения на трупе сфотографированы.

ДАННЫЕ ЛАБОРАТОРНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ

1. Результат судебно-химического исследования: в крови от трупа гр-на И., 32 лет, обнаружен этиловый спирт в концентрации 2,8 ‰. (Акт №805 от 25.01.20.. г.).

2. Результат судебно-гистологического исследования: кровоизлияния в кожно-мышечном лоскуте головы, субарахноидальное кровоизлияние в области коры с начальными реактивными изменениями; периваскулярный и перицеллюлярный отёк головного мозга, периваскулярные кровоизлияния в подкорковой области и стволовой части головного мозга, мелкоочаговые кровоизлияния в субэпендимарной зоне головного мозга; неравномерное кровенаполнение сосудов головного мозга; кровоизлияние в плевру и в ткани лёгкого, очаговый отёк лёгкого, неравномерное кровенаполнение сосудов лёгкого, сердца, печени и почки. (Акт судебно-гистологического исследования №1567 от 03.02.20.. г.).

3. Результат судебно-биологического исследования: при судебно-биологическом исследовании установлено, что кровь гр-на И. принадлежит к III (B) группе. (Акт судебно-биологического исследования №178 от 02.02.20.. г.).

ЗАДАНИЕ: СФОРМУЛИРУЙТЕ СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКИЙ ДИАГНОЗ И ВЫВОДЫ.

ТИПОВОЙ ВАРИАНТ ОТВЕТА ДЛЯ ЗАДАЧИ №1 «АВТОТРАВМА»: СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКИЙ ДИАГНОЗ

Сочетанная тупая травма головы, туловища и конечностей: перелом затылочной кости; очаги ушиба головного мозга в левых лобной, теменной и височной долях; кровоизлияния в стволе головного мозга, диффузное субарахноидальное кровоизлияние; субарахноидальное кровоизлияние левого полушария мозжечка; кровоизлияние в кожно-мышечный лоскут головы в левой лобно-теменно-височной и затылочной областях; ушибленная рана правой теменно-височной и ссадина в левой височной областях; множественные ссадины лица, кровоподтёк в окружности левого глаза. Кровоизлияния в корни и ткань лёгких, в околопочечной и околопузырной клетчатке, в парааортальной клетчатке, перелом левого крестцово-подвздошного сочленения. Закрытые переломы левых большеберцовой и

малоберцовой костей; ссадины нижних конечностей.

ВЫВОДЫ

На основании данных судебно-медицинского исследования трупа, результатов дополнительных исследований, принимая во внимание обстоятельства дела, и, отвечая на поставленные вопросы, прихожу к следующим выводам:

1. При судебно-медицинской экспертизе трупа были обнаружены следующие повреждения: перелом затылочной кости; очаги ушиба головного мозга; диффузное кровоизлияние под мягкими мозговыми оболочками; кровоизлияния в стволы отделы головного мозга; кровоизлияние в кожно-мышечный лоскут головы в левой лобно-теменно-височной и затылочной областях; ушибленная рана правой теменно-височной и ссадины в левой височной областях; множественные ссадины лица, кровоподтёк в окружности левого глаза; кровоизлияния в корни и ткань лёгких, кровоизлияние в околопочечной и околопузырной клетчатке, парааортальной клетчатке, перелом левого крестцово-подвздошного сочленения, левых большеберцовой и малоберцовой костей, ссадины нижних конечностей.

2. Обнаруженные при экспертизе трупа повреждения, судя по их характеру, образовались от удара твердым тупым предметом. Множественность повреждений, локализация на различных частях тела, наличие выраженных признаков сотрясения тела, повреждений, характерных для скольжения, свидетельствуют о том, что они могли образоваться при автомобильной травме – наезде движущегося автомобиля с отбрасыванием и падением тела на дорожное покрытие.

3. Первичный удар был нанесен в передне-наружную поверхность верхней трети левой голени, на что указывает локализация наружных повреждений и особенности перелома костей левой голени.

4. В момент наезда автомобиля потерпевший находился в вертикальном положении, о чём свидетельствует расположение наружных повреждений.

5. Признаков волочения и переезда на теле не обнаружено.

6. Причиной смерти гр-на И. явилась сочетанная тупая травма тела с повреждением стволовой части головного мозга.

7. В момент дорожно-транспортного происшествия гр-н И., 32 лет, находился в состоянии алкогольного опьянения, что подтверждается обнаружением при судебно-химическом исследовании крови этилового спирта в концентрации 2,8 ‰, что у живых лиц может соответствовать сильной степени алкогольного опьянения.

№2

ОБСТОЯТЕЛЬСТВА ДЕЛА

Из постановления о назначении экспертизы, вынесенного 22.07.20.. г. следователем прокуратуры Пушкинского р-на Санкт-Петербурга юристом 3 класса С., известно, что 21.07.20.. г., около 05.00 на площадке стадиона у школы №408 Пушкинского р-на СПб был обнаружен труп гр-на Л.

Из протокола осмотра места происшествия, составленного 21.07.20.. г. в 7.15 – 8.35 следователем прокуратуры Пушкинского р-на М., следует, что труп гр-на Л. обнаружен на спортивной площадке у школы №408. Труп лежал на спине. Описана поза и одежда, имеющаяся на трупе. Согласно регистрационной карте трупных явлений, зафиксированных 21.07.99 в 7 час. 30 мин. при температуре воздуха 16,5°С: трупные пятна на задней поверхности тела, очаговые, бледно-фиолетовые, при надавливании на них в области крестца динамометром с силой 2 кг/см²

исчезают и восстанавливают окраску через 20 сек.; при ударах молоточком по передним поверхностям правых плеча и бедра виден валик высотой 1,5 см; температура в прямой кишке 35,9°C, через 1 час – 35,3°C.

На разрешение экспертизы поставлены следующие вопросы:

1. Какова причина смерти гр-на Л-на?
2. Какие телесные повреждения установлены у гр-на Л-на, каковы их локализация, количество, механизм образования, давность причинения?
3. Какова степень тяжести телесных повреждений, имевшихся у Л-на?
4. Находился ли потерпевший в состоянии алкогольного опьянения и, если да, то какова его степень?

НАРУЖНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ

С трупа снята следующая одежда: 1) футболка серовато-синяя, х/б; передняя поверхность ее на участке общими размерами 37х35 см неравномерно пропитана буровато-красной подсохшей кровью, края участка неровные; ткань уплотнена за счет подсыхания крови; на изнаночной стороне к ткани фиксированы множественные темно-красные, частью плотные, подсохшие, частью эластичные свертки; на передней поверхности футболки в 8 см от шва пришива ворота и в 20 см от шва проймы левого рукава имеется сквозное линейное, ориентированное косо-горизонтально повреждение, длиной 2,4 см, концы нитей по краям повреждения относительно ровные, не истончены; правый конец П-образный, нити здесь разволокнены, левый остроугольный; 2) брюки-джинсы черные, х/б, на передней поверхности в верхней трети неравномерно, больше по верхушкам складок, пропитаны подсохшей буроватой кровью; в области коленей опачканы сероватым сыпучим веществом; на передней поверхности левой половины брюк на высоте 40 см от нижнего края на уровне колена сквозное повреждение ткани в виде угла с длиной лучей 4,0 см и 2,5 см, концы нитей по краям вытянуты на разную длину, разволокнены; 3) трусы зеленые, х/б, ткань на передней поверхности на участке размерами 18х4 см пропитана темно-красной кровью, более интенсивно по верхушкам складок; 4) туфли спортивные из зеленой х/б ткани на черной резиновой подошве; в области союзок множественные (более 7 на каждой), округлые диаметром 0,2-0,5 см участки пропитывания темно-красной подсохшей кровью. Труп молодого мужчины, на вид 20 лет, правильного телосложения, удовлетворительного питания, длиной тела 165 см. Кожные покровы бледные, холодные на ощупь. Трупные пятна на задней поверхности тела, очаговые, бледно-синюшные, не бледнеют при надавливании пальцем. Трупное окоченение хорошо выражено во всех обычно исследуемых группах мышц. Волосы головы темно-русые, длиной 2,5-3,0 см. Кости свода черепа на ощупь целы. Лицо бледное. Глаза закрыты. Соединительные оболочки глаз прозрачные, бледные. Зрачки диаметром по 0,4 см. Роговицы прозрачные. Кости и хрящи носа на ощупь целы. В носовых ходах буроватая подсохшая кровь. Слизистая оболочка губ и преддверия рта бледно-синюшная. Язык за линией зубов. На верхней челюсти отсутствует 3 зуб справа, лунка его сглажена. Наружные слуховые проходы свободны. Шея пропорциональна туловищу, без повреждений. Грудная клетка цилиндрической формы, упруга при сдавливании. Живот на уровне реберных дуг. На груди ниже уровня IV ребра имеются множественные размытые, без четких границ,

полосовидные потеки буровато-красной подсохшей крови, ориентированные на передней поверхности преимущественно вертикально, на боковых – косо-горизонтально: спереди назад и сверху вниз. На передней поверхности груди между срединной и левой окологрудинной линиями на уровне IV ребра на высоте 125 см от подошвенных поверхностей стоп располагается веретенообразной формы рана, при сведении краев принимающая линейную форму длиной 2,7 см, ориентированная косо-горизонтально по линии 10 – 4 часа условного циферблата, края ее ровные, левый конец остроугольной, правый – П-образный, стенки раневого канала в коже гладкие, отвесные. Наружные половые органы развиты правильно. Заднепроходное отверстие сомкнуто. В передней области правого колена неправильно круглый багровый кровоподтек диаметром 3,5 см без четких контуров. Кости конечностей на ощупь целы. Других повреждений при наружном исследовании трупа не обнаружено.

ВНУТРЕННЕЕ ИССЛЕДОВАНИЕ

Подкожно-жировой слой на груди на уровне тела грудины 1,0 см, на животе – до 1,5 см. Мышцы шеи, груди и живота серовато-красные. Внутренние органы расположены правильно. Правое легкое на 3/4, левое на 1/2 выполняют соответствующие половины грудной полости. Печень не выступает из-под края реберной дуги. Брюшина тонкая, влажная, гладкая, блестящая, бледно-серая. Петли кишечника вздуты, покрыты сальником с небольшим количеством жира. В левой плевральной полости 1200 мл жидкой темно-красной крови с рыхлыми темно-красными свертками; в прочих больших серозных полостях избыточной жидкости нет. До извлечения органокомплекса исследован раневой канал от раны передней поверхности груди, который проходит в клетчатке и мышцах III межреберья, где по верхнему краю IV ребра в хрящевой части располагается повреждение, имеющее в поперечном сечении клиновидную форму, шириной основания 0,1 см, глубиной до 0,3 см, стенки его гладкие; далее в продолжение раневого канала на пристеночной плевре имеется ориентированное косо-горизонтально повреждение веретенообразной формы, длиной 2,0 см, левый конец остроугольной, правый – закругленный; далее на передне-реберной поверхности верхней доли левого легкого у передне-средостенного края имеется линейное повреждение длиной 1,6 см, продолжающееся раневым каналом в ткани легкого, который заканчивается на средостенной поверхности линейным повреждением длиной 1,5 см. Раневой канал продолжается на сердечной сумке, где имеется ориентированное косо-вертикально линейное повреждение длиной 1,8 см, с ровными краями, верхний конец его закругленный, нижний остроугольный; на передней стенке левого желудочка имеется веретенообразное повреждение длиной 1,0 см, края его ровные; концы приближаются к остроугольным; затем раневой канал проникает в полость левого желудочка, где на внутренней оболочке имеется линейное повреждение длиной 0,5 см; раневой канал проходит в направлении спереди назад и несколько слева направо и сверху вниз, имеет длину 8 см. В мышцах и ткани легкого по ходу раневого канала, под наружной оболочкой сердца по краям повреждения имеются темно-красные кровоизлияния. В аорте и нижней полой вене небольшое количество жидкой темно-красной крови с рыхлыми темно-красными свертками. Ширина развернутой аорты в грудном отделе 5,5 см, расхождение поперечно перерезанных

краев ее 2,5 см. Внутренняя поверхность аорты желтовато-серая, гладкая. Полость сердечной сумки выполнена рыхло-эластичными темно-красными свертками и небольшим количеством жидкой крови, общим объемом содержимого 150 мл. Внутренняя поверхность сердечной сумки гладкая, блестящая, розовато-серая с единичными точечными и мелкоочаговыми кровоизлияниями. Сердце размерами 9,5x9,0x5,5 см, массой 290 г. Наружная оболочка сердца тонкая, гладкая, с умеренным отложением жира под ней. Полости сердца справа расширены, содержат жидкую темно-красную кровь с рыхлыми темно-красными свертками, слева – немного жидкой крови. Толщина мышцы левого желудочка сердца 1,0 см, правого 0,3 см. Внутренняя оболочка сердца тонкая, гладкая, прозрачная; створки клапанов тонкие, гладкие; хордальные нити не укорочены. Под внутренней оболочкой сердца в полости левого желудочка бледно-красные полосовидные, частью сливающиеся кровоизлияния. Мышца сердца эластичная на ощупь, на разрезе красновато-коричневая, однотонная. Стенки венечных артерий сердца тонкие, гладкие; просвет свободен. Подъязычная кость и хрящи гортани целы. Вход в гортань свободен, голосовая щель зияет. Доли щитовидной железы одинаковые, размерами по 3,5x1,7x1,4 см; на разрезах ткань их мелкодольчатая, серовато-красная. В трахее и главных бронхах красновато-серая слизь. Слизистая оболочка их бледно-серая. Легкие массой: правое 450 г, левое 300 г; на ощупь – правое тестовато-воздушное, левое – тестоватое; плевра их блестящая, гладкая, прозрачная, тонкая; на междолевых поверхностях правого легкого под плеврой единичные темно-красные точечные и мелкоочаговые кровоизлияния. Ткань правого легкого на разрезе синюшно-красная, левого – красновато-серая. С поверхностей разрезов правого легкого при надавливании стекает умеренное количество пенистой серовато-красной жидкости, левого – немного красноватой жидкости; из перерезанных сосудов корней легких вытекает немного жидкой темно-красной крови. Надпочечники тонкие, листовидной формы; на разрезах с желтым корковым слоем и бурым мозговым веществом. Почки равновеликие, размерами по 10x5,5x3,5 см, массой по 160 г, окружены большим слоем клетчатки. Капсула почек снимается легко, обнажая гладкую поверхность. Ткань почек на разрезе с бледным серовато-красным корковым слоем и темно-красными пирамидами; граница коркового и мозгового вещества хорошо контурируется; по границе местами различим темно-красный штриховидный рисунок. Слизистая оболочка лоханок и мочеточников влажная, гладкая, блестящая, бледно-серая. В мочевом пузыре около 50 мл прозрачной мочи. Слизистая оболочка мочевого пузыря желтовато-серая. Предстательная железа 2,5x2,0x2,0 см, эластичная на ощупь; на разрезе желтовато-серая. Селезенка размерами 8,0x5,5x3,5 см, массой 110 г, с морщинистой капсулой. На разрезе ткань селезенки темно-красная, не дает соскоб. Сосочки корня языка выражены отчетливо. Ткань языка на разрезе красновато-серая. Пищевод пуст, слизистая оболочка его продольно-складчатая, синюшно-серая. В желудке около 400 мл кашицеобразного буровато-серого содержимого с различными кусочками мяса и желтовато-серыми крупинчатыми частицами. Слизистая оболочка желудка бледно-синюшная, складчатость отчетливая. В тонкой кишке полужидкое желтовато-серое содержимое. В толстой кишке полуоформленные зеленовато-коричневые каловые массы. Слизистая оболочка тонкой кишки циркулярно

складчатая, блестящая, красновато-серая. Слизистая оболочка толстой кишки гладкая, блестящая, зеленовато-серая. Поджелудочная железа в виде тяжа, дрябло-эластичная на ощупь, размерами 19,0x3,5x2,5 см. На разрезе ткань ее дольчатая, желтовато-серая. Печень размерами 25x19x12x11 см, массой 1700 г. Поверхность ее гладкая. Передне-нижний край острый. Ткань печени на разрезе красновато-коричневая. Из перерезанных сосудов вытекает небольшое количество жидкой темно-красной крови. Желчные пути проходимы. В желчном пузыре около 30 мл жидкой желтовато-зеленой желчи. Слизистая оболочка желчного пузыря бархатистая, зеленовато-желтая. Внутренняя поверхность кожно-мышечного лоскута головы желтовато-серая, однотонная. Твердая мозговая оболочка напряжена. В синусах оболочки жидкая темно-красная кровь. Внутренняя поверхность ее белесовато-серая, гладкая, блестящая. Мягкие мозговые оболочки тонкие, гладкие, блестящие, прозрачные. Стенки артерий основания мозга тонкие, гладкие. Головной мозг массой 1450 г. Полушария мозга симметричны. Рисунок борозд и извилин головного мозга отчетлив. Головной мозг дрябловато-эластичный. На разрезе ткань его повышенной влажности, с четкой границей и правильным чередованием серого и белого вещества. Полушария мозжечка симметричны; на разрезах с отчетливым древовидным рисунком. Желудочки мозга щелевидные, содержат умеренное количество бесцветной прозрачной жидкости. Сосудистые сплетения рыхлые, серовато-красные. Кости черепа, таза, ребра и позвоночник целы. Произведен срединный диагностический разрез мягких тканей задней поверхности туловища. Мышцы задней поверхности туловища однотонные. Других повреждений при внутреннем исследовании трупа не обнаружено. Кусочки внутренних органов (кора головного мозга, сердце, легкое, печень, почка) и мышцы груди, прилежащие к раневому каналу взяты на судебно-гистологическое исследование. Кровь, волосы пяти отделов головы направлены на судебно-биологическое исследование. Кровь направлена на судебно-химическое исследование. Кожный лоскут передней поверхности груди с раной и контрольный лоскут кожи с передней поверхности живота, фрагмент хрящевой части IV левого ребра с повреждением направлены на медико-криминалистическое исследование. Повреждения на трупе сфотографированы.

ДАННЫЕ ЛАБОРАТОРНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ

Результат судебно-химического исследования: в крови от трупа гр-на Л. обнаружен этиловый спирт в концентрации 3,2‰. (Акт №3586 от 27.07.20.. г.).

Результат судебно-гистологического исследования: неравномерное кровенаполнение с преобладанием малокровия в срезах внутренних органов; очаги геморрагической деструкции без достоверной клеточной реакции, мелкоочаговые кровоизлияния в эпикарде, в срезе сердца; кровоизлияние без достоверной клеточной реакции в срезе мягких тканей груди; очаговые кровоизлияния без достоверной клеточной реакции, очажки ателектазов в срезах легкого; паренхиматозная дистрофия миокарда, печени; склероз отдельных артерий, гиалиноз ряда клубочков, очаговый нефросклероз в срезе почки. (Акт №7791 от 9.08.20.. г.).

Результат медико-криминалистического исследования: рана на представленном лоскуте колото-резаная; причинена колюще-режущим предметом, имеющим в

следообразующей части лезвие и обух, на это указывают наличие острого и П-образного концов; в момент образования раны на передней поверхности груди лезвие клинка было обращено влево; индивидуальные характеристические признаки предмета в повреждениях не отобразились. (Акт №804 от 11.08.20.. г.).

ЗАДАНИЕ: СФОРМУЛИРУЙТЕ СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКИЙ ДИАГНОЗ И ВЫВОДЫ.

ТИПОВОЙ ВАРИАНТ ОТВЕТА ДЛЯ ЗАДАЧИ №2 «КОЛОТО-РЕЗАННОЕ РАНЕНИЕ»:

СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКИЙ ДИАГНОЗ

Колото-резаное ранение груди, проникающее в левую плевральную полость со сквозным повреждением верхней доли левого легкого, проникающее в полость перикарда и левого желудочка сердца.

Острая кровопотеря: левосторонний гемоторакс объемом 1200 мл, гемоперикард объемом 150 мл, бледность и очаговый характер трупных пятен, бледность слизистых оболочек, малое наполнение полостей сердца, малокровие внутренних органов, кровоизлияния под эндокардом левого желудочка сердца.

Кровоподтек области правого колена.

ВЫВОДЫ

На основании данных судебно-медицинского исследования трупа, результатов дополнительных исследований, принимая во внимание обстоятельства дела, и, отвечая на поставленные вопросы, прихожу к следующим выводам:

1. Смерть гр. Л. наступила в результате колото-резаного ранения груди, проникающего в плевральную полость со сквозным повреждением верхней доли левого легкого, проникающего в полость перикарда и левого желудочка сердца, осложнившегося развитием острой кровопотери, что подтверждается данными, указывающими на большой объем излившейся крови, а именно: наличие кровоизлияния в левую плевральную полость объемом 1200 мл, в полость сердечной сумки объемом 150 мл, а также такими характерными признаками острой кровопотери, как бледность и очаговый характер трупных пятен, бледность слизистых оболочек, малое наполнение полостей сердца, малокровие внутренних органов, кровоизлияния под внутренней оболочку сердца.

2. У гр-на Л. имелось колото-резаное ранение груди, начинающееся колото-резаной раной в левой окологрудной области, проникающее в левую плевральную полость со сквозным повреждением верхней доли левого легкого и левого желудочка сердца.

Имевшееся у гр. Л. ранение является колото-резаным и причинено в результате однократного воздействия односторонне острого колюще-режущего предмета (имеющего в следообразующей части острый конец, лезвие и обух) в область передней поверхности груди в направлении спереди назад и несколько слева направо и сверху вниз, на что указывают форма раны и повреждений серозных оболочек и внутренних органов по ходу раневого канала, преобладание длины раневого канала над наружными размерами раны, наличие у раны остроугольного и тупого концов, а также направление раневого канала. Размеры кожной раны и длина раневого канала позволяют сделать вывод о том, что клинок травмирующего

предмета имел длину не менее 8 см, и ширину на уровне погружения приблизительно не более 2,5 см.

Учитывая наличие кровоизлияний в тканях по ходу раневого канала, а также данные судебно-гистологического исследования об отсутствии клеточной реакции в области повреждений, можно сделать вывод о том, что колото-резаное ранение является прижизненным и получено незадолго (не более, чем за минуты – десятки минут) – до наступления смерти.

Кроме того, у гр. Л. обнаружен кровоподтек области правого колена. Багрово-синюшный цвет кровоподтека указывает на то, что он свежий и получен незадолго до наступления смерти.

3. Имевшееся у гр. Л. колото-резаное ранение груди причинило тяжкий вред здоровью по признаку опасности для жизни.

Имевшийся у гр. Л. кровоподтек не влечет за собой кратковременного расстройства здоровья или незначительной стойкой утраты трудоспособности и не расценивается как вред здоровью.

4. Во время образования повреждений пострадавший находился в состоянии алкогольного опьянения, так как в крови от трупа гр. Л. обнаружен этиловый спирт в концентрации 3,2‰, что у живых лиц может соответствовать тяжелому алкогольному отравлению.

№3

ОБСТОЯТЕЛЬСТВА ДЕЛА

Из протокола осмотра трупа на месте его обнаружения, составленного 4.12.20.. г. с 15 до 17 час. инспектором УР 15 отделения милиции Калининского РУВД г. Санкт-Петербурга лейтенантом милиции С., известно, что труп гр-на В. во время осмотра находился в кв. №..., дома №... по Суздальскому пр., где и проживал покойный. Труп лежал на кровати на спине, голова трупа находилась на подушке. Подушка обильно пропитана кровью. Справа от трупа на подушке лежит пистолет системы "Макаров", на полу вблизи кровати слева – пуля калибра 9 мм. На момент осмотра трупные пятна бледно-синюшные, располагаются на заднебоковых поверхностях тела; трупное окоченение хорошо выражено во всех обычно исследуемых группах мышц. В правой височной области располагается круглой формы рана, диаметром 0,8 см, в левой височной области – неправильно-звездчатой формы рана, общим размером 4х3 см. Других повреждений при осмотре трупа не обнаружено.

На разрешение судебно-медицинского эксперта поставлены следующие вопросы:

1. Какие повреждения имеются на трупе, каков механизм их образования?
2. Где расположены входная и выходная раны?
3. С какого расстояния произведен выстрел?
4. Из какого оружия произведен выстрел?
5. Возможно ли нанесение обнаруженных повреждений собственной рукой?
6. Причина смерти пострадавшего?
7. Принимал ли пострадавший в день смерти алкогольные напитки?

НАРУЖНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ

С трупа снята следующая одежда: белая трикотажная майка; серые шерстяные брюки; черные сатиновые трусы. Повреждений или загрязнений при исследовании одежды не обнаружено. Труп мужчины правильного крепкого телосложения,

удовлетворительного питания, длиной тела 175 см. Кожные покровы бледные, холодные на ощупь. Трупные пятна синюшно-багровые, очаговые, располагаются на заднебоковых поверхностях тела и конечностей, при надавливании не бледнеют и не исчезают. Трупное окоченение хорошо выражено в жевательной мускулатуре, мышцах шеи, верхних и нижних конечностей. Волосы головы русые, длиной 7 см. В правой височной области в 2,5 см от наружного угла глаза и 167 см от подошвенной поверхности располагается звездчатой формы рана с четырьмя лучами, размерами 1,8x2,3 см. В центре раны при сведении краев определяется дефект неправильной овальной формы размерами 0,5x0,7 см с неровными краями. По всей окружности дефекта красно-бурая ссадина шириной 0,2 см. Края раны отслоены на ширину до 2 см, с внутренней поверхности покрыты темно-серым, почти черным налетом. Вокруг раны располагается отложение темно-серого вещества, имеющее форму правильного круга, диаметром 2,5 см. В левой височной области в 2 см от наружного угла глаза и в 169 см от подошвенной поверхности стоп рана щелевидной формы размерами 1,2x0,3 см, концы которой ориентированы между 1 и 7 часами условного циферблата. Края раны относительно ровные, неосажденные, несколько вывернуты наружу, полностью сближаются без образования складок. Концы раны остроугольные. Глаза закрыты, роговицы тусклые, зрачки диаметром по 0,5 см, соединительные оболочки глаз бледные. Кости лицевого черепа и хрящи носа на ощупь целы. Отверстия носа и наружные слуховые проходы свободные. Рот закрыт. Язык располагается за линией зубов, зубы целы. Слизистая оболочка рта бледно-синюшная, блестящая, гладкая. Шея соразмерна туловищу. Грудная клетка цилиндрической формы, упругая при надавливании. Передняя стенка живота ниже уровня реберных дуг. Наружные половые органы развиты правильно. Заднепроходное отверстие сомкнуто, кожа вокруг него чистая. Каких-либо других повреждений при наружном исследовании трупа не обнаружено.

ВНУТРЕННЕЕ ИССЛЕДОВАНИЕ

На внутренней поверхности кожно-мышечного лоскута головы в правой височной области, соответственно вышеописанной ране – темно-красное, блестящее, неправильно-круглой формы кровоизлияние, размерами 5x4 см, толщиной до 0,5 см. В левой височной области имеется аналогичное по характеру кровоизлияние, размерами 6x4 см, толщиной до 0,7 см. На чешуе правой височной кости, на 1,2 см ниже средней части теменно-височного шва и в 2,5 см от лобно-височного шва, соответственно описанной ране, располагается круглой формы дырчатый перелом, диаметром 0,9 см. Края перелома со стороны наружной костной пластинки ровные, со стороны внутренней костной пластинки определяется сплошной скол компактного вещества на ширину 0,3 см. На чешуе левой височной кости, соответственно имеющейся ране, на 1,4 см ниже средней части теменно-височного шва и в 2,8 см от лобно-височного шва, располагается круглой формы дырчатый перелом, диаметром 1,2 см; края перелома со стороны внутренней костной пластинки ровные, наружной костной пластинки – по задне-нижнему краю имеется серповидный скол 0,7x0,5 см. Твердая мозговая оболочка напряжена, соответственно указанным переломам, слева – круглое повреждение диаметром 1,0 см, края его ровные, не сопоставляются. В височной области – щелевидное повреждение с относительно ровными краями, размерами 1,5x0,8 см. Вокруг

повреждения в правой височной области на наружной поверхности оболочки на участке неправильной овальной формы размерами 1,5x1,7 см наложения темно-серого вещества. Под твердой мозговой оболочкой соответственно выпуклой поверхности правой височной доли – около 100 мл темной красной жидкой крови. Мягкая мозговая оболочка тонкая, гладкая, под ней соответственно правым височной и теменной долям и левой височной доле тонкие темно-красные кровоизлияния размерами: справа – 5x3 см, слева – 6x4 см. При разрезах головного мозга в толще определяется раневой канал, проходящий в направлении справа налево, начинающийся на выпуклой наружной поверхности правой височной доли и заканчивающийся на наружной поверхности левой височной доли мозга. По ходу раневого канала ткань головного мозга на ширину до 3 см размозжена, пропитана кровью. В начальном его отделе – множественные точечные черные частички. На остальных участках ткань мозга на разрезе влажная, блестящая, с отчетливой границей слоев. В желудочках головного мозга содержится небольшое количество кровянистой жидкости. Сосудистые сплетения влажные, красно-коричневые. Артерии основания головного мозга с тонкими полупрозрачными стенками. Толщина подкожно-жирового слоя в области грудины составляет 0,5 см, на передней стенке живота – 1 см. Расположение внутренних органов правильное. В брюшной и плевральных полостях посторонней жидкости не содержится. Серозные оболочки гладкие, блестящие. Под кожей и в мышцах шеи кровоизлияний не обнаружено. Легкие местами спаяны с пристеночной плеврой, спайки с трудом разделяются рукой. Нижний край печени не выступает из-под края реберной дуги. Желудок и петли кишечника не вздуты. Мочевой пузырь на уровне лона. В околосердечной сумке содержится небольшое количество желтоватого цвета жидкости. Внутренняя ее поверхность гладкая блестящая. Размеры сердца 12x10x5 см, массой 310 г, наружная оболочка сердца тонкая, гладкая, блестящая, с небольшим отложением жира под ней. Полости сердца не расширены, в полостях сердца и крупных сосудах содержится небольшое количество жидкой темной крови. Толщина мышцы левого желудочка сердца 1,1 см, правого – 0,2 см. Створки клапанов сердца тонкие, гладкие. Мышца сердца на разрезе красно-буроватая, блестящая, плотная на ощупь. Стенки венечных артерий сердца тонкие, гладкие, просвет их всюду проходим. Внутренняя поверхность аорты желтоватого цвета, гладкая, блестящая. Подъязычная кость и хрящи гортани целы. Кровоизлияний в мышцы шеи нет. Миндалины обычных размеров, на разрезе бледно-серые. Щитовидная железа размерами долей 3,5x2x1 см, плотная, на разрезе серо-красная, мелкозернистая. Голосовая щель зияет. Вход в гортань свободен. Слизистая оболочка верхних дыхательных путей синюшно-розовая, набухшая, тускловатая, с выраженным сосудистым рисунком и единичными точечными темно-красными кровоизлияниями. В просвете трахеи и крупных бронхов значительное количество серовато-зеленой вязкой слизи. Легкие тестоватой консистенции, на разрезе темно-красные, с поверхности разреза при надавливании стекает небольшое количество красноватой пенистой жидкости и жидкой крови. Почки размерами по 11x4,5x3,5 см, капсулы снимаются легко, поверхность почек под капсулой гладкая. Ткань почек на разрезе темно-красная, граница слоев выражена отчетливо. Слизистая оболочка лоханок, мочеточников и мочевого пузыря бледно-серая, блестящая,

гладкая. Мочевой пузырь содержит около 200 мл прозрачной мочи. Надпочечники плоские, листовидной формы, на разрезе корковый слой желтый, мозговой – коричневый. Предстательная железа размером 3,2x2,7x2 см, на разрезе однотонно-белесоватая. Селезенка размерами 7x4x1,5 см, капсула ее морщинистая, на разрезе темно-вишневая, без соскоба вещества. Слизистая оболочка языка бледно-розовая, сосочки выражены хорошо. Просвет пищевода пуст. Слизистая оболочка пищевода продольноскладчатая, синюшная, блестящая. Желудок пуст. Слизистая оболочка желудка бледно-серая, блестящая, складки слизистой выражены хорошо. Слизистая оболочка тонких и толстых кишок бледно-серая, блестящая, гладкая, в просвете кишечника – обычное для его отделов содержимое. Поджелудочная железа размерами 17x3,5x1,5 см, на разрезе желто-розовая, крупнодольчатая. Печень размерами 26x19x15x7 см, поверхность ее гладкая, капсула тонкая, на разрезе ткань красно-коричневого цвета, рисунок долек выражен отчетливо. Желчные пути проходимы. В желчном пузыре около 10 мл темно-оливковой жидкой желчи, слизистая оболочка бархатистая, коричнево-зеленая. Кровь и моча из трупа взяты для судебно-химического исследования для установления наличия и концентрации этилового алкоголя. Кровь из трупа взята также на судебно-биологическое исследование для определения группы крови. Кусочки внутренних органов (головной мозг, сердце, легкие, печень, почка) взяты для судебно-гистологического исследования. Участок кожи с повреждением правой височной области направлен на медико-криминалистическое исследование.

ДАННЫЕ ЛАБОРАТОРНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ

1. Результат судебно-химического исследования: в крови из трупа обнаружен этиловый спирт в концентрации 2,1‰, в моче – 1‰. (Акт № 4562 от 05.12.20.. г.).

2. Результат судебно-гистологического исследования: кожа – эпидермис по краю препарата отсутствует, на поверхности дермы и между ее волокнами – инородные черные частицы (копоть); на гистотопограмме кожи определяются частицы копоти и порошинок вокруг раны; головной мозг – обширные поля деструкции ткани со скоплением эритроцитов без реактивных явлений; отек головного мозга и легкого; умеренное полнокровие внутренних органов. (Акт №4965 от 25.12.20.. г.).

3. Результат медико-криминалистического исследования участка кожи из правой височной области: повреждение на кожном лоскуте из правой височной области является входной огнестрельной пулевой раной; при контактно-диффузионном исследовании раны в окружности обнаружено сплошное гомогенное отложение меди. (Акт № 896 от 15.12.20..г.).

ЗАДАНИЕ: СФОРМУЛИРУЙТЕ СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКИЙ ДИАГНОЗ И ВЫВОДЫ.

ТИПОВОЙ ВАРИАНТ ОТВЕТА ДЛЯ ЗАДАЧИ №3 «ОГНЕСТРЕЛЬНОЕ РАНЕНИЕ»:

СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКИЙ ДИАГНОЗ

Огнестрельное пулевое сквозное проникающее ранение головы с повреждением головного мозга.

ВЫВОДЫ

На основании судебно-медицинского исследования трупа, результатов

дополнительных исследований и, принимая во внимание обстоятельства дела, прихожу к следующим выводам:

1. При исследовании трупа гр-на В., 34 лет, обнаружены повреждения: рана в правой височной области, проникающая в полость черепа, и рана в левой височной области. Раны соединялись одним раневым каналом.

2. Рана в правой височной области является входным огнестрельным ранением, на что указывают наличие дефекта в центре раны, разрывы и отслойка краев, пояска осаднения вокруг дефекта, отложения копоти по краям раны.

Повреждение правой височной кости является входным пулевым отверстием, что подтверждается его круглой формой, ровными краями на наружной костной пластинке, конусообразным расширением к внутренней костной пластинке, наличием копоти по краям отверстия. Рана в левой височной области является выходным пулевым отверстием, что подтверждается щелевидной формой, относительно-ровными, неосаженными, несколько вывернутыми наружу краями, отсутствием дефекта ткани, соединением ее единым раневым каналом с раной в правой височной области. Повреждение на левой височной кости является выходным пулевым отверстием, на что указывает круглая форма, ровные со стороны внутренней костной пластинки края и циркулярный скол наружной костной пластинки.

Направление раневого канала справа налево и несколько снизу вверх, на что указывает взаиморасположение входной и выходной ран.

3. Выстрел, причинивший это ранение, был произведен в упор, то есть при соприкосновении дульного конца оружия с кожей височной области, что подтверждается наличием разрывов в области входной раны, отслойкой ее краев, отложением копоти с внутренней их поверхности, частицами пороха в раневом канале.

4. Калибр пули, причинившей повреждения, составил около 9мм, на что указывают размеры дефекта ткани, диаметр входного отверстия в правой височной кости. Выстрел был произведен из оружия сильного боя, что подтверждается выраженными признаками механического действия пороховых газов в виде разрывов и отслойки краев.

5. Выстрел, причинивший повреждения в области головы, мог быть произведен собственной рукой потерпевшего, на что указывают расположение входной раны в области доступной для действия собственной руки, направлением раневого канала справа налево, а так же тем, что выстрел был произведен в упор.

6. Причиной смерти гр-на В. явилось огнестрельное пулевое проникающее сквозное ранение головы с повреждением головного мозга. Данный вывод подтверждается обнаружением входной огнестрельной раны, разрушением головного мозга по ходу раневого канала, выходной раной, наличием копоти по ходу раневого канала, двумя дырчатыми переломами черепа, расположенными в проекции входной и выходной ран.

7. В день смерти гр-н В. употреблял этиловый алкоголь, на что указывает обнаружение при судебно-химическом исследовании крови и мочи из трупа этилового алкоголя в концентрации: в крови –2,1‰, в моче – 1‰. Данная концентрация этилового алкоголя в крови у живых обычно соответствует

	опьянению средней степени.
№4	<p>ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЕ СВЕДЕНИЯ</p> <p>Из направления следователя прокуратуры Центрального района П-ва К.Н. от 10.11.20..г следует, что «гр-ка Ш., 30 лет, со слов очевидцев выпрыгнула с 3 этажа».</p> <p>Из медицинской карты №... стационарного больного М-ой больницы на имя Ш., 30 лет, следует, что больная поступила в стационар в 13.43. Доставлена на машине скорой помощи... При поступлении состояние больной тяжелое, гемодинамика нестабильная. Осмотрена дежурным хирургом, травматологом, нейрохирургом. Начата противошоковая терапия. Выполнены рентгенограммы черепа, легких, таза, правого локтевого сустава, УЗИ, цистография. При осмотре в области правого локтевого сустава - рана размерами около 10x5 см, из раны выступают фрагменты лучевой кости с множественными мелкими костными осколками. Патологическая подвижность костей таза. На рентгенограммах костей таза, правого локтевого сустава определяется оскольчатый перелом дистального отдела плечевой кости, проксимального отдела локтевой кости со смещением отломков; перелом правого крыла подвздошной кости с переходом на дно вертлужной впадины со смещением отломков; перелом обеих лонных и седалищных костей со смещением отломков. АД при поступлении 50/40 мм рт.ст., пульс 126 в минуту. Из записей дежурного уролога: ...гематурия с мелкими сгустками крови. На цистограмме контраст обнаружен в брюшной полости... 09.11.08 г. 14.50-16.30 выполнена операция: лапаротомия, шов разрыва печени, мочевого пузыря, эпицистостомия, дренирование предбрюшинной клетчатки. После оперативного вмешательства больная переведена в ОРИТ, где продолжена противошоковая терапия, однако состояние больной ухудшалось, гемодинамика оставалась нестабильной. В тот же день в 20.40 констатирована биологическая смерть больной. Клинический диагноз. Кататравма. Сочетанная травма. ЗЧМТ. СГМ. Закрытый перелом 7-9 ребер справа. Ушиб легких. Закрытая травма живота с разрывом печени, внутрибрюшинным разрывом мочевого пузыря. Гемоперитонеум. Закрытый перелом костей таза со смещением. Обширная забрюшинная гематома. Открытый перелом правых плечевой и локтевой костей со смещением отломков. Шок III ст. Операция: лапаротомия, шов печени, мочевого пузыря. Наложение эпицистомы. Закрытая репозиция и фиксация костей таза стержневым аппаратом. ПХО раны области правого локтевого сустава.</p> <p>НАРУЖНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ</p> <p>Труп доставлен в морг без одежды. Труп женщины правильного телосложения, удовлетворительного питания, длиной тела 161 см. Трупное окоченение хорошо выражено во всех обычно исследуемых группах мышц. Трупные пятна очаговые, светло-синюшные, располагаются на задней поверхности туловища и конечностей, не бледнеют при надавливании. Кожные покровы трупа холодные на ощупь во всех отделах, бледные. Волосы на голове черные, густые, длиной до 18 см. Веки правого глаза, преимущественно верхнее, резко отечные. Здесь же выявляется светло-фиолетовый кровоподтек с неотчетливыми границами, размерами 6x3 см. Глаза закрыты. Соединительные оболочки глаз блестящие, бледные. Роговицы прозрачные. Зрачки круглые по 0,5 см. Отверстия носа, наружные слуховые проходы свободные. Красная кайма губ бледно-розового цвета. Рот закрыт, язык в</p>

полости рта, за линией смыкания зубов. Слизистая оболочка рта бледная, серо-розовая, гладкая, блестящая. Зубы целы. Кости лицевого черепа и хрящи носа целы на ощупь. Шея короткая. Грудная клетка плоскоцилиндрическая, при сдавлении отмечается податливость в правой половине передней поверхности груди. В правой подключичной области из прокола в коже выстоит стандартный подключичный катетер, укрепленный лейкопластырем и хирургическим швом. Молочные железы полушаровидной формы, выделений из сосков нет. Передняя стенка живота ниже уровня реберных дуг. На передней стенке живота выявляется операционная рана, расположенная по срединной линии длиной 29 см, ушитая хирургическими швами. В нижней части из раны выстоят два круглых трубчатых дренажа, диаметром по 0,8 см. Наружные половые органы развиты правильно, без повреждений. Заднепроходное отверстие сомкнуто, кожа вокруг калом не опачкана. Кости нижних и левой верхней конечности целы на ощупь. На задней поверхности правого локтевого сустава выявляется рана, ушитая хирургическими швами в виде тупого угла, открытого вперед с фрагментами длиной: верхний 5,5 см, нижний 4,5 см. Из раны выстоит пластмассовый дренаж. При ощупывании в области локтевого сустава выявляется хруст костных отломков. Швы сняты. Края раны относительно ровные, неравномерно осаднены на ширину 0,3-0,8 см, отслоены на протяжении до 2 см. В дне раны осколки плечевой и локтевой костей, мягкие ткани в окружности пропитаны темно-красной кровью. На передней поверхности левого коленного сустава с переходом на верхнюю треть левого бедра слабо выраженный светло-фиолетовый кровоподтек, без четкой границы, общими размерами 12x10 см. На тыльной поверхности левой кисти в проекции пястно-фаланговых суставов III, IV, V пальцев, неправильной овальной формы ссадины, размерами от 0,6x0,5 см до 0,8x0,5 см. Дно их красное, ниже уровня окружающей кожи. В правой локтевой ямке, под лейкопластырной повязкой точечная рана в проекции подкожной вены, из которой выступает капля жидкой светлой крови. В проекции гребня правой подвздошной кости 3 раны, овально-вытянутой формы, с ровными неосадненными краями, размерами по 1,5x0,5 см. На передней поверхности средней трети правого бедра 2 аналогичные по характеру раны, расположенные одна под другой на расстоянии 2,3 см, размерами 1,5x0,5 см и 1,5x0,6 см. В проекции гребня левой подвздошной кости 3 раны, овально-вытянутой формы с ровными неосадненными краями размерами 1,6x0,7 см. Других повреждений и особенностей при наружном исследовании не обнаружено.

ВНУТРЕННЕЕ ИССЛЕДОВАНИЕ

Толщина подкожной основы на груди 0,7 см, на животе в области пупка 2,5 см. Внутренние органы расположены правильно, легкие несколько спавшиеся, выполняют плевральные полости на 1/3, краями частично прикрывают сердце. Печень не выступает из-под края реберной дуги, петли кишечника не вздуты, прикрыты сальником с небольшим количеством жира. В плевральных полостях избыточной жидкости нет. В брюшной полости около 800 мл светло-красной жидкости с единичными темно-красными рыхлыми свертками крови. Пристеночные брюшина и плевра гладкие, блестящие. Верхушка мочевого пузыря на уровне лонного сочленения. Вход в гортань свободный, голосовая щель зияет. Подъязычная кость и хрящи гортани целы. Слизистая оболочка гортани отечная,

бледная, блестящая. Щитовидная железа с одинаковыми долями по 4,5х1,3х0,8 см, на разрезах бледная, серо-желтая, мелкозернистая. В просвете трахеи и главных бронхов небольшое количество розоватой, слегка пенистой жидкости, слизистая оболочка их бледная, серовато-желтая, гладкая, блестящая. Легочная плевра гладкая, блестящая. Под легочной плеврой, в области корней легких выявляются темно-красные, полосчатые, вертикальные кровоизлияния, размерами: справа - 6х2,5 см, переходящие на диафрагму, слева - 7х2 см. Под легочной плеврой нижней доли левого легкого, по реберной поверхности темно-красное кровоизлияние размерами 1,8х2 см. Под легочной плеврой правого легкого, в междолевой борозде, между средней и нижней долями темно-красное кровоизлияние, размерами 4х4 см. Аналогичные кровоизлияния под легочной плеврой выявляются в средней и верхней долях размерами от 1х1,5 см до 6,5х4 см. Легкие на ощупь маловоздушные. Ткань легких на разрезах красно-серая, соответственно вышеописанным кровоизлияниям по легочную плевру выявляется пропитывание легочной ткани темно-красной кровью на глубину от 1,5 до 4 см. С поверхности разрезов при сдавлении стекает небольшое количество светлой кровянистой слегка пенистой жидкости. Масса легких 850 г. Надпочечники плоские, листовидной формы, на разрезах с хорошо различимой границей слоев, корковый слой бледно-желтый, толщиной менее 1 мм, мозговой - серовато-коричневый, толщиной около 2 мм. Почки окружены небольшим количеством жировой ткани. В окружности правой почки в жировой клетчатке темно-красное кровоизлияние, спускающееся вниз по правому флангу брюшной полости и соединяющееся с обширным кровоизлиянием в мягких тканях таза. Забрюшинная жировая клетчатка отечная, при разрезании из нее выделяется желтоватая жидкость. Размеры почек: правая 10х5,5х2,5 см, массой 110 г, левая 10х5,5х2,5 см, массой 110 г. Капсулы почек снимаются легко, обнажая гладкую поверхность. Ткань почек на разрезах бледная, желтовато-серая, пирамиды светло-фиолетового цвета, граница их неотчетливая. Мочеточники проходимы, слизистая оболочка почечных лоханок и мочеточников серо-синюшная, гладкая, блестящая. В мочевом пузыре следы желтоватой мочи, слизистая оболочка пузыря желто-розовая, блестящая. В области верхушки мочевого пузыря с переходом на переднюю поверхность, выявляются хирургические швы на общем участке около 4 см. Мягкие ткани вокруг мочевого пузыря обильно пропитаны темно-красной кровью. Соответственно выше описанным швам, под слизистой оболочкой пузыря выявляется красное и темно-красное кровоизлияния. Матка размерами 8,5х4,5х2 см. Наружный зев шейки матки щелевидный. В просвете матки небольшое количество серовато-розовой слизи, слизистая оболочка серо-розовая, отечная, гладкая, блестящая. Яичники плотные, размерами правый 2,5х1,3х0,8 см; левый 2,3х1,7х0,8 см, на разрезе желто-серые. В просвете аорты следы жидкой крови, внутренняя ее поверхность блестящая, гладкая, желто-серая. В полости сердечной сорочки небольшое количество желтоватой прозрачной жидкости, внутренняя ее поверхность гладкая, блестящая, серо-синюшная. Сердце размерами 9х7х4,5 см, массой 210 г, наружная оболочка сердца гладкая, блестящая, под оболочкой умеренное количество жира. Полости сердца не расширены, содержат следы жидкой крови. Внутренняя оболочка сердца гладкая, блестящая. Створки клапанов сердца тонкие, подвижные. Под эндокардом левого желудочка выявляются

полосчатые темно-красные кровоизлияния. Толщина миокарда левого желудочка 1 см, правого 0,2 см. Миокард упругий, на разрезах серовато-красный, блестящий, бледный. Венечные артерии сердца спадаются на поперечных разрезах, проходимы, внутренняя их поверхность гладкая, блестящая. Сосочки языка хорошо выражены, ткань на разрезах серо-коричневая. Пищевод проходим, слизистая оболочка пищевода продольно-складчатая, блестящая, серо-желтая, бледная. В желудке около 200 мл полупереваренной пищевой массы с различными растительными кусочками. Слизистая оболочка желудка с плохо выраженной складчатостью, желто-серая, набухшая, тускловатая. Выявляется кровоизлияние в брыжейку поперечной ободочной кишки, соединяющееся с выше описанной забрюшинной гематомой. Темно-красное кровоизлияние выявляется в области брыжейки и корня тонкой кишки, которое также соединяется с выше описанным правосторонним кровоизлиянием в забрюшинную клетчатку. В просвете кишечника обычное для его отделов содержимое. Слизистая оболочка тонкой кишки циркулярно-складчатая, блестящая, серовато-розовая, гладкая; толстой кишки - синюшная, блестящая, гладкая. Поджелудочная железа умеренной плотности, размерами 14x2,5x1,2 см. Под капсулой железы в области ее головки темно-красное кровоизлияние. Ткань железы на разрезах крупнодольчатая, желто-серая. В области диафрагмы в проекции междолевой борозды печени выявляется повреждение овально-вытянутой формы, с относительно ровными краями, при сведенных краях длиной около 11 см. Печень размерами 21x15x11x6, 5см, массой 1370 г, поверхность ее гладкая, передний край острый. Ткань печени на разрезе бледная, коричневатожелтая, перерезанные сосуды зияют. В толще правой доли печени выявляются полости, заполненные темно-красными рыхлыми свертками крови на участке общими размерами 6x5 см. В междолевой борозде, на передней поверхности, выявляются множественные хирургические кетгутовые швы, на участке 4,5x3 см. На диафрагмальной поверхности правой доли печени, у места соединения с диафрагмой, и в 4 см от наружного края печени выявляется зигзагообразное повреждение идущее спереди назад, длиной 3,8 см, глубиной до 0,2 см. По краям повреждения под капсулой выявляется красное кровоизлияние шириной до 0,6 см. Дно повреждения неровное. Слева от ложа желчного пузыря на нижней поверхности правой доли печени выявляются 4 параллельных друг другу разрыва, идущих спереди назад с неровными краями, длиной от 0,8 до 2,5 см, глубиной до 0,8 см. Справа от ложа желчного пузыря, на нижней доле печени выявляется разрыв, идущий преимущественно спереди назад, длиной при сведенных краях 1,5 см, глубиной до 0,1 см. В области серповидной связки, под капсулой, выявляется темно-красное, прерывистое кровоизлияние, размерами 4,5x0,7 см. Желчные пути проходимы. В желчном пузыре около 15 мл светлой желчи. Селезенка размерами 10,5x6,5x1,5 см, массой 80 г. Капсула ее морщинистая, ткань дряблая, на разрезе красно-серая, соскоба пульпы не дает. Внутренняя поверхность кожно-мышечного лоскута бледная, серо-розовая. В правой лобной области с переходом в правую височную область выявляется темно-красное, блестящее кровоизлияние, размерами 11x8 см. Кровоизлияние на разрезе толщиной до 0,6 см, блестящее, отечное. Твердая мозговая оболочка напряжена, в синусах ее следы жидкой светлой крови, внутренняя поверхность бледная, гладкая, серо-розовая, блестящая. Мягкая

мозговая оболочка бледная, блестящая, отечная, гладкая. Под оболочкой на выпуклой поверхности левых теменной, затылочной долей, преимущественно по бороздам, светло-красное кровоизлияние, без четкой границы, на участке 9x9,5 см. Аналогичное по характеру кровоизлияние выявляется на выпуклой поверхности правой лобной доли с переходом в теменную, общими размерами 12x10 см. В области полюса правой затылочной доли, под мягкой мозговой оболочкой, выявляется прерывистое, без четкой границы кровоизлияние темно-красного цвета в области борозд и светло-красного в проекции извилин, на общем участке 6x4 см. Рельеф борозд и извилин головного мозга сглажен. На основании мозжечка дугообразные вдавления. Артерии основания мозга с полупрозрачными, тонкими стенками, проходимы. Ткань головного мозга на разрезах резко повышенной влажности, бледная, с хорошо выраженной границей серого вещества. Масса головного мозга 1250 г. Желудочки мозга не расширены, содержат повышенное количество желтовато-розовой прозрачной жидкости, сосудистые сплетения блестящие, серо-розовые, гладкие. Кости черепа целы. Толщина костей черепа в области распила височная кость 0,2-0,4 см, теменной кости до 0,5 см, затылочная кость до 0,6 см, лобной до 0,6 см. Выявлены переломы правых ребер: 4, 5 по среднеключичной линии, линии переломов косо-продольные; в области переломов ребра легко разгибаются и практически не сгибаются; 8, 9, 10, 11 по лопаточной линии, линии переломов косопоперечные, более ровные по внутренней костной пластинке, в окружности переломов в мягких тканях обширные темно-красные блестящие кровоизлияния. Выявлен перелом 1 левого ребра по среднеключичной линии, линия перелома косопоперечная. Имеется перелом 5 левого ребра по передней подмышечной линии, линия перелома косопродольная, в области перелома ребро легко разгибается и практически не сгибается. Мягкие ткани таза пропитаны темно-красной кровью. Выявлены косо-продольный перелом, идущий вдоль правой подвздошной кости, косопоперечные переломы правой и левой седалищных костей и перелом верхней ветви левой лонной кости с обширным темно-красным кровоизлиянием в окружающие мягкие ткани. Выявлен оскольчатый перелом нижней трети правой плечевой кости и верхней трети правой локтевой кости с темно-красным блестящим кровоизлиянием в окружающие мягкие ткани. Произведены диагностические разрезы мягких тканей спины, нижних конечностей, пяток - переломов пяточных костей не выявлено. Выявлено кровоизлияние в области левой пятки размерами 2x1,5 см. Других повреждений при исследовании трупа не обнаружено. На судебно-биологическое и судебно-химическое исследования направлена кровь, на судебно-гистологическое исследование взяты кусочки внутренних органов (легкое, печень, сердце, почка, головной мозг) и мягких тканей из области повреждений.

ДАННЫЕ ЛАБОРАТОРНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ

Судебно-химическое исследование: «При судебно-химическом исследовании крови от трупа Ш., 30 лет, этиловый спирт не обнаружен» (акт № ... от 24.11.20.. г.).

Судебно-гистологическое исследование: «Обширные кровоизлияния с реактивными изменениями, серозно-геморрагический отек, очаговая острая эмфизема, обширные ателектазы в срезе легкого. Мелкоочаговый поверхностный разрыв ткани, мелкоочаговые кровоизлияния с реактивными изменениями под

капсулой и по ходу ряда портальных трактов, умеренный фиброз, очаговая лимфогистиоцитарная инфильтрация портальных трактов, паренхиматозная дистрофия в срезе печени. Кровоизлияние с реактивными изменениями в срезе мягких тканей из области перелома таза. Мелкоочаговые перивазаты в срезе ствола головного мозга; тонкое субарахноидальное кровоизлияние в стадии организации в срезах коры и подкорковой области; малокровие сосудов, периваскулярный и перицеллюлярный отеки, следы старых периваскулярных кровоизлияний, очаговый глиоз в срезах головного мозга, малокровие ткани, незначительный периваскулярный кардиосклероз, мелкоочаговый липоматоз, отек стромы, паренхиматозная дистрофия миокарда. Малокровие ткани, единичные белковые цилиндры в просвете почечных канальцев, дистрофические и аутолитические изменения канальцевого эпителия, мелкоочаговая лимфоидная инфильтрация лоханки в срезе почки» (акт № 20036 от 27.11.08 г., получен 02.12.08 г.).

ЗАДАНИЕ: СФОРМУЛИРУЙТЕ СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКИЙ ДИАГНОЗ И ВЫВОДЫ.

ТИПОВОЙ ВАРИАНТ ОТВЕТА ДЛЯ ЗАДАЧИ №4 «ПАДЕНИЕ С ВЫСОТЫ»:

СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКИЙ ДИАГНОЗ

Основное. Сочетанная тупая травма головы, груди, живота, таза, правой верхней конечности. Закрытая черепно-мозговая травма с двусторонним очаговым субарахноидальным кровоизлиянием, кровоизлиянием в кожный лоскут правой лобно-височной области, кровоподтеком в области века левого глаза. Закрытая травма груди с переломом 1, 5 левых ребер, переломами 4, 5, 8, 9, 10, 11 правых ребер с ушибом левого и правого легких, кровоизлиянием в корни легких. Закрытая травма живота с множественными разрывами печени, гемоперитонеумом (около 2,8 л - по клиническим данным). Закрытая травма таза с переломами правых подвздошной и седалищной, левых лонной и седалищной костей с кровоизлиянием в окружающие мягкие ткани, разрывом мочевого пузыря в области верхушки. Открытый оскольчатый перелом правой плечевой и правой локтевой костей. Кровоподтек в области левого коленного сустава, множественные ссадины на левой кисти, кровоизлияние в левой пятке.

Осложнения. Острая массивная кровопотеря: бледные кожные покровы, очаговые, бледные трупные пятна, бледные слизистые оболочки, малокровие внутренних органов, полосчатые кровоизлияния под эндокард левого желудочка (пятна Минакова).

Операции: лапаротомия, шов печени, мочевого пузыря. Наложение эпицистомы. Закрытая репозиция и фиксация костей таза стержневым аппаратом.

ВЫВОДЫ

На основании судебно-медицинского исследования трупа Ш., 30 лет, данных истории болезни, результатов дополнительных исследований, принимая во внимание предварительные сведения, прихожу к следующему заключению:

Причиной смерти Ш. явилась сочетанная травма головы, груди, живота, таза, правой верхней конечности с повреждением внутренних органов, которая осложнилась острой массивной кровопотерей (бледные кожные покровы, очаговые,

бледные трупные пятна, бледные слизистые оболочки, малокровие внутренних органов, полосчатые кровоизлияния под эндокардом левого желудочка - пятна Минакова).

У Ш. имелись следующие повреждения: закрытая черепно-мозговая травма с двусторонним очаговым субарахноидальным кровоизлиянием, кровоизлиянием в кожный лоскут правой лобно-височной области, кровоподтеком в области века левого глаза; закрытая травма груди с переломом 1, 5 левых ребер, переломами 4, 5, 8, 9, 10, И правых ребер с ушибом левого и правого легких, кровоизлиянием в корни легких; закрытая травма живота с множественными разрывами печени, кровоизлияниями в область серповидной связки и в брюшную полость (около 2,8 л - по клиническим данным); закрытая травма таза с переломами правых подвздошной и седалищной, левых лонной и седалищной костей с кровоизлиянием в окружающие мягкие ткани, с разрывом мочевого пузыря в области верхушки; открытый оскольчатый перелом правой плечевой и правой локтевой костей; кровоподтек в области левого коленного сустава, множественные ссадины на левой кисти, кровоизлияние в ткани левой пятки. Все эти повреждения образовались от действия тупого твердого предмета (предметов), что подтверждается закрытым характером травмы груди, головы, живота, таза, оскольчатым переломом костей правой верхней конечности, повреждений в виде кровоподтеков, ссадин.

Учитывая сочетанный характер травмы, преобладание внутренних повреждений над наружными, признаки сотрясения тела (кровоизлияния в корни легких, в серповидную связку, множественные, параллельные разрывы печени), тупой характер травматических воздействий, преимущественно односторонний характер повреждений, свидетельствую о возможности образования повреждений при падении с высоты. В крови из трупа этиловый алкоголь не обнаружен.

№5

ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЕ СВЕДЕНИЯ

Из протокола осмотра места происшествия, составленного 22.01.20... г. участковым инспектором 99 О.М. И., следует, что труп гр-на П. находился в ванной комнате кв. 1 д.64 по ул. Строителей. В 5 см от левой руки на полу лежал одноразовый шприц.

НАРУЖНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ

С трупа снята следующая одежда: 1) футболка серая, х/б; 2) трусы серые с зелено-коричневым растительным рисунком, х/б; 3) носки черные, синтетические. Труп мужчины правильного телосложения, удовлетворительного питания, длиной тела 173 см. Кожные покровы синюшные, холодные на ощупь. Трупные пятна на задней поверхности тела, разлитые, синюшно-фиолетовые, не бледнеют при надавливании пальцем. В коже надплечий и боковых поверхностей груди множественные точечные и мелкоочаговые багрово-синюшные кровоизлияния. Трупное окоченение хорошо выражено во всех обычно исследуемых группах мышц. Лицо синюшное. Соединительные оболочки глаз мутноватые, синюшные, с расширенными сосудами и точечными кровоизлияниями. Кости лицевого черепа и хрящи носа на ощупь целы. В носовых ходах буроватая пенная слизь. Слизистая оболочка губ и преддверия рта синюшная. Зубы целы. Шея пропорциональна туловищу, без повреждений. Грудная клетка цилиндрической формы, упруга при сдавливании, живот ниже уровня груди. Наружные половые органы развиты

правильно. Заднепроходное отверстие сомкнуто. Кости конечностей на ощупь целы. В левой локтевой ямке две округлых раны диаметром 0,2 см, окруженных разлитыми зеленовато-синюшными кровоподтеками диаметром до 0,7 см и округлая рана диаметром 0,2 см, покрытая корочкой буроватой подсохшей крови, окруженная багорово-синюшным кровоподтеком. Других повреждений при наружном исследовании трупа не обнаружено.

ВНУТРЕННЕЕ ИССЛЕДОВАНИЕ

Подкожно-жировой слой на груди 0,7 см, на животе до 1,8 см. Мышцы груди, шеи и живота серовато-красные. Внутренние органы расположены правильно. Легкие на 3/4 выполняют грудную полость. Печень не выступает из-под края реберной дуги. Брюшина тонкая, влажная, гладкая, блестящая, серовато-синюшная. Петли кишечника вздуты, покрыты сальником с небольшим количеством жира. В больших серозных полостях избыточной жидкости нет. Верхушка мочевого пузыря выше уровня лона. Подъязычная кость и хрящи гортани целы. Вход в гортань свободен, голосовая щель зияет, слизистая гортани красновато-синюшная, мутноватая. Доли щитовидной железы одинаковые, размерами по 1,7x1,5x1,2 см, на разрезах ткань их мелкодольчатая, серовато-красная. В трахее и главных бронхах немного сероватой слизи. Слизистая оболочка их красновато-синюшная, тусклая с расширенными сосудами. Легкие массой: правое 750 г, левое 600 г; на ощупь эластично-тестоватые, плевро их блестящая, гладкая, прозрачная, тонкая с точечными и мелкоочаговыми кровоизлияниями под ней. Ткань легких на разрезе синюшно-красная. С поверхностей разрезов их при надавливании стекает много пенистой серовато-красной жидкости, из перерезанных сосудов корней легких вытекает много жидкой темно-красной крови. Из пересеченных бронхов выдавливается желтовато-серая вязкая слизь. Надпочечники тонкие, листовидной формы; на разрезах с желтым корковым слоем и бурым мозговым веществом. Почки размерами правая 10x4,5x3,5 см, левая - 11x4,5x4 см, окружены умеренным слоем клетчатки. Капсула почек снимается легко, обнажая гладкую поверхность, кань почек на разрезе темно-красная, граница коркового и мозгового веществ контурируется неотчетливо. Мочеточники проходимы. Слизистая оболочка лоханок и мочеточников влажная, гладкая, блестящая, синюшно-серая. В мочевом пузыре около 200 мл прозрачной желтоватой мочи, слизистая оболочка его желто-серая. Селезенка размерами 14x8x3 см, массой 190 г, с морщинистой капсулой, на разрезе темно-красная, зернистая, не дает соскоб. В аорте и нижней полой вене жидкая темно-красная кровь, внутренняя поверхность аорты желтовато-серая. Ширина развернутой аорты в грудном отделе 3,5 см, расхождение поперечно-перерезанных краев 4,5 см. Околосердечная сумка не напряжена, в полости ее около 20 мл бесцветной прозрачной жидкости; внутренняя ее поверхность гладкая, блестящая, синюшно-серая. Сердце размерами 10x10x5,5 см, массой 380 г. Наружная оболочка сердца тонкая, гладкая, с умеренным отложением жира. Полости сердца расширены больше справа, где большое количество жидкой темно-красной крови с единичными рыхлыми темными свертками, слева - жидкую кровь. Толщина мышцы левого желудочка сердца 1,3 см, правого 0,2 см. Внутренняя оболочка сердца тонкая, гладкая, створки клапанов тонкие, подвижные. Мышца сердца эластичная, на разрезе тускловатая, красновато-коричневая. Стенки венечных артерий сердца

тонкие, просвет свободен. Пищевод пуст, слизистая оболочка его продольно-складчатая, красновато-синюшная. В желудке около 400 мл желтовато-серого полужидкого содержимого с различными кусочками макарон и мяса. Слизистая оболочка его серовато-синюшная, блестящая, складчатость отчетливая. В тонкой кишке полужидкое содержимое. В толстой кишке полуоформленные каловые массы. Слизистая оболочка тонкой кишки циркулярно-складчатая, блестящая, красновато-серая. Слизистая оболочка толстой кишки гладкая, блестящая, зеленовато-серая. Поджелудочная железа в виде дрябловатого тяжа размерами 15x2,5x1,3 см. На разрезе ткань ее дольчатая, красновато-серая. Печень размерами 25x21x10x9 см. Поверхность ее гладкая. Передненижний край острый. Ткань печени на разрезе коричневатокрасная. Из перерезанных сосудов вытекает большое количество жидкой темно-красной крови. Желчные пути проходимы. В желчном пузыре около 30 мл жидкой темно-зеленой желчи. Слизистая оболочка желчного пузыря бархатистая, зеленовато-желтая. Внутренняя поверхность кожно-мышечного лоскута головы серовато-синюшная с точечными и мелкоочаговыми темно-красными кровоизлияниями. Твердая мозговая оболочка напряжена. В синусах оболочки жидкая темно-красная кровь. Внутренняя поверхность ее белесовато-сероватая. Мягкие мозговые оболочки тонкие, гладкие, синюшные, мутные, с расширенными кровью сосудами. Под мягкими оболочками просвечивает повышенное количество прозрачной бесцветной жидкости. Стенки артерий основания мозга и Сильвиевых борозд тонкие, полупрозрачные. Полушария мозга симметричны. Извилины головного мозга уплощены. Головной мозг дрябловато-эластичный. На разрезе ткань его с синюшным оттенком, повышенной влажности, с четкой границей и правильным чередованием серого и белого веществ, с большим количеством расплывающихся точек и полосок крови, которые легко снимаются спинкой ножа. Желудочки мозга расширены, содержат повышенное количество бесцветной прозрачной жидкости. Кости черепа, таза, ребра и позвоночник целы. Каких-либо повреждений при внутреннем исследовании трупа не обнаружено. Кусочки внутренних органов (печень, почка, сердце, легкое, селезенка, кора головного мозга) и кожа левой локтевой ямки с ранами взяты на судебно-гистологическое исследование. Кровь, моча и желчь направлены на судебно-химическое исследование.

ДАННЫЕ ЛАБОРАТОРНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ

Результат судебно-химического исследования (акт №1313 от 26.01.20 г.): при судебно-химическом исследовании крови и мочи от трупа г-на А., 19 лет, этиловый спирт не обнаружен; не обнаружены метиловый, пропиловый, бутиловый, амиловый спирты. В моче обнаружены моноацетилморфин и кодеин, в желчи обнаружен диацетилморфин.

Результат судебно-гистологического исследования (акт №113 от 23.02.20.. г.): склероз стенки подкожной вены локтевого сгиба, очаговые скопления гемосидерина в глубоких слоях дермы и гиподермы; очаговое кровоизлияние в толще кожи из контурированных эритроцитов. Венозное и капиллярное полнокровие головного мозга. Отек головного мозга; очаговая пролиферация клеток глии. Полнокровие, отек легких. Полнокровие красной пульпы селезенки; гиперплазия лимфоидных фолликулов со светлыми центрами. Истончение коры надпочечников. Полнокровие

почек, диспротеиноз нефротелия. Мелкоочаговый кардиосклероз; нерезкая гипертрофия и атрофия. Хронический персистирующий гепатит с моноклеарной инфильтрацией умеренно расширенных портальных трактов, единичные лимфоидные инфильтраты внутри долек.

ЗАДАНИЕ: СФОРМУЛИРУЙТЕ СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКИЙ ДИАГНОЗ И ВЫВОДЫ.

ТИПОВОЙ ВАРИАНТ ОТВЕТА ДЛЯ ЗАДАЧИ №5 «ОТРАВЛЕНИЕ ГЕРОИНОМ»:

СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКИЙ ДИАГНОЗ

Основной. Острое парентеральное отравление веществом наркотического действия - героином: обнаружение при судебно-химическом исследовании в желчи диацетилморфина, в моче метаболитов героина, точечные кровоизлияния в кожу надплечий и боковых поверхностей груди, в белочные оболочки глаз, под легочную плевру, в кожно-мышечный лоскут головы, синюшность головного мозга, отек головного мозга и мягких мозговых оболочек; переполнение правых отделов сердца жидкой темной кровью, отек легких; венозное полнокровие внутренних органов, свежий след инъекции в левой локтевой ямке.

Сопутствующие. Давние следы инъекций в левой локтевой ямке.

Хронический персистирующий гепатит.

ВЫВОДЫ

На основании данных судебно-медицинского исследования трупа гр-на А., 19 лет, предварительных сведений и данных дополнительных исследований заключаю:

Смерть гр-на А. наступила в результате отравления веществом наркотического действия - героином, что подтверждается данными судебно-химического исследования об обнаружении в желчи диацетилморфина (героина) и метаболитов героина в моче, а также морфологическими признаками, указывающими на характерный для этого отравления гипоксический механизм наступления смерти - кровоизлияния в кожу надплечий и груди, в белочные оболочки глаз, под легочную плевру, в кожно-мышечный лоскут головы, синюшность головного мозга, отек головного мозга и мягких мозговых оболочек; переполнение правых отделов сердца жидкой кровью, отек легких, венозное полнокровие внутренних органов.

На введение наркотического вещества путем инъекции указывает свежий след инъекции (колотая рана) в левой локтевой ямке. Инъекция была произведена незадолго - за период, исчисляемый минутами-десятками минут - до наступления смерти, на что указывают данные судебно-гистологического исследования о наличии кровоизлияния, состоящего только из контурированных эритроцитов.

При судебно-медицинском исследовании трупа обнаружены множественные давние следы инъекций (колотые раны) в левой локтевой ямке. На давность этих инъекций указывают такие микроморфологические признаки, как склероз стенки подкожной вены, очаговые скопления гемосидрина в глубоких слоях дермы и гиподермы.

При судебно-гистологическом исследовании обнаружены микроморфологические признаки заболевания - хронического персистирующего гепатита. Данное заболевание в причинной связи с наступлением смерти не стоит.

	<p>Незадолго до смерти гр-н А. алкогольные напитки не употреблял, о чем свидетельствует отрицательный результат судебно-химического исследования.</p>
<p>№6</p>	<p>ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЕ СВЕДЕНИЯ</p> <p>Из протокола осмотра места происшествия, составленного участковым инспектором 43 о/м Петроградского РУВД следует, что труп гр. П., был осмотрен 05.11.20.. г. с 10 час. 35 мин. до 12 час. по адресу: улица Введенская, дом № 10, квартира № 13. «...Труп лежит на кровати, на спине, голова повернута несколько влево, руки вытянуты вдоль туловища, ноги прямые. Каких – либо наружных повреждений при осмотре трупа не обнаружено...».</p> <p>НАРУЖНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ</p> <p>С трупа снята следующая одежда: майка х/б белого цвета; трусы сатиновые черного цвета; носки шерстяные черные. Одежда без повреждений и загрязнений. Труп мужчины, на вид 40 лет, правильного среднего телосложения, удовлетворительного питания, длиной тела 170 см, массой 75 кг. Кожные покровы холодные на ощупь. Трупное окоченение хорошо выражено во всех группах мышц. Трупные пятна сливные интенсивные синюшно- фиолетового цвета, расположены на задней поверхности туловища и конечностей, не бледнеют при надавливании. Кости мозгового и лицевого черепа целы на ощупь. В волосистой части головы повреждений не обнаружено. Волосы головы светло-русые, длиной 6 см. Лицо одутловатое, интенсивного синюшного цвета. Глаза закрыты. Роговицы блестящие прозрачные. Зрачки одинаковые, диаметром по 0,5 см. Соединительные оболочки глаз синюшные, с множественными точечными темно-красными кровоизлияниями, полнокровными сосудами. Рот закрыт. Слизистая оболочка губ и преддверья рта без повреждений, синюшная. Язык за линией зубов. Зубы целы. В полости рта и отверстиях носа имеется большое количество сероватой слизи. Отверстия ушей свободные. Шея пропорциональна туловищу, без повреждений. Грудная клетка цилиндрической формы, упруга при надавливании. Живот ниже уровня реберных дуг. Наружные половые органы сформированы по мужскому типу. Заднепроходное отверстие сомкнуто, кожа вокруг него чистая. Кости таза и конечностей на ощупь целы. Каких-либо повреждений при наружном исследовании трупа не обнаружено.</p> <p>ВНУТРЕННЕЕ ИССЛЕДОВАНИЕ</p> <p>Толщина подкожно-жирового слоя на груди 0,9 см, на животе 1,5 см. Внутренние органы расположены правильно. Мышцы шеи, груди и живота темно-красного цвета. Легкие на 3/4 выполняют плевральные полости, без спаек. Куполы диафрагмы расположены справа на уровне VI ребра, слева – VII ребра. В плевральных и брюшной полостях избыточной жидкости нет. Печень на 3 см выступает из-под края реберной дуги. Брюшина тонкая, гладкая, влажная, блестящая, серовато-синюшного цвета. Петли кишечника умеренно вздуты, свободно лежат в брюшной полости и покрыты сальником с небольшим количеством жира. Верхушка мочевого пузыря на 8 см выше лонного сочленения. В аорте и нижней полой вене большое количество жидкой темно-красной крови. Внутренняя поверхность аорты светло-желтая гладкая. Периметр аорты в грудном отделе 7,5 см, в брюшном – 5 см, расхождение краев ее на разрезе 2 см. Околосердечная сумка не напряжена, содержит около 5 мл бесцветной прозрачной жидкости, внутренняя ее поверхность гладкая, блестящая, серовато-белого цвета.</p>

Сердце размерами 11,5x10x6,5 см, массой 335 г, свободно лежит в околосердечной сумке. Наружная оболочка сердца гладкая, блестящая, под ней небольшое количество жировой клетчатки, и множественные мелкоточечные темно-красные кровоизлияния локализованные преимущественно на задней поверхности сердца. Правые отделы сердца расширены, переполнены жидкой темно-красной кровью. Внутренняя оболочка тонкая, гладкая, прозрачная, блестящая. Клапаны сердца и крупных сосудов с тонкими эластичными полупрозрачными хорошо подвижными створками. Толщина мышцы левого желудочка сердца 0,9 см, правого – 0,3 см. Хордальные нити тонкие, не деформированы. Трабекулярные и сосочковые мышцы не утолщены. Мышца сердца плотная на ощупь, на разрезе темно-красного цвета, однородная с чередующимися участками более светлой и темной окраски. Артерии сердца с тонкими эластичными стенками и широким просветом, проходимы на всем протяжении, устья их свободны, не сужены, внутренняя их стенка гладкая. Подъязычная кость и хрящи гортани целы. Вход в гортань свободен. Голосовая щель зияет. Доли щитовидной железы не увеличены, одинаковые, на разрезах мелкозернистого вида, темно-красного цвета. В трахее и главных бронхах большое количество серой вязкой слизи. Слизистая оболочка их набухшая, синюшная, блестящая. с полнокровными сосудами. Легкие на ощупь воздушные, массой правое – 650 г, левое – 450 г, плевра их блестящая, гладкая тонкая, прозрачная, под ней на диафрагмальной поверхности легких имеются множественные точечные темно-красные кровоизлияния. Цвет легких с поверхности серовато-красный, на разрезах – темно-красный, с поверхности разрезов при надавливании стекает большое количество пенистой красноватой жидкости. Из перерезанных сосудов корней легких вытекает большое количество жидкой темно-красной крови. Надпочечники плоские, листовидной формы; на разрезах с желтым корковым слоем и бурым мозговым веществом. Почки окружены большим слоем клетчатки. Размеры правой почки: 10x5x3,5 см, левой: 10,5x6,5x4 см, масса соответственно 180 г и 190 г. Капсула почек снимается легко. Поверхность почек под капсулой гладкая. На разрезах ткань почек с серовато-красным корковым и темно-красным мозговым слоями, граница слоев хорошо различима. Слизистая оболочка лоханок синюшная гладкая блестящая. Мочеточники проходимы, слизистая оболочка их беловато-синюшная. В мочевом пузыре около 1100 мл прозрачной светло-желтой мочи, слизистая оболочка его складчатая, синюшная. Предстательная железа не увеличена, плотная на ощупь, на разрезе беловато-серого цвета, однородная. Селезенка размерами 7x6,5x1,5 см, массой 70 г, с гладкой капсулой, на разрезе ткань темно-красная, без соскоба пульпы. Ткань языка на разрезе коричневатокрасная, с единичными точечными кровоизлияниями в области корня. Пищевод пуст, слизистая оболочка его синюшная, с продольной складчатостью, полнокровными сосудами. В желудке около 800 мл желтовато-серой жидкости с резким запахом этилового спирта. Слизистая оболочка его буровато-синюшная цвета блестящая с хорошо выраженной складчатостью и множественными мелкоочаговыми темно-красными кровоизлияниями диаметром от 0,2 см до 0,4 см на складках. В тонкой кишке полужидкое зеленовато-желтое содержимое, в толстой кишке коричневые полуоформленные каловые массы. Слизистая оболочка тонкой кишки циркулярно-складчатая, блестящая красновато-синюшная с единичными

точечными кровоизлияниями, толстой – гладкая, блестящая, серовато-синюшная. Поджелудочная железа размерами 14x3x1,5 см, ткань ее на разрезе крупно-дольчатая, серовато-желтого цвета. Печень размерами 25x14x10,5x8 см, массой 1100 г. Поверхность печени гладкая, передне-нижний край закруглен. На разрезах ткань печени темно-красная. Из перерезанных сосудов вытекает большое количество жидкой темно-красной крови. Желчные пути проходимы. В желчном пузыре около 15 мл жидкой темно-коричневой желчи, слизистая оболочка его бархатистая темно-коричневая. Внутренняя поверхность мягких покровов головы серо-розового цвета влажная без кровоизлияний. Твердая мозговая оболочка не напряжена, внутренняя поверхность ее синюшно-белесоватая, плотно облегает кости черепа. В синусах ее жидкая темно-красная кровь. Мягкие мозговые оболочки тонкие, мутноватые, блестящие, с заполненными жидкой темно-красной кровью сосудами. Полушария мозга симметричны. Масса мозга 1180 г. Рельеф поверхности мозга несколько сглажен, извилины расширены и уплощены, поверхность мозга влажная, блестящая. Сосуды основания мозга с тонкими полупрозрачными стенками, проходимы на всем протяжении. Головной мозг эластичный, на разрезах ткань его с хорошо выраженной границей серого и белого вещества, влажная, полнокровная. Желудочки мозга не расширены, содержат умеренное количество бесцветной прозрачной жидкости. Сосудистые сплетения полнокровные. Мозжечок с симметричными полушариями, миндалина мозжечка несколько набухшие, на разрезах ткань влажная обычного строения. Кости свода и основания черепа, грудной клетки, позвоночного столба, таза и конечностей целы. Каких-либо повреждений при внутреннем исследовании трупа не обнаружено. От вскрытых полостей и внутренних органов ощущался резкий запах этилового спирта. На судебно-гистологическое исследование направлены кусочки внутренних органов (сердца, печени, почки, головного мозга легкого). На судебно-химическое исследование направлены: кровь из периферических сосудов и моча.

ДАННЫЕ ЛАБОРАТОРНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ

Результат судебно-химического исследования: в крови и моче от трупа гр-на П., 40 лет, выявлен этиловый спирт в концентрации: в крови – 4,5‰, в моче – 5‰. (Акт №2785 от 07.11.20.. г.).

Результат судебно-гистологического исследования: венозное полнокровие сосудов во всех исследованных органах; стаз эритроцитов в капиллярах и венулах миокарда, паретическое расширение сосудов, разрыхленность их стенок, единичные периваскулярные кровоизлияния, отек стромы сердца; отек головного мозга и мягкой мозговой оболочки, неравномерное кровенаполнение сосудов головного мозга с преобладанием их полнокровия; неравномерное кровенаполнение сосудов миокарда; отек легких; застойное полнокровие печени. (Акт № 1998 от 07.11.20.. г.).

ЗАДАНИЕ: СФОРМУЛИРУЙТЕ СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКИЙ ДИАГНОЗ И ВЫВОДЫ.

ТИПОВОЙ ВАРИАНТ ОТВЕТА ДЛЯ ЗАДАЧИ №6 «ОТРАВЛЕНИЕ ЭТАНОЛОМ»:

СУДЕБНО- МЕДИЦИНСКИЙ ДИАГНОЗ

Острое отравление этиловым спиртом: токсическая концентрация этилового

	<p>спирта в крови (4,5‰), цианоз лица, интенсивные разлитые трупные пятна, венозное полнокровие внутренних органов, отек головного мозга и его оболочек, отек легких; точечные кровоизлияния в конъюнктиву глаз, под висцеральную плевру, эпикард, слизистые оболочки желудка и тонкой кишки; темно-красная жидкая кровь в полостях сердца и крупных сосудах; большое количество слизи в трахее и бронхах; переполнение мочевого пузыря мочой.</p> <p>ВЫВОДЫ</p> <p>На основании судебно-медицинского исследования трупа гр-на П., 40 лет, результатов дополнительных исследований и, учитывая предварительные сведения, прихожу к следующему заключению:</p> <p>Смерть гр. П., 40 лет, последовала от острого отравления этиловым спиртом. Данный вывод подтверждается токсической концентрацией этилового спирта в крови (4,5‰) и характерными морфологическими признаками (цианоз кожи лица, интенсивные разлитые трупные пятна, венозное полнокровие внутренних органов, отек головного мозга и его оболочек, отек легких; точечные кровоизлияния в конъюнктиву глаз, под висцеральную плевру, эпикард, слизистые оболочки желудка и тонкой кишки; большое количество слизи в трахее и бронхах; темно-красная жидкая кровь в полостях сердца и крупных сосудах; переполнение мочевого пузыря), обнаруженными при исследовании трупа.</p> <p>Каких-либо повреждений при исследовании трупа не обнаружено.</p>
№8	<p>ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЕ СВЕДЕНИЯ</p> <p>Из протокола осмотра места происшествия, составленного оперуполномоченным ОУР ЛОВД на морском и речном транспорте К. 03.05.20.. г., известно, что «помещение находится на левой палубе в правой части кормовой надстройки,.. в помещении высота потолка составляет 2,5 м. Под потолком за кабель привязана капроновая веревка оранжевого цвета, веревка плетеная толщиной около 10 мм, конец которой обрезан. На полу лежит труп гр-на З. Перечислена одежда трупа. На шее трупа скользящая петля из капроновой веревки оранжевого цвета. Ноги в полусогнутом состоянии, руки вытянуты вдоль тела, пальцы рук чуть сжаты...» Осмотр производился с 19 час. 55 мин. до 20 час. 40 мин.</p> <p>НАРУЖНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ</p> <p>С трупа снята следующая одежда: 1) спортивный джемпер из синтетического трикотажа серого цвета; 2) спортивные брюки из х/б ткани темно-синего цвета; 3) плавки серые х/б, в области промежности опачканы каловыми массами; 4) носки синие х/б; 5) полуботинки черные кожаные. Одежда без повреждений. С трупом доставлена капроновая веревка оранжевого цвета, длиной 70 см, толщиной 0,5 см. Труп мужчины, на вид 20 лет, правильного крепкого телосложения, удовлетворительного питания, длиной тела 177 см, с вытянутой вверх рукой – 220 см. Окружность головы – 58 см. Окружность шеи – 39 см. Кожные покровы тепловатые на ощупь, на кистях и стопах – холодные. Трупное окоченение хорошо выражено во всех обычно исследуемых группах мышц. Трупные пятна располагаются на задней поверхности тела, сливные, интенсивно синюшно-фиолетового цвета, при надавливании пальцем бледнеют и восстанавливают свою окраску через 1 мин. Кости свода черепа на ощупь целы. Глаза закрыты. Соединительно-тканые оболочки глаз бледно-синюшные с точечными ярко-</p>

красными кровоизлияниями. Роговицы прозрачные. Зрачки одинаковые, диаметром по 0,6 см. Кости и хрящи носа на ощупь целы. Отверстия носа и наружные слуховые проходы свободны. Рот приоткрыт, из правого угла рта – вертикальный потек засохшей слизи. Розовая кайма губ подсохшая буровато-синюшная. Слизистая оболочка преддверия рта синюшная, подсохшая, без повреждений. Кончик языка прикушен, плотный подсохший. Зубы сохранены все. Шея соразмерна туловищу. В 155 см от уровня подошвенных поверхностей стоп, в верхней трети шеи располагается одиночная, косо-восходящая незамкнутая странгуляционная борозда. На передней поверхности шеи борозда располагается выше щитовидного хряща, дно ее здесь плотное красно-бурое, глубиной 0,5 см, шириной 0,6 см. Боковые валики с белесоватыми чешуйками эпидермиса, нависают над дном. Правая ветвь борозды идет косо вверх спереди назад и проходит в 6 см от угла нижней челюсти, в 7 см от нижнего края прикрепления ушной раковины, в 0,5 см от нижнего края сосцевидного отростка. Затем борозда проходит на заднюю поверхность шеи, идет косо вверх, становится менее отчетливой и исчезает. Дно борозды справа красно-бурое плотное, глубиной 0,2 см, шириной 0,6 см. Левая ветвь борозды идет аналогично и проходит соответственно в 5 см, 7 см, 2 см. Дно борозды слева плотное красно-бурое, шириной 0,6 см, глубина 0,2 см. Расстояние между концами ветвей борозды 8 см. Грудная клетка цилиндрической формы, упруга при сдавливании. Живот ниже уровня реберных дуг. Наружные половые органы развиты и сформированы по мужскому типу. Задний проход сомкнут, кожа в окружности опачкана каловыми массами. Кости конечностей на ощупь целы. Каких-либо других повреждений, кроме выше описанных, при наружном исследовании трупа не обнаружено.

ВНУТРЕННЕЕ ИССЛЕДОВАНИЕ

Толщина подкожно-жирового слоя на груди – 0,5 см, на животе 3 см. Мышцы груди, шеи и живота темно-красные. Внутренние органы расположены правильно. Легкие выполняют плевральные полости, спаек нет. Печень не выступает из-под края реберной дуги. Брюшина тонкая гладкая, влажная, серовато-синюшная. Желудок и петли кишечника умеренно вздуты, свободно лежат в брюшной полости и покрыты сальником с небольшим количеством жира. Верхушка мочевого пузыря на 6 см выше уровня лона. В больших серозных полостях избыточной жидкости нет. Вскрыты сонные артерии, внутренняя поверхность гладкая желтая. Околосердечная сумка не напряжена, в полости ее около 40 мл прозрачной бесцветной жидкости. Сердце размерами 10x10x5 см, массой 330 г, свободно лежит в околосердечной сумке. Наружная оболочка сердца тонкая гладкая, с небольшим отложением жира под ней, с множественными точечными ярко-красными кровоизлияниями. Полости сердца расширены, содержат жидкую темно-красную кровь. Толщина мышцы левого желудочка сердца – 1,3 см, правого – 0,3 см. Хордальные нити не утолщены. Сосочковые мышцы не уплощены. Клапаны сердца и крупных сосудов тонкие гладкие. Внутренняя оболочка сердца тонкая гладкая. Стенки венечных артерий гладкие, просвет артерий проходим. Мышца сердца дряблая, на разрезе ткань ее блестящая светло-красная. В аорте и нижней полой вене жидкая темно-красная кровь. Внутренняя поверхность аорты желтая, гладкая. Ширина развернутой аорты в грудном отделе – 5 см, расхождение ее поперечно

перерезанных краев – 6 см. Подъязычная кость и хрящи гортани целы. Миндалины не увеличены, на разрезе ткань их однородная светло-розового цвета. Голосовая щель зияет, вход в гортань свободен. Щитовидная железа обычных размеров, на разрезе ткань ее мелкозернистого вида, серовато-красная. В трахее и главных бронхах большое количество розоватой слизи. Слизистая оболочка их синюшно-розовая. Легкие на ощупь тестовато-воздушные. Масса правого легкого – 430 г, левого – 370 г. Плевра их блестящая, гладкая, тонкая, прозрачная с точечными ярко-красными кровоизлияниями под ней. Ткань легких на разрезе темно-красная, однородная. С поверхностей разрезов стекает большое количество пенистой кровянистой жидкости. Надпочечники плоские, листовидной формы, на разрезе с ярко-желтым корковым и бурым мозговым слоями. Почки окружены небольшим слоем клетчатки, размерами правая 11x4x3,5 см, левая 10x4x3 см; массой – 150 г и 140 г, соответственно. Капсула почек снимается легко, обнажая гладкую поверхность. Ткань почек на разрезе темно-красная, граница между слоями не контурируется. Слизистая оболочка лоханок и мочеточников бледно-синюшная с множественными точечными ярко-красными кровоизлияниями. В мочевом пузыре около 250 мл желтой прозрачной мочи. Слизистая оболочка его синюшно-красная. Предстательная железа обычных размеров, эластической консистенции, на разрезе ткань ее однородная, серовато-синюшная. Селезенка размерами 16x8x4 см, массой 190 г, с дряблой капсулой, на разрезе темно-вишневая, дает необильный соскоб пульпы. Сосочки корня языка хорошо выражены, ткань его на разрезе светло-красная. Пищевод пуст. Слизистая оболочка его продольно-складчатая, бледно-синюшная. В желудке около 100 мл буровато-желтой пенистой жидкости. Слизистая оболочка его серовато-синюшного цвета, складчатость хорошо выражена. В тонкой кишке небольшое количество полужидкого содержимого желто-серого цвета. Слизистая оболочка ее циркулярно складчатая, блестящая, буровато-синюшная. В толстой кишке небольшое количество неоформленных каловых масс зеленовато-коричневого цвета. Слизистая оболочка ее гладкая, блестящая, синюшная. Поджелудочная железа обычных размеров, на разрезе ткань ее дольчатая, синюшно-красная. Печень размерами 32x19x13x9 см, массой 1700 г. Поверхность ее гладкая, передне-нижний край закруглен. Ткань печени на разрезе желтовато-красная, рисунок долек выражен отчетливо. С поверхностей разрезов стекает большое количество темной жидкой крови. Желчные пути проходимы. В желчном пузыре около 30 мл жидкой желтовато-зеленоватой желчи. Слизистая оболочка его бархатистая, желтовато-зеленоватая. Внутренняя поверхность кожно-мышечного лоскута головы светло-красная. Твердая мозговая оболочка не напряжена, снимается легко, в синусах ее жидкая темно-красная кровь, внутренняя поверхность ее белесовато-синюшная. Мягкие мозговые оболочки тонкие, влажные, мутноватые, с расширенными переполненными кровью сосудами. Артерии основания мозга спавшиеся, стенки их тонкие гладкие. Полушария мозга симметричные. Рисунок борозд и извилин головного мозга выражен отчетливо. Головной мозг массой 1300 г, влажный, дряблый, на разрезе ткань его с четкой границей и правильным чередованием серого и белого вещества, с большим количеством точек и полосок крови, выступающих на поверхностях разрезов и легко снимающихся обушком ножа. Желудочки мозга узкие, содержат небольшое

количество прозрачной бесцветной жидкости. Сосудистые сплетения влажные, красно-коричневые. Ткань мозжечка на разрезе обычного рисунка. Кости черепа, таза, ребра и позвоночник целы. Участок кожи из области странгуляционной борозды рассмотрен между двумя предметными стеклами в проходящем свете – на границе борозды имеются точечные кровоизлияния. От органов и полостей тела посторонних запахов не ощущалось. На судебно-химическое исследование направлены: кровь, моча. Кусочки внутренних органов (сердца, легкого, мозга, печени, почки) и часть странгуляционной борозды взяты для судебно-гистологического исследования.

ДАННЫЕ ЛАБОРАТОРНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ

Результат судебно-химического исследования: в крови и моче от трупа гр-на З. этиловый спирт не обнаружен. (Акт № 3425 от 04.05.20.. г.).

Результат судебно-гистологического исследования: странгуляционная борозда кожи шеи с мелкоочаговыми кровоизлияниями в глубоких слоях ее, с очаговым осаднением, с клеточной реакцией; серозно-геморрагический отек легкого, очажки эмфиземы в легком; начальные аутолитические изменения в миокарде; жировая дистрофия гепатоцитов; венозное полнокровие сосудов в исследованных срезах. (Акт № 5841 от 16.05.20.. г.).

ЗАДАНИЕ: СФОРМУЛИРУЙТЕ СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКИЙ ДИАГНОЗ И ВЫВОДЫ.

ТИПОВОЙ ВАРИАНТ ОТВЕТА ДЛЯ ЗАДАЧИ №7 «МЕХАНИЧЕСКАЯ АСФИКСИЯ»:

СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКИЙ ДИАГНОЗ

Механическая асфиксия – повешение: прижизненная одиночная, расположенная в верхней трети шеи, косо-восходящая спереди назад, снизу вверх, незамкнутая сзади, неравномерная по глубине, странгуляционная борозда; жидкая темно-красная кровь в полостях сердца и крупных сосудах; точечные кровоизлияния под эпикардом, легочной плеврой, в слизистой оболочке лоханок; отек головного мозга, легких; венозное полнокровие внутренних органов; кровоизлияния в соединительно-тканые оболочки глаз; интенсивные сливные синюшно-фиолетовые трупные пятна.

Жировая дистрофия печени.

ВЫВОДЫ

На основании судебно-медицинского исследования трупа, результатов дополнительных исследований и предварительных сведений заключаю:

Смерть гр-на З., 25 лет, наступила от механической асфиксии вследствие сдавления органов шеи петлей. Данный вывод подтверждается наличием прижизненной странгуляционной борозды на шее и признаками асфиксии, обнаруженными при исследовании трупа (жидкая темно-красная кровь в полостях сердца и крупных сосудах; точечные кровоизлияния под эпикардом, легочной плеврой, в слизистой оболочке лоханок; отек головного мозга, легких; венозное полнокровие внутренних органов; кровоизлияния в соединительно-тканые оболочки глаз; интенсивные сливные синюшно-фиолетовые трупные пятна). Расположение странгуляционной борозды в верхней трети шеи, её косо восходящий вид,

	<p>неравномерность по глубине, незамкнутость свидетельствуют о том, что петля была затянута тяжестью тела, то есть имело место повешение.</p> <p>Каких-либо других повреждений, кроме странгуляционной борозды при исследовании трупа не обнаружено.</p> <p>В крови и моче от трупа гр-на З. этиловый спирт не обнаружен.</p> <p>При исследовании трупа обнаружены морфологические признаки заболевания (жировой дистрофии печени).</p>
№8	<p>ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЕ СВЕДЕНИЯ</p> <p>Из протокола осмотра места происшествия, составленного 8.03.20.. г. заместителем начальника Оредежского ОМ К-ым. следует, что труп гр-на А. обнаружен в доме в пос. Коленцево; труп лежал на кровати. В протоколе описаны поза и одежда, имевшаяся на трупе. Других сведений не содержится.</p> <p>НАРУЖНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ</p> <p>С трупа снята следующая одежда: 1) джемпер зеленый, синтетический; 2) футболка белая, х/б; 3) брюки черные, х/б; 4) шаровары спортивные, трикотажные, синие; 5) трусы синие, х/б; 6) носки серые, х/б. Труп мужчины, на вид 55 лет, правильного телосложения, пониженного питания, длиной тела 167 см. Кожные покровы бледные, холодные на ощупь. Трупные пятна на задней поверхности тела, сливные, синюшно-фиолетовые, не бледнеют при надавливании пальцем. Трупное окоченение хорошо выражено во всех обычно исследуемых группах мышц. Волосы головы темно-русые, с проседью. Кости черепа на ощупь целы. Лицо бледно-синюшное. Соединительные оболочки глаз бледно-синюшные. Роговицы прозрачны. Зрачки диаметром по 0,4 см. Кости и хрящи носа на ощупь целы. Носовые ходы свободны. Слизистая оболочка губ и преддверия рта красновато-синюшная. Языка за линией зубов. На верхней челюсти отсутствуют 4-6, 8 зубы справа, 3, 6-8 зубы слева, на нижней – 5,6,8 справа и 5-7 слева, лунки отсутствующих зубов сглажены. Наружные слуховые проходы свободны. Шея пропорциональна туловищу. Грудная клетка плоско-цилиндрической формы, упруга при сдавливании, живот на уровне груди. Наружные половые органы сформированы по мужскому типу, развиты правильно. Заднепроходное отверстие сомкнуто. Каких-либо повреждений при наружном исследовании трупа не обнаружено.</p> <p>ВНУТРЕННЕЕ ИССЛЕДОВАНИЕ.</p> <p>Подкожно-жировой слой на передней поверхности груди 0,5 см, на животе на уровне пупка до 1,0 см. Мышцы груди, шеи и живота темно-красные. Внутренние органы расположены правильно. Легкие на 3/4 выполняют грудную полость. Печень не выступает из-под края реберной дуги. Брюшина тонкая, влажная, гладкая, блестящая, серовато-синюшная. Петли кишечника вздуты, покрыты салником с небольшим количеством жира. В больших серозных полостях избыточной жидкости нет. В аорте и нижней полой вене жидкая темно-красная кровь с рыхлыми свертками. Ширина развернутой аорты в грудном отделе 5,5 см, расхождение поперечно перерезанных краев 1,5 см. Внутренняя поверхность аорты желтовато-серая, с белесовато-желтыми пятнами и многочисленными белесовато-серыми плотными изъязвленными бляшками на площади около 25%. Околосердечная сумка не напряжена, в полости ее около 20 мл бесцветной</p>

прозрачной жидкости; внутренняя ее поверхность гладкая, блестящая, бледно-серая. Сердце размерами 10,0x10,5x6,5 см, массой 360 г. Наружная оболочка сердца тонкая, с умеренным отложением жира под ней и округлыми белесовато-серыми очагами. Полости сердца расширены, содержат справа жидкую кровь и рыхлые темно-красные свертки, слева - жидкую темно-красную кровь. Толщина мышцы левого желудочка сердца 1,5 см, правого 0,3 см, межжелудочковой перегородки до 0,8 см. Внутренняя оболочка сердца тонкая, гладкая. Створки клапанов тонкие, гладкие, эластичные; хордальные нити не укорочены. Сосочковые мышцы не утолщены, трабекулярные мышцы уплощены. Мышца сердца дрябловато-эластичная, на разрезе тусклая, пестрая – светло-красные участки чередуются с темно-красными, с множественными штриховидными прослойками белесоватой плотной ткани; в задней стенке левого желудочка участок плотной белесовато-серой ткани размерами 2x4 см на всю толщину стенки. Стенки венечных артерий сердца с множественными возвышающимися плотными белесоватыми бляшками, на площади 50% серповидно суживающими просвет на половину. Подъязычная кость и хрящи гортани целы. Вход в гортань свободен, голосовая щель зияет. Доли щитовидной железы одинаковые, размерами по 4,5x2,8x1,5 см, на разрезах ткань их мелкодольчатая, серовато-красная. В трахее и главных бронхах сероватая пенная слизь с серовато-желтыми тяжистыми включениями. Слизистая оболочка их бледно-розовая. Легкие массой: правое 750 г, левое 550 г; на ощупь дрябловато-эластичные, плевра их местами утолщенная, белесовато-желтая, тусклая; вне этих участков - гладкая, прозрачная, тонкая, с точечными темно-красными кровоизлияниями под ней. Ткань легких на разрезе имеет цвет от темно-красного в передних отделах до розово-красного в задних, над разрезами на 0,5-0,7 см выстоят утолщенные концы бронхов; ткань в окружности их белесовато-серая, плотно-эластичная. С поверхностей разрезов легких при надавливании стекает много пенистой серовато-красной жидкости, из перерезанных сосудов корней легких вытекает много жидкой темно-красной крови. Надпочечники тонкие, листовидной формы; на разрезах с желтым корковым слоем и бурым мозговым веществом. Почки размерами правая 11,0x4,0x3,5 см, левая 11,0x4,5x4,0 см, массой 170 и 190 г соответственно, окружены небольшим слоем клетчатки. Капсула почек снимается легко, обнажая гладкую поверхность. Ткань почек на разрезе красновато-серая, с более интенсивно окрашенными пирамидами, граница коркового и мозгового вещества хорошо контурируется. Слизистая оболочка лоханок и мочеточников влажная, гладкая, блестящая, бледно-серая. В мочевом пузыре 200 мл прозрачной мочи, слизистая оболочка его желтовато-серая. Селезенка размерами 9,5x7,0x3,5 см, массой 160 г, с напряженной капсулой, на разрезе ткань темно-красная, зернистая, не дает соскоб. Сосочки корня языка сглажены. Ткань языка на разрезе красновато-серая, однотонная. Просвет пищевода пуст. Слизистая оболочка пищевода розово-серая, продольно-складчатая. В желудке около 150 мл зеленовато-серой мутной жидкости. Слизистая оболочка желудка розово-серая, покрыта повышенным количеством серой вязкой слизи; складчатость сглажена. В тонкой кишке полужидкое серовато-желтое содержимое. В толстой кишке полуоформленные зеленовато-коричневые каловые массы. Слизистая оболочка тонкой кишки циркулярно складчатая, блестящая, красновато-серая. Слизистая

оболочка толстой кишки гладкая, блестящая, зеленовато-серая. Поджелудочная железа дрябловато-эластичная размерами 19,0x2,5x2,0 см. На разрезе ткань ее дольчатая, желтовато-серая, местами с темно-красными границами долек. Печень размерами 23x16x10x9 см, массой 1600 г. Поверхность ее гладкая. Передне-нижний край острый. Ткань печени на разрезе красновато-коричневая с белесовато-желтыми располагающимися под капсулой округлыми плоскими очагами диаметром от 1,5 см до 3,0 см без четких контуров. Из перерезанных сосудов вытекает большое количество жидкой темно-красной крови. Желчные пути проходимы. В желчном пузыре около 30 мл жидкой темно-зеленой желчи. Слизистая оболочка желчного пузыря бархатистая, зеленовато-желтая. Внутренняя поверхность кожно-мышечного лоскута головы серовато-синюшная. Твердая мозговая оболочка напряжена. В синусах оболочки жидкая темно-красная кровь. Внутренняя поверхность ее белесовато-серая, гладкая, блестящая. Мягкие мозговые оболочки тонкие, гладкие, тускловатые с расширенными кровью сосудами, под ними просвечивает повышенное количество прозрачной бесцветной жидкости. Стенки артерий основания мозга гладкие, тонкие. Полушария мозга симметричны. Извилины головного мозга уплощены. Головной мозг дрябловато-эластичный, массой 1350 г. На разрезе ткань его повышенной влажности, с четкой границей и правильным чередованием серого и белого вещества, с большим количеством расплывающихся точек и полосок крови, которые легко снимаются спинкой ножа. Слоистость структуры моста отчетлива. Желудочки мозга щелевидные, содержат небольшое количество прозрачной бесцветной жидкости. Кости черепа, таза, ребра и позвоночник целы. Каких-либо повреждений при внутреннем исследовании трупа не обнаружено. Кусочки внутренних органов (сердце, легкое, печень, почка, кора головного мозга) взяты на судебно-гистологическое исследование. Кровь и моча направлены на судебно-химическое исследование.

ДАННЫЕ ЛАБОРАТОРНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ

Результат судебно-химического исследования: в крови и моче от трупа А., 56 лет, обнаружен этиловый спирт в концентрации: в крови 2,3‰, в моче 2,0‰; не обнаружены метиловый, пропиловые, бутиловые, амиловые спирты. (Акт №2449 от 15.03.20.. г.).

Результат судебно-гистологического исследования: диффузный и крупноочаговый кардиосклероз, гипертрофия кардиомиоцитов; неравномерное кровенаполнение сосудов миокарда; чередование спазма артериол и паретического расширения ряда венул; краевое стояние лейкоцитов в артериолах, стазы в капиллярах; фрагментация кардиомиоцитов плазматическое пропитывание интимы артериол; отек стромы миокарда; венозное полнокровие печени, почек, головного мозга, перивазальный отек головного мозга; зернистая дистрофия эпителия проксимальных канальцев почек, гепатоцитов. (Акт №1671 от 29.03.20.. г.).

ЗАДАНИЕ: СФОРМУЛИРУЙТЕ СУДЕБНО МЕДИЦИНСКИЙ ДИАГНОЗ И ВЫВОДЫ.

ТИПОВОЙ ВАРИАНТ ОТВЕТА ДЛЯ ЗАДАЧИ №8 «СКОРОПОСТИЖНАЯ СМЕРТЬ»:

СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКИЙ ДИАГНОЗ

Хроническая ишемическая болезнь сердца: крупноочаговый постинфарктный и диффузный атеросклеротический кардиосклероз; атеросклероз венечных артерий сердца 3 стадии 4 степени.

Острая сердечно-сосудистая недостаточность: неравномерное кровенаполнение сосудов сердца, отек стромы миокарда, расширение полостей сердца, переполнение их кровью с рыхлыми свертками; отек легких, отек головного мозга, неравномерное кровенаполнение почек, венозное полнокровие головного мозга, печени, легких.

Атеросклероз аорты 3 стадии 3 степени. Хронический бронхит.

ВЫВОДЫ

На основании судебно-медицинского исследования трупа гр-на А., 56 лет, результатов дополнительных исследований и, принимая во внимание предварительные сведения, прихожу к следующему заключению:

Смерть гр-на А., 56 лет, наступила от хронической ишемической болезни сердца, осложнившейся развитием острой сердечно-сосудистой недостаточности, о чем свидетельствуют обнаруженные при исследовании трупа морфологические признаки (крупноочаговый постинфарктный и диффузный атеросклеротический кардиосклероз, атеросклероз венечных артерий сердца), результаты судебно-гистологического исследования (спазм артериол и паретическое расширение венул, краевое стояние лейкоцитов в артериолах, стазы в капиллярах, фрагментация кардиомиоцитов), а также признаки сосудистых расстройств, характерных для острой сердечно-сосудистой недостаточности.

Каких-либо повреждений при судебно-медицинском исследовании трупа гр-на А. не обнаружено.

При судебно-химическом исследовании в крови от трупа А. обнаружен этиловый спирт в концентрации 2,3‰, что у живых лиц может соответствовать алкогольному опьянению средней степени. Наличие алкогольного опьянения могло ухудшить течение основного заболевания и способствовать наступлению смерти.

9.2. Тестовые задания

1) Обязательному судебно-медицинскому исследованию подлежат трупы:

1. Неизвестных
2. Умерших в стационаре
3. Умерших от заболеваний
4. Все из вышеперечисленного

Верно 1

2) При судебно-медицинском исследовании трупа взрослого человека исследуется не всегда:

1. Полость черепа
2. Грудная полость
3. Брюшинная полость
4. Позвоночный канал

Верно 4

3) Кровоизлияния под эндокардом (пятна Минакова) являются диагностическим признаком:

1. Острой кровопотери
2. Жировой эмболии
3. Шока
4. Воздушной эмболии

Верно 1

4) К необратимым деструктивным изменениям в клетке относят:

1. Мутное набухание
2. Фрагментацию ядра
3. Гидропическую дегенерацию
4. Потерю эндогенного фермента

Верно 2

5) К обратимым деструктивным изменениям в клетке относят:

1. Вакуолизацию ядра
2. Появление гиперхромного материала вблизи ядерной мембраны
3. Гидропическую дегенерацию
4. Исчезновение РНК

Верно 3

6) В категорию ненасильственной смерти входит:

1. Убийство
2. Самоубийство
3. Смерть от заболевания
4. Несчастный случай на производстве
5. Несчастный случай в быту

Верно 3

7) В компетенцию судебно-медицинского эксперта не входит установление:

1. Категории смерти
2. Вида насильственной смерти
3. Вида ненасильственной смерти
4. Рода смерти

Верно 4

8) Проба на воздушную эмболию считается отрицательной, если из проколотого под водой сердца пузырьки газа:

1. Выделяются только из левых его отделов
2. Выделяются только из правых его отделов
3. Не выделяются ни из левых, ни из правых отделов
4. Выделяются из правых и левых отделов

Верно 3

9) Кусочки тканей, направляемых на судебно-гистологическое исследование, должны:

1. Быть не тоньше 1 см
2. Захватывать участок как патологически измененной, так и интактной ткани
3. Захватывать кусок измененной ткани
4. Захватывает кусок интактной ткани

Верно 2

<p>10) Проба Сунцова проводится при подозрении:</p> <ol style="list-style-type: none">1. На гонорею2. Гемоперитонеум3. Жировую эмболию4. Воздушную эмболию <p>Верно 4</p>
<p>11) К достоверным признакам смерти не относят:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Мышечное окоченение2. Выраженную арефлексию3. Пятна Лярше4. Отсутствие биоэлектрической активности сердца5. Симптом «кошачьего глаза» (симптом Белоглазова) <p>Верно 2</p>
<p>12) К ранним посмертным изменениям относят:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Гниение2. Высыхание3. Мумификацию4. Торфяное дубление <p>Верно 2</p>
<p>13) К ранним посмертным изменениям не относят:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Трупное высыхание2. Охлаждение3. Суправитальные реакции4. Трупные пятна5. Трупное окоченение <p>Верно 3</p>
<p>14) К поздним трупным изменениям не относятся:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Гниение2. Аутолиз3. Мумификация4. Образование жировоска <p>Верно 2</p>
<p>15) К поздним трупным изменениям относят:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Трупное окоченение2. Охлаждение трупа3. Аутолиз4. Жировоск5. Трупные пятна <p>Верно 4</p>
<p>16) Признаки трупного высыхания не выявляются на:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Переходной кайме губ2. Мошонке3. Склере глаз4. Слизистой оболочке полости рта <p>Верно 4</p>

<p>17) Образование трупных пятен связано с:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Перераспределением крови в сосудах при агонии2. Посмертным перераспределением крови под действием силы тяжести3. Изменением физико-химических свойств крови4. Трупным охлаждением <p>Верно 2</p>
<p>18) На степень выраженности трупных пятен не влияет:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Величина атмосферного давления2. Причина смерти3. Давность наступления смерти4. Температура окружающей среды <p>Верно 1</p>
<p>19) Стадия гипостаза трупных пятен обычно составляет:</p> <ol style="list-style-type: none">1. 1,5-2 часа2. 3-7 часов3. 8-12 часов4. 18-24 часа <p>Верно 3</p>
<p>20) На степень выраженности мышечного окоченения трупа не влияет:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Степень развития мускулатуры2. Поза человека в момент смерти3. Причина смерти4. Давность наступления смерти <p>Верно 2</p>
<p>21) Условия, не определяющие форму кровоподтека:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Форма и размеры контактирующей поверхности предмета2. Область тела3. Угол контакта4. Масса предмета <p>Верно 4</p>
<p>22) Соединительно-тканые перемычки между краями характерны для:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Резаных ран2. Ушибленных ран3. Колотых ран4. Огнестрельных ран <p>Верно 2</p>
<p>23) По ссадине определяют:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Место воздействия травмирующего предмета2. Направление воздействия травмирующего предмета3. Давность причинения повреждения4. Форму контактной поверхности травмирующего предмета5. Все перечисленное <p>Верно 5</p>

24) По линейному перелому костей черепа можно установить:

1. Место приложения травмирующей силы
2. Форму и размеры травмирующей поверхности
3. Энергию, с которой воздействовал травмирующий предмет
4. Материал предмета

Верно 1

25) Компрессия грудной клетки в переднезаднем направлении приводит к образованию симметричных переломов ребер по следующим анатомическим линиям:

1. Окологрудинной
2. Околопозвоночной
3. Лопаточной
4. Подмышечной

Верно 4

26) Для конструктивных не прямых переломов ребер характерны:

1. Ровные края излома на внутренней костной пластинке
2. Разрыв пристеночной плевры в области перелома
3. Кровоподтек на коже в области перелома
4. Ровные края излома на наружной костной пластинке

Верно 4

27) Желто-коричневый цвет ссадин с плотным западающим дном свидетельствует, что они образовались:

1. За 1-2 суток до смерти
2. За 3-4 суток до смерти
3. Посмертно
4. Непосредственно перед смертью пострадавшего

Верно 3

28) По расположению трещин, отходящих от вдавленного перелома костей черепа, устанавливают:

1. Силу удара
2. Направление удара
3. Вид травмирующей поверхности
4. Количество ударов

Верно 2

29) Гематома – это скопление крови:

1. В тканях с образованием полости
2. В брюшной полости
3. В плевральной полости
4. В полости сердечной сумки

Верно 1

30) Назовите один из признаков колото-резаной раны:

1. Дополнительный разрез
2. Размозжение краев
3. Большой дефект ткани
4. Наличие соединительно-тканых перемычек между стенками

Верно 1

31) Максимальная ширина погруженной части клинка колюще-режущего предмета:

1. Равна длине раны
2. Не менее длины раны
3. Не более длины раны
4. По ране не может быть установлена

Верно 3

32) При расположении колото-резаной раны на груди и отсутствии следов воздействия ограничителя, длина клинка:

1. Равна глубине повреждения
2. Равна или больше глубины повреждения
3. Равна или меньше глубины повреждения
4. По ране не может быть установлена

Верно 2

33) Признак основного разреза колото-резаной раны:

1. Прямолинейность
2. Зияние раны
3. Следы обильного наружного кровотечения
4. Неперерезанные волосы

Верно 1

34) Признак дополнительного разреза колото-резаной раны:

1. Осаднение краев
2. Зияние раны
3. Остроугольный конец
4. Большая глубина

Верно 3

35) Резаная рана, как правило, имеет максимальную глубину:

1. На всем протяжении
2. В средней части
3. В концевой части
4. В начальной части

Верно 4

36) Форма и размерные характеристики поперечного сечения колющего предмета не отображаются в повреждениях:

1. Серозных оболочек
2. Ткани легких
3. Плоских костей
4. Твердой мозговой оболочки

Верно 2

37) Рубленая рана головы, нанесенная пяткой топора, характеризуется следующими признаками, кроме:

1. Ровными краями
2. Остроугольными концами
3. Клиновидной формой
4. П-образным и остроугольным концами
5. Клиновидным надрубом кости

Верно 2

38) Мягкие ткани на исследование на микрочастицы стекла следует брать:

1. С краев кожной раны
2. С поверхности окружающей кожи
3. Из глубоких тканей в области повреждения
4. Из региональных лимфоузлов

Верно 3

39) Отслоение краев может наблюдаться у раны:

1. Рубленной
2. Резаной
3. Колото-резаной
4. Ушибленной

Верно 4

40) Основными признаками входного пулевого отверстия не является:

1. Круглая или овальная форма
2. Дефект ткани
3. Ровные края
4. Поясок осаднения и обтирания
5. Радиальные разрывы дермы

Верно 5

42) Дополнительные факторы выстрела обнаруживаются только по ходу раневого канала при выстреле:

1. С плотным упором
2. С неплотным упором
3. Верны оба варианта
4. Ни один вариант не верен

Верно 1

43) Выходная огнестрельная рана в ряде случаев может иметь:

1. Зону опаления
2. Штанцмарку
3. Поясок осаднения
4. Зону отложения пороха

Верно 3

<p>44) Края выходной огнестрельной пулевой раны:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Ровные и покатые2. Мелкофестончатые, часто вывернуты внутрь3. Неровные, часто вывернуты наружу4. Ровные, разможенные <p>Верно 3</p>
<p>45) Для относительно компактного действия дроби характерны:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Только сквозные ранения2. Часто слепые и касательные ранения3. Множественные одиночные слепые и сквозные ранения4. Множественные слепые ранения на разных поверхностях тела <p>Верно 2</p>
<p>46) Непосредственной причиной смерти от поражения электротоком чаще всего является:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Полиорганный недостаточность2. Паралич жизненно-важных центров ЦНС3. Фибрилляция и остановка сердца4. Коллапс5. Геморрагический инсульт <p>Верно 2,3</p>
<p>47) В типичном случае электрометка имеет следующие характеристики:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Влажную поверхность2. Осаднение по краям3. Кровоподтеки в окружающей коже4. Валикообразно возвышающиеся края <p>Верно 4</p>
<p>48) При наружном исследовании трупа обнаруживаются следующие признаки смерти от электротравмы, кроме:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Типичные и «нетипичные» электрометки2. Анизокория3. Мелкоточечные кровоизлияния, внутрикожные и в соединительные оболочки век4. Птоз верхнего века обоих глаз <p>Верно 4</p>
<p>49) Макроскопические изменения органов и тканей трупа при смерти от электротравмы:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Отек ложа желчного пузыря2. Кровоизлияния в ткань почек3. Множественные кровоизлияния в серозные оболочки паренхиматозных органов4. Жировая эмболия <p>Верно 3</p>

<p>50) Механическое действие электрического тока на организм не проявляется:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Разрывами внутренних органов2. Вывихами конечностей3. Разрывами скелетных мышц4. Отрывами конечностей <p>Верно 1</p>
<p>51) На прижизненное образование ожогов указывает:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Наличие артериальных тромбов в сосудах поврежденных областей2. Краевое расположение и миграция лейкоцитов3. Наличие фибрина в жидкости ожоговых пузырей4. Все вышеперечисленное <p>Верно 4</p>
<p>52) О прижизненности действия на тело высокой температуры свидетельствует:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Поза боксера2. Ожоги 1-2 степени3. Обнаружение карбоксигемоглобина в мышцах обгоревших конечностей4. Куски жира в брюшной полости <p>Верно 2</p>
<p>53) Признаком прижизненного действия пламени является:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Опаление волос2. Поза боксера3. Концентрация карбоксигемоглобина в крови более 20-30%4. Серо-коричневый цвет трупных пятен <p>Верно 3</p>
<p>54) Минимальная концентрация карбоксигемоглобина, свидетельствующая о прижизненности пребывания в атмосфере пожара:</p> <ol style="list-style-type: none">1. 20%2. 40%3. 50%4. Более 50 % <p>Верно 1</p>
<p>55) Смертельная концентрация карбоксигемоглобина в крови:</p> <ol style="list-style-type: none">1. 20%2. 40%3. 50%4. Более 50% <p>Верно 4</p>
<p>56) О прижизненном пребывании человека в очаге пожара свидетельствует:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Копоть в нижних дыхательных путях2. Поза боксера3. Наличие карбоксигемоглобина в крови4. Поджатие яичек в паховые каналы <p>Верно 1</p>

- 57) На месте происшествия в очаге пожара смерть потерпевшего может наступить от:
1. Отравления цианидами, нитритом акриловой кислоты
 2. Ожогового шока
 3. Отравления оксидом углерода
 4. Острой дыхательной недостаточности при ожогах дыхательных путей
 5. Все вышеперечисленное

Верно 5

- 58) При общем тепловом поражении причиной смерти может быть:
1. Паралич дыхательного центра
 2. Нарушение ферментной и гормональной регуляции
 3. Общее запредельное торможение нервной системы
 4. Гемолиз крови

Верно 1

- 59) О смерти от общего охлаждения тела свидетельствуют:
1. Пятна Гардье
 2. Пятна Минакова
 3. Пятна Фабрикантова
 4. Увеличение содержания гликогена в печени

Верно 3

- 60) Признак Пупарева, выявляемый при смерти от общего охлаждения, это:
1. Кровоизлияния под легочную плевру
 2. Переполнение сердца кровью со свертками
 3. Резкое сокращение мошонки и подтягивание яичек ко входу в паховый канал
 4. Поза озябшего человека

Верно 3

- 61) Пятна Фабрикантова, это кровоизлияния:
1. Под легочную плевру
 2. В головной мозг
 3. В слизистую оболочку желудка
 4. В почечные лоханки

Верно 4

- 62) Цвет трупных пятен при смерти от общего переохлаждения:
1. Фиолетово-синюшный
 2. Розово-красный
 3. Темно-коричневый
 4. Серовато-синюшный

Верно 2

- 63) При смерти от общего переохлаждения характерно формирование пятен:
1. Тардые
 2. Лярше
 3. Рассказова-Лукомского
 4. Вишневого

Верно 4

- 64) Для проведения общего судебно-химического анализа от трупа берут:
1. Желудок, 1 м тонкого кишечника с содержимым, кровь, мочу, печень, легкое
 2. Сердце, легкое, почки, печень, мозг, кровь
 3. Желудок, 1 м тонкого кишечника с содержимым, почку, печень с желчным пузырем, кровь, мочу
 4. Органы и ткани по усмотрению судебно-медицинского эксперта

Верно 3

- 65) Морфологические изменения при смертельном отравлении фосфором:

1. Желтуха
2. Некрозы поперечнополосатых мышц
3. Жировая дистрофия печени, почек, миокарда
4. Уремические полисерозиты
5. Бронхопневмония

Верно 1, 3,4

- 66) Диагноз смертельного отравления метгемоглобинообразующими веществами подтверждается:

1. Наличием в крови не менее 10% метгемоглобина
2. Наличием в крови не менее 50% метгемоглобина
3. Обнаружением конкретного вещества судебно-химическим исследованием
4. Характерной гистологической картиной

Верно 2

- 67) К признакам быстро наступившей смерти относят:

1. Пятна Вишневского
2. Буровато-коричневые трупные пятна
3. Темную жидкую кровь (без свертков)
4. Пятна Лярше

Верно 3

- 68) Одним из признаков быстро наступившей смерти является:

1. Пятна Минакова
2. Множественные кровоизлияния в ткань печени
3. Венозное полнокровие внутренних органов
4. Очаговые бледные трупные пятна

Верно 3

- 69) К признакам быстро наступившей смерти относят:

1. Разлитые фиолетовые трупные пятна
2. Сероватая окраска трупных пятен
3. Малокровие внутренних органов
4. Пятна Вишневского

Верно 1

70) Обнаружение в просвете крупных сосудов красных, смешанных или белых свертков крови свидетельствует о:

1. Смерти без агонального периода
2. Коротком агональном периоде
3. Длительном агональном периоде
4. Смерти от сепсиса

Верно 3

71) При смерти от асфиксии наблюдается:

1. Малокровие внутренних органов
2. Кровоизлияния в мочевого пузырь
3. Переполнение кровью правой половины сердца
4. Розово-красные трупные пятна

Верно 3

72) При смерти от асфиксии наблюдается:

1. Серо-коричневые трупные пятна
2. Следы непроизвольного мочеиспускания и дефекации
3. Бледность лица
4. Густая кровь в свертках

Верно 2

73) При осмотре петли на шее трупа судебно-медицинский эксперт должен указать на:

1. Плотность охвата шеи петлей
2. Наличие закрутки
3. Расположение туров петли относительно друг друга
4. Наличие под петлей элементов одежды
5. Все перечисленное

Верно 5

74) О прижизненном сдавлении петель свидетельствует:

1. Хорошо выраженная странгуляционная борозда
2. Кровоизлияния в мышцах шеи и подкожно-жировой клетчатке в проекции борозды
3. Переломы хрящей гортани
4. Истончение кожи шеи при осмотре в проходящем свете
5. Отслойка эпидермиса на дне борозды

Верно 2

75) При снятии петли с шеи трупа судебно-медицинский эксперт должен указать на:

1. Локализацию петли на шее
2. Материал, из которого изготовлена петля
3. Локализацию узла петли
4. Характеристику петли
5. Все перечисленное

Верно 5

<p>76) Пятна Гардье образуются вследствие:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Резкого колебания артериального давления2. Понижения проницаемости сосудистой стенки3. Жидкого состояния крови4. Острой эмфиземы легких <p>Верно 1</p>
<p>77) Признак прижизненного сдавления шеи:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Анизокория2. Очаговые трупные пятна на шее3. Разрушение региональных лимфоузлов4. Надрывы интимы общей сонной артерии <p>Верно 1</p>
<p>78) Положительный результат пробы Бокариуса свидетельствует:</p> <ol style="list-style-type: none">1. О посмертном происхождении странгуляционной борозды2. О давности травмы3. О прижизненном происхождении странгуляционной борозды4. Доказательного значения не имеет <p>Верно 3</p>
<p>79) При исследовании трупа в случае смерти от удавления руками наблюдаются:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Переломы шейного отдела позвоночника2. Кровоизлияния в межпозвоночных дисках3. Карминовый отек легких4. Ссадины и овальные кровоподтеки на шее5. Все перечисленное <p>Верно 4</p>
<p>80) Доказательным признаком смерти о аспирации желудочного содержимого при исследовании трупа является:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Пищевые массы в глотке и пищеводе2. Пищевые массы в альвеолах и мелких бронхах3. Пищевые массы у отверстий рта и носа4. Полнокровие легких <p>Верно 2</p>
<p>81) Морфологический признак, наблюдаемый при смерти от сдавления груди и живота:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Экхимозная маска2. Интенсивные трупные пятна3. Острая эмфизема легких4. Повреждение позвоночника <p>Верно 1</p>
<p>82) При подозрении на утопление целесообразно направлять на диатомовый анализ:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Головной мозг2. Печень3. Сердце4. Селезенку5. Почку <p>Верно 5</p>

83) Каковы особенности исследования трупа при подозрении наступления смерти от утопления:

1. Исследование трупа начинается со вскрытия головы
2. Необходимо сделать пробу на пневмоторакс
3. Необходимо сделать дифениламиновую пробу
4. Необходимо вскрыть пазуху основной кости
5. Необходимо измерить длину тела с вытянутой вверх правой рукой

Верно 4

84) К признаку пребывания трупа в воде относят:

1. Стойкую мелкопузырчатую пену у рта
2. Мацерацию кожи
3. Гемолиз эритроцитов
4. Следы непроизвольного мочеиспускания и дефекации

Верно 2

85) Макроскопически инфаркт миокарда отчетливо можно увидеть через:

1. Сутки после его развития
2. 2-3 суток
3. 3-4 суток
4. 4-5 суток

Верно 2

86) Что не является характерным макроскопическим изменением сердца при идиопатическом миокардите:

1. Резко выраженная гипертрофия сердца
2. Повышенная плотность миокарда
3. Тусклая глинистая окраска миокарда на разрезе
4. Дряблость миокарда

Верно 4

87) Типичной локализацией ишемических инфарктов головного мозга при атеросклеротическом поражении мозговых артерий является:

1. Кора больших полушарий мозга
2. Мозжечок
3. Белое вещество больших полушарий, ствол мозга
4. Типичной локализации нет

Верно 3

88) Типичными зонами кровоизлияния в мозг при гипертонической болезни являются:

1. Оболочки мозга
2. Желудочки и подкорковые ядра больших полушарий
3. Мозжечок
4. Типичной локализации нет

Верно 2

89) Для трупов лиц, умерших во время астматического статуса, не характерно наличие:

1. Вязкой прозрачной слизи в просвете бронхов
2. Хронической эмфиземы легких
3. Пневмосклероза
4. Пневмонии

Верно 4

90) Исследуя труп новорожденного, срединный разрез производят от:

1. Подбородка
2. Вырезки грудины
3. Красной каймы губ
4. Щитовидного хряща гортани
5. Мечевидного отростка

Верно 3

91) Исследуя труп младенца, судебно-медицинский эксперт должен ответить на следующие вопросы:

1. Является ли младенец новорожденным
2. Является ли он живорожденным
3. Какова причина смерти
4. Все перечисленное

Верно 4

92) Исследуя труп младенца, судебно-медицинский эксперт должен провести:

1. Ректороманоскопию
2. Пробы на живорожденность
3. Пробу Сунцова
4. Пробу на воздушную эмболию

Верно 2

93) Исследуя труп младенца, судебно-медицинский эксперт должен ответить на следующие вопросы:

1. Какова продолжительность внутриутробной жизни
2. Какова тяжесть вреда здоровью
3. Наличие признаков отравления
4. Наличие инфекционного заболевания
5. Все перечисленное

Верно 1

94) На живорожденность младенца указывают:

1. Расправленность альвеол
2. Хорошо развитый подкожно-жировой слой
3. Наличие ателектазов легких
4. Ничего из перечисленного

Верно 1

<p>95) Продолжительность внеутробной жизни новорожденного можно определить по:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Массе тела 2. Распространению воздуха в желудочно-кишечном тракте 3. Гистологической картине печени 4. Длине тела <p>Верно 2</p>
<p>96) Легочная плавательная проба на живорожденность может быть положительной, если:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Проводилось искусственное дыхание 2. Легкие гнилостно трансформированы 3. Легкие на момент исследования не полностью оттаяли 4. Все перечисленное <p>Верно 4</p>
<p>97) Наиболее часто причиной, ведущей к смерти плода до родов, является:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Разрыв намета мозжечка 2. Отслойка плаценты 3. Асфиксия 4. Черепно-мозговая травма <p>Верно 2</p>
<p>98) По результатам плавательной пробы с желудочно-кишечным тактов младенца можно установить:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Живорожденность и продолжительность внеутробной жизни 2. Зрелость 3. Причину смерти 4. Степень развития желудочно-кишечного тракта <p>Верно 1</p>
<p>99) Техника проведения пробы по Бреслау при исследовании трупов новорожденных:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Выделить желудок с кишечником и опустить их в сосуд с водой 2. До извлечения органов груди и живота желудок перевязать у входа и выхода двумя лигатурами, лигатуры так же наложить на петли кишечника, выделить желудок с кишечником и опустить их в сосуд с водой 3. Выделить органо-комплекс груди и живота, опустить его в сосуд с водой 4. Такой пробы нет <p>Верно 2</p>
<p>100) Судебно-медицинская экспертиза трупов новорожденных не должна решать следующие вопросы:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Был ли младенец новорожденным, доношенным, зрелым 2. Были ли младенец жизнеспособным 3. Имело ли место активное или пассивное детоубийство 4. Продолжительность жизни после рождения 5. Родился ли ребенок живым или мертвым, какова причина его смерти <p>Верно 3</p>

10. Учебная литература и ресурсы сети «Интернет», необходимые для проведения практики

а) основная литература:

1. В.Л. Попов, О.Д. Ягмуров. Руководство к практическим занятиям по судебной медицине. – СПб.: Издательство СПбГМУ, 2015. – 352 с.
2. В.Л. Попов, О.Д. Ягмуров. Нормативные акты по судебно-медицинской экспертизе. – СПб.: Издательство СПбГМУ, 2015. – 352 с.
3. В.Л. Попов. Судебная медицина : избранные лекции / Санкт-Петербург. гос. мед. ун-т им. акад. И.П.Павлова, каф. судебной медицины и правоведения. – СПб.: Изд-во СПбГМУ, 2013. – 303 с.
4. Судебная медицина и судебно-медицинская экспертиза: национальное руководство / под ред. Ю. И. Пиголкина. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 728 с.

б) дополнительная литература:

1. Атлас по судебной медицине / под ред. Ю.И. Пиголкина. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. – 376 с.
2. Ю.И. Пиголкин Судебная медицина. Compendium : учеб. пособие. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011. – 278 с
3. Судебная медицина. Задачи и тестовые задания: учеб. пособие/ под ред. Ю.И. Пиголкина. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2012. – 600 с.
4. Методические указания по судебно-медицинской экспертизе острых отравлений / Санкт-Петербург. гос. мед. ун-т им. акад. И.П.Павлова, каф. судебной медицины и правоведения. – СПб.: Изд-во СПбГМУ, 2011. – 48 с.
5. Методические указания по судебной медицине для интернов и клинических ординаторов/ Санкт-Петербург. гос. мед. ун-т им. акад. И.П.Павлова, каф. судебной медицины и правоведения. – СПб.: Изд-во СПбГМУ, 2012. – 79 с.

в) ресурсы сети «Интернет»

1. "Консультант+" Контракт № 14/785-ЭА15 от 6 февраля 2015
2. ЭБС «Консультант студента» Контракт №509/15 -ДЗ от 03.06.2015 с ООО «Политехресурс»
3. База данных рефератов и цитирования SCOPUS. Контракт № 510/15-ДЗ от 10.06.2015 с ООО "Эко-Вектор"
4. Электронный информационный ресурс ClinicalKey Контракт №161-ЭА15 от 24.04.2015 с ООО "Эко-Вектор"
5. ЭБС «Консультант врача» № договора 921/15 –ДЗ от 01/12/2015 г с ООО Группа компаний ГОЭТАР

11. Информационные технологии, используемые при проведении практики, включая перечень программного обеспечения и информационных справочных систем.

В ГБОУ ВПО ПСПбГМУ им. И.П. Павлова освоение образовательных программ проводится с применением электронного обучения, дистанционных образовательных технологий. Для этого создана и функционирует электронная информационно-образовательная среда (ЭИОС), включающая в себя электронные информационные ресурсы, электронные образовательные ресурсы. ЭИОС обеспечивает освоение обучающимися образовательных программ в полном объеме независимо от места нахождения обучающихся. Есть электронные библиотеки, обеспечивающие доступ к профессиональным базам данных, информационным, справочным и поисковым система, а также иным информационным ресурсам.(Контракт № 510/15-ДЗ от 10/06/2015 с ООО

"Эко-Вектор";Контракт № 509/15-ДЗ от 03/06/2015 с ООО "Политехресурс";Контракт №161-ЭА15 от 24/04/2015 с ООО "Эко-Вектор"). База тестовых заданий и справочных материалов создана в программе academicNT.

12. Материально-техническая база, необходимая для проведения практики

Обеспечивается клиническими базами практики.

Наименование специализированных аудиторий и лабораторий	Перечень оборудования
Государственное бюджетное учреждение здравоохранения г. Санкт-Петербурга «Бюро судебно-медицинской экспертизы». Отдел экспертизы трупов:	
1. Учебная секционная №1 195067, Санкт-Петербург, Екатерининский проспект, дом 10, литер А., этаж 1, пом. 46. Площадью 32,5 кв.м.	Нож ампутационный (б), нож ампутационный (м), пинцет зуболапчатый (б), нож хрящевой реберный, кусачки реберные по Листоку, пила листовая, долото, ножницы анатомические кишечные.
2. Учебная секционная №2, 195067, Санкт-Петербург, Екатерининский проспект, дом 10, литер А., этаж 1, пом. 47. Площадью 32,5 кв. м.	Нож ампутационный (б), нож ампутационный (м), пинцет зуболапчатый (б), нож хрящевой реберный, кусачки реберные по Листоку, пила листовая, долото, ножницы анатомические кишечные.

Разработчик:

Горшков А.Н., к.м.н., доцент

Рецензент:

Ягмуров О.Д., д.м.н., профессор

Эксперт:

Толмачев И.А., д.м.н., профессор, начальник кафедры судебной медицины Военно-медицинской академии им. С.М. Кирова

ПРАКТИКА В СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКОЙ АМБУЛАТОРИИ

1. Общие положения (вид практики, способы и формы проведения, место практики в структуре образовательной программы, объем практики в зачетных единицах и ее продолжительность в неделях либо в академических или астрономических часах)

Практика в судебно-медицинской амбулатории относится к базовой части Блока 2. В процессе практики ординатор участвует в проведении различных видов судебно-медицинских экспертиз живых лиц.

Вид учебной работы	Всего часов / зачетных единиц	Семестр
		2
Сроки проведения практики: 14 недель	756 / 21	756
Вид промежуточной аттестации	зачет	зачет
Общая трудоемкость	часы	756
	зачетные единицы	21
		756
		21

2. Цели и задачи практики

Цель – изучить формы и методы организации судебно-медицинской службы, особенности функционирования различных структурных подразделений судебно-медицинских экспертных учреждений, овладеть методами проведения основных видов судебно-медицинских экспертиз.

Задачи:

Овладеть особенностями применения на практике законодательных актов, регламентирующих проведение судебно-медицинских экспертиз и исследований.

Сформировать практические умения и навыки при проведении различных видов судебно-медицинских экспертиз живых лиц.

3. Планируемые результаты обучения при прохождении, соотнесенные с планируемыми результатами освоения образовательной программы

Выпускник, завершивший прохождение Практики в судебно-медицинской амбулатории, должен обладать следующими универсальными компетенциями:

- готовностью к абстрактному мышлению, анализу, синтезу (УК-1);
- готовностью к управлению коллективом, толерантно воспринимать социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия (УК-2);
- готовностью к участию в педагогической деятельности по программам среднего и высшего медицинского образования или среднего и высшего фармацевтического образования, а также по дополнительным профессиональным программам для лиц, имеющих среднее профессиональное или высшее образование, в порядке, установленном федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим функции по выработке государственной политики и нормативно-правовому регулированию в сфере здравоохранения (УК-3)

Выпускник, завершивший прохождение Практики в судебно-медицинской амбулатории, должен обладать профессиональными компетенциями:

- профилактическая деятельность:
- ✓ готовность к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю

диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания (ПК-1);

✓ готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения за здоровыми и хроническими больными (ПК-2);

✓ готовность к проведению противоэпидемических мероприятий, организации защиты населения в очагах особо опасных инфекций, при ухудшении радиационной обстановки, стихийных бедствиях и иных чрезвычайных ситуациях (ПК-3);

✓ готовность к применению социально-гигиенических методик сбора и медико-статистического анализа информации о показателях здоровья взрослых и подростков (ПК-4);

• **диагностическая деятельность:**

✓ готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем (ПК-5);

✓ готовность к применению лабораторных методов исследований и интерпретации их результатов (ПК-6);

• **организационно-управленческая деятельность:**

✓ готовность к применению основных принципов организации и управления в сфере охраны здоровья граждан, в медицинских организациях и их структурных подразделениях (ПК-8);

✓ готовность к участию в оценке качества оказания медицинской помощи с использованием основных медико-статистических показателей (ПК-9);

✓ готовность к организации медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе медицинской эвакуации (ПК-10).

4. Базы практики

Практика проводится на базе организаций (предприятий) различных организационно-правовых форм хозяйствования и форм собственности (клинические базы)

5. Содержание практики

№	Виды профессиональной деятельности (ординатора)	Место работы	Продолжительность циклов	Формируемые профессиональные компетенции
<i>Первый год обучения (семестр №2)</i>				

№	Виды профессиональной деятельности (ординатора)	Место работы	Продолжительность циклов	Формируемые профессиональные компетенции
1.	Судебно-медицинское освидетельствование потерпевших, обвиняемых и др. лиц.	Отдел экспертизы потерпевших, обвиняемых и др. лиц СПб ГБУЗ «БСМЭ»	756 21 ЗЕ	ПК-1 ПК-2 ПК-3 ПК-4 ПК-5 ПК-6 ПК-8 ПК-9 ПК-10 УК-1 УК-2 УК-3

План работы:

1. Анализ случаев по профильным разделам под руководством сотрудников кафедры.
2. Работа в отделе экспертизы потерпевших, обвиняемых и др. лиц Санкт-Петербургского Бюро судебно-медицинской экспертизы (являющегося базой кафедры) в качестве ассистента судебно-медицинского эксперта.
3. Изучение литературы по соответствующим разделам и обсуждение неясных вопросов с куратором.
4. Ассистенция и выполнение освидетельствований под руководством сотрудников Бюро.
5. Ведение медицинской документации.

Учебная работа:

- Посещение конференций, организованных кафедрой.
- Практическая работа ординаторов. Основная задача практики - получение будущими врачами глубоких практических знаний и навыков по специальности в условиях будущей работы. Особенно это важно для будущих врачей общей практики.

Во время прохождения практики врач-ординатор овладевает:

ЗНАНИЯМИ:

- ✓ Поводы для назначения экспертизы живых лиц.
- ✓ Методику проведения освидетельствования при определении тяжести вреда здоровью.
- ✓ Структуру «Заключения эксперта» и «Акта судебно-медицинского освидетельствования», их отличие друг от друга, содержание выводов и заключения.
- ✓ Правила судебно-медицинской экспертизы тяжести вреда здоровью.
- ✓ Квалифицирующие признаки тяжести вреда здоровью.
- ✓ Определение понятий аггравация, симуляция, искусственные болезни и самоповреждения.
- ✓ Поводы и методику проведения экспертизы возраста.
- ✓ Поводы и методику проведения экспертизы идентификации личности.
- ✓ Поводы для назначения и проведение экспертизы беременности и бывших родов.
- ✓ Особенности экспертизы субъектов в случаях изнасилования.
- ✓ Особенности экспертизы субъектов в случаях развратных действий.

УМЕНИЯМИ:

- ✓ Описать наличие телесных повреждений у потерпевших.
- ✓ Устанавливать степень тяжести вреда здоровью при различных внешних воздействиях.
- ✓ Устанавливать степень тяжести вреда здоровью по исходам и последствиям.
- ✓ Провести экспертизу при определении тяжести вреда здоровью в случаях прерывания беременности, психического расстройства, неизгладимого обезображивания лица, заболевания наркоманией или токсикоманией.
- ✓ Определить возраст.
- ✓ Провести судебно-медицинское освидетельствование живого лица в случаях половых преступлений и спорных половых состояний.
- ✓ Выявлять признаки беременности и бывших родов.

НАВЫКАМИ:

- ✓ Составлением предварительного плана освидетельствования.
- ✓ Провести освидетельствование живого лица.
- ✓ Методами судебно-медицинского освидетельствования живого лица в случаях половых преступлений и спорных половых состояний.
- ✓ Анализом полученных результатов дополнительного исследования, составлением экспертных выводов к «Заключению эксперта» или «Акту судебно-медицинского освидетельствования».
- ✓ На основе проведенного освидетельствования оформить соответствующий документ: «Заключение эксперта» или «Акт судебно-медицинского освидетельствования».

6. Обязанности руководителя практики от Университета:

- ✓ Устанавливает связь с руководителем практики от организации
- ✓ Согласовывает с обучающимися индивидуальный календарно-тематический план прохождения практики;
- ✓ Осуществляет контроль за соблюдением срока практики и ее содержанием;
- ✓ Оказывает методическую помощь обучающимся при выполнении ими индивидуальных заданий;
- ✓ Оценивает результаты выполнения обучающимися программы практики.

7. Обязанности обучающихся на практике:

- ✓ явиться на место практики в установленный приказом срок;
- ✓ выполнять индивидуальный календарно-тематический план, в установленном объеме и сроки;
- ✓ соблюдать все указания руководителей практики по качественной проработке разделов плана;
- ✓ оперативно оформлять всю документацию по написанию отчета о практике;
- ✓ в течение практики вести учет ее прохождения и делать систематические записи в дневнике;
- ✓ соблюдать правила внутреннего трудового распорядка организации (предприятия);
- ✓ строго соблюдать правила охраны труда и техники безопасности;
- ✓ представить руководителю от университета письменный отчет о прохождении практики и дневник, подписанный руководителем практики

8. Методические требования к порядку прохождения и формам, содержанию отчета по итогам прохождения практики.

Методические требования к порядку прохождения практики представлены в дневнике учета работы врача-ординатора, и заполняются ординатором. Формы в дневнике представлены ниже:

I (II, III, IV) квартал каждого года обучения

_____ 20__ г.

(месяц)

Раздел индивидуального плана _____

отдел

№ пп	Освидетельствования потерпевших (диагнозы и степень вреда, причиненного здоровью)	Число потерпевших за каждый месяц				Подпись заведующего отделением
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						

№ пп	Самостоятельно выполненные освидетельствования	Число потерпевших за каждый месяц				Подпись заведующего отделением
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						

10						
----	--	--	--	--	--	--

№ пп	Ассистирование на освидетельствованиях	Число потерпевших за каждый месяц				Подпись заведующего отделением
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						

Изученная медицинская литература:

Количество итоговых собеседований и их итоги

10. Фонд оценочных средств для проведения промежуточной аттестации обучающихся по практике.

10.1. Практические задачи

Задача № 1	<p>Гр-ка С., 54 лет. Накануне вечером в кухне в бытовой ссоре соседка нанесла удары кулаками.</p> <p>Данные освидетельствования: в области правой скуловой дуги темно-синий округлый кровоподтек диаметром 3 см. Верхняя губа припухшая, на ее слизистой в центре овальный темно-красный кровоподтек, 4х2 см, и линейно-извитая поверхностная рана длиной 0,9 см, с гладкими белесоватыми краями и чистым белесоватым дном.</p> <p>ЗАДАНИЕ: ОПРЕДЕЛИТЕ СТЕПЕНЬ ВРЕДА, ПРИЧИНЕННОГО ЗДОРОВЬЮ ЧЕЛОВЕКА</p> <p>ТИПОВОЙ ОТВЕТ: Данные повреждения вреда здоровью не причиняю и экспертной оценке не</p>
-------------------	---

	<p>подлежат (пункт 9 общего раздела Медицинских критериев определения степени тяжести вреда, причиненного здоровью человека утвержденных приказом МЗиСР РФ № 194н от 24.04.2008 г.).</p>
Задача № 2	<p>Гр-н И., 44 года. 3 января 20... года во дворе дома подросток бросил куском льда в лицо гр-ну И.</p> <p>Данные освидетельствования 8 января 20... г. В центре лба на 4 см выше переносицы овальная ссадина, 3х2 см, покрытая плотной темно-бурой корочкой, слегка отслаивающейся по периферии. На верхних веках обоих глаз распространенные багрово-синие кровоподтеки с желтоватым оттенком в верхней части.</p> <p>ЗАДАНИЕ: ОПРЕДЕЛИТЕ СТЕПЕНЬ ВРЕДА, ПРИЧИНЕННОГО ЗДОРОВЬЮ ЧЕЛОВЕКА</p> <p>ТИПОВОЙ ОТВЕТ:</p> <p>Данные повреждения вреда здоровью не причиняют и экспертной оценке не подлежат (пункт 9 общего раздела Медицинских критериев определения степени тяжести вреда, причиненного здоровью человека утвержденных приказом МЗиСР РФ № 194н от 24.04.2008 г.).</p>
Задача № 3	<p>Гр-н 42 лет. 15 мая 20... во дворе пьяный сосед ударил палкой по голове.</p> <p>Данные освидетельствования 17 мая: В волосистой части головы в области вершины правого теменного бугра линейная рана мягких тканей длиной 3,5 см, с воспаленными, синюшно-красного цвета краями, скудным гнойным желтовато-серым отделяемым. В окружности раны на участке 6х5 см припухлость мягких тканей.</p> <p>Предложено обратиться к хирургу в поликлинику, назначено переосвидетельствование.</p> <p>Переосвидетельствование 23 мая. Волосы в окружности раны коротко выстрижены, припухлости мягких тканей нет. Края раны очистились, слегка утолщены, красного цвета, с небольшим серозным отделяемым.</p> <p>Переосвидетельствование 26 мая. Рана чистая, края ее соприкасаются, покрыты плотной темно-красной, частично отслаивающейся корочкой.</p> <p>ЗАДАНИЕ: ОПРЕДЕЛИТЕ СТЕПЕНЬ ВРЕДА, ПРИЧИНЕННОГО ЗДОРОВЬЮ ЧЕЛОВЕКА</p> <p>ТИПОВОЙ ОТВЕТ:</p> <p>Данное повреждение вреда здоровью не причиняет и экспертной оценке не подлежит (пункт 9 общего раздела Медицинских критериев определения степени тяжести вреда, причиненного здоровью человека утвержденных приказом МЗиСР РФ № 194н от 24.04.2008 г.)</p>
Задача № 4	<p>Гр-ка П., 12 лет. 2 сентября 20... г. В классе ученик ударил портфелем по лицу.</p> <p>Данные освидетельствования 2 сентября 20... г. Спинка носа припухшая, на ней багрово-синюшный кровоподтек размерами 5х4 см. 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.</p> <p>Переосвидетельствование 22 сентября 20... г. Нос не деформирован, кровоподтек бледно-желтого цвета. Жалобы на небольшую болезненность при ощупывании спинки носа.</p> <p>ЗАДАНИЕ: ОПРЕДЕЛИТЕ СТЕПЕНЬ ВРЕДА, ПРИЧИНЕННОГО ЗДОРОВЬЮ ЧЕЛОВЕКА</p>

	<p>ТИПОВОЙ ОТВЕТ:</p> <p>Вышеуказанное повреждение по свойства своим относится к разряду легкого вреда, причиненного здоровью человека, по признаку кратковременного расстройства здоровья на срок не более 21 дня (пункт 8.1 общего раздела Медицинских критериев определения степени тяжести вреда, причиненного здоровью человека утвержденных приказом МЗиСР РФ № 194н от 24.04.2008 г.).</p>
Задача № 5	<p>Гр-ка П., 23 лет. 7 октября 20... на улице при попытке ограбления незнакомый мужчина ударил ножом в спину. Самостоятельно дошла до больницы, была госпитализирована.</p> <p>Из истории болезни известно, что гр-ка П. при поступлении предъявляла жалобы на боли в поясничной области слева. Общее состояние удовлетворительное. На спине слева на уровне 2-го поясничного позвонка в 8 см от средней линии спины расположена рана линейной формы, 1,5x0,2 см, большим размером в направлении цифр 12 и 6 циферблата часов. Края раны ровные, гладкие, стенки раны отвесные. Верхний конец раны острый, нижний закруглен. Из раны умеренное кровотечение. Под местным обезболиванием произведено исследование раневого канала, для чего рана увеличена до 10 см. Обнаружено, что раневой канал в мышцах спины проникает до околопочечной клетчатки и здесь слепо заканчивается. Почка не повреждена. Рана зашита наглухо. В течение последующих семи дней общее состояние оставалось удовлетворительным. Функция почек по клиническим данным и результатам лабораторного исследования мочи не нарушена. Жалобы на болезненность в поясничной области слева при наклонах туловища и ощупывании мышц в области раны. Рана заживает первичным натяжением. 13 октября 20... сняты швы и гр-ка И. выписана на амбулаторное лечение с освобождением от работы на 10 дней.</p> <p>ЗАДАНИЕ: ОПРЕДЕЛИТЕ СТЕПЕНЬ ВРЕДА, ПРИЧИНЕННОГО ЗДОРОВЬЮ ЧЕЛОВЕКА</p> <p>ТИПОВОЙ ОТВЕТ:</p> <p>Вышеуказанное повреждение по свойства своим относится к разряду легкого вреда, причиненного здоровью человека, по признаку кратковременного расстройства здоровья на срок не более 21 дня (пункт 8.1 общего раздела Медицинских критериев определения степени тяжести вреда, причиненного здоровью человека утвержденных приказом МЗиСР РФ № 194н от 24.04.2008 г.).</p>
Задача № 6	<p>Гр-ка У., 53 года. 9 июня 20... г. В трамвае пьяный мужчина ткнул кулаком в грудь.</p> <p>Данные освидетельствования 9 июня 20... г. На груди спереди справа по среднеключичной линии на уровне VI-VIII ребер овальный багрово-синюшный кровоподтек, 8x7 см. При ощупывании VI и VII ребер справа жалобы на локальную болезненность в области кровоподтека.</p> <p>На рентгенограммах грудной клетки от 10 июня 20... определяется поперечный перелом с небольшим смещением отломков VI и VII ребер справа по среднеключичной линии.</p> <p>ЗАДАНИЕ: ОПРЕДЕЛИТЕ СТЕПЕНЬ ВРЕДА, ПРИЧИНЕННОГО ЗДОРОВЬЮ ЧЕЛОВЕКА</p> <p>ТИПОВОЙ ОТВЕТ:</p> <p>Данное повреждение по свойствам своим относится к разряду среднего</p>

	<p>вреда, причиненного здоровью человека, так как требует для своего заживления срок свыше 21 дня (пункт 7.1 общего раздела Медицинских критериев определения степени тяжести вреда, причиненного здоровью человека утвержденных приказом МЗиСР РФ № 194н от 24.04.2008 г.).</p>
Задача № 7	<p>Гр-ка З., 40 лет. 12 октября 20... г. дома в семейной ссоре пьяный муж ударил молотком. Почувствовав резкую боль в области правой ключицы, обратилась в травмпункт.</p> <p>В справке из травмпункта указано, что 12 октября 20... г. при осмотре З. обнаружен закрытый перелом правой ключицы в средней трети, произведена фиксация отломков с помощью колец.</p> <p>Данные освидетельствования 14 октября 20... г. В области средней трети правой ключицы – припухлость мягких тканей и багрово-синий кровоподтек, 9x5 см. На рентгенограмме от 14 октября обнаружен косопоперечный перелом правой ключицы с правильным стоянием отломков.</p> <p>ЗАДАНИЕ: ОПРЕДЕЛИТЕ СТЕПЕНЬ ВРЕДА, ПРИЧИНЕННОГО ЗДОРОВЬЮ ЧЕЛОВЕКА</p> <p>ТИПОВОЙ ОТВЕТ:</p> <p>Данное повреждение по свойствам своим относится к разряду среднего вреда, причиненного здоровью человека, так как требует для своего заживления срок свыше 21 дня (пункт 7.1 общего раздела Медицинских критериев определения степени тяжести вреда, причиненного здоровью человека утвержденных приказом МЗиСР РФ № 194н от 24.04.2008 г.).</p>
Задача № 8	<p>Гр-н В., 33 лет. 4 ноября 20... в поезде в процессе ссоры незнакомый человек укусил за палец правой кисти. В тот же день обратился в травмпункт, после чего лечился домашними средствами.</p> <p>Из справки травмпункта известно, что 4 ноября 20... у гр-на В. при осмотре обнаружена укушенная кожная рана в области средней и основной фаланг 5-го пальца правой кисти. Была произведена обработка раны и наложена асептическая повязка. 10 декабря 20... обратился к хирургу поликлиники и был направлен на стационарное лечение в больницу №3.</p> <p>В истории болезни больницы №3 указано, что гр-н В. поступил 10 декабря 20... по поводу остеомиелита средней и основной фаланг 5 пальца правой кисти. При поступлении – палец отечный, на внутренней и наружной поверхностях 5 пальца кожные раны с неровными, отечными краями, обильным гнойным отделяемым. На рентгенограмме правой кисти установлен остеомиелит средней и основной фаланг 5 пальца. 12 декабря произведена ампутация пальца в пястно-фаланговом суставе. Послеоперационный период без осложнений.</p> <p>Данные освидетельствования 20 декабря. 5 палец правой кисти отсутствует. В области головки 5 пястной кости – рубец розово-красного цвета, 4,2x0,6 см, плотный, неподвижный, безболезненный при ощупывании.</p> <p>ЗАДАНИЕ: ОПРЕДЕЛИТЕ СТЕПЕНЬ ВРЕДА, ПРИЧИНЕННОГО ЗДОРОВЬЮ ЧЕЛОВЕКА</p> <p>ТИПОВОЙ ОТВЕТ:</p> <p>Данное повреждение вреда здоровью не причиняет и экспертной оценке не подлежит (пункт 9 общего раздела Медицинских критериев определения степени тяжести вреда, причиненного здоровью человека утвержденных приказом МЗиСР РФ № 194н от 24.04.2008 г.).</p>
Задача № 9	<p>Гр-н И., 20 лет. 12 мая 20... во время уличной драки ударили по правой ноге металлической трубой. Доставлен машиной скорой помощи в больницу. Из истории</p>

	<p>болезни известно, что гр-н И. при поступлении жаловался на боли в правой голени. Состояние удовлетворительное. Пульс 84 в 1 минуту. Артериальное давление 130/86 мм.рт.ст. На наружной поверхности правой голени в средней трети рана 2x1,5 см, с неровными краями, из раны выстоит костный фрагмент. Двигательных и чувствительных нарушений нет. На рентгенограмме правой голени определяется поперечный перелом большеберцовой кости в средней трети со смещением отломков на диаметр кости. Под наркозом произведена первичная хирургическая обработка раны правой голени, открытая репозиция перелома большеберцовой кости. В последующем в течение 1 месяца осуществлялась иммобилизация гипсовой повязкой. Трудоспособность восстановлена через 1,5 месяца.</p> <p>Клинический диагноз: открытый перелом правой большеберцовой кости со смещением отломков.</p> <p>ЗАДАНИЕ: ОПРЕДЕЛИТЕ СТЕПЕНЬ ВРЕДА, ПРИЧИНЕННОГО ЗДОРОВЬЮ ЧЕЛОВЕКА</p> <p>ТИПОВОЙ ОТВЕТ:</p> <p>Данное повреждение по свойствам своим относится к разряду тяжкого вреда, причиненного здоровью человека, по признаку значительной стойкой утраты общей трудоспособности не менее чем на одну треть (пункт 6.11 общего раздела Медицинских критериев определения степени тяжести вреда, причиненного здоровью человека утвержденных приказом МЗиСР РФ № 194н от 24.04.2008 г.).</p>
<p>Задача № 10</p>	<p>Гр-н Б., 37 лет. 23 июня получил ранение ножом в грудь, через 30 минут доставлен в больницу. В истории болезни указано: гр-на Б. доставили в операционный корпус в очень тяжелом состоянии: резко бледен, губы с синюшным оттенком, пульс 120 в 1 минуту, слабого наполнения, аритмичный, тоны сердца приглушены. Артериальное давление 70/50 мм.рт.ст. Дыхание 26 в минуту. Справа дыхание не прослушивается, перкуторно – сплошная тупость. На груди справа в третьем межреберье у края грудины имеется рана размеров 2x0,5 см.</p> <p>Под общим эфирно-кислородным наркозом вскрыта плевральная полость по третьему межреберью. Обнаружено пересечение IV ребра справа. В правой плевральной полости 700 мл крови и кровяных свертков. Внутренняя грудная артерия пересечена, из центрального конца вытекает струйкой кровь. Произведена перевязка обоих концов артерии с прошиванием их, из плевральной полости удалена кровь. Плевральная полость послойно ушита наглухо.</p> <p>Послеоперационный период протекал без осложнений, общее состояние постепенно улучшалось и через 35 дней Б. выписан из больницы с освобождением от работы на 15 дней.</p> <p>Клинический диагноз: проникающее ножевое ранение грудной клетки с повреждением правой внутренней грудной артерии. Гемоторакс.</p> <p>ЗАДАНИЕ: ОПРЕДЕЛИТЕ СТЕПЕНЬ ВРЕДА, ПРИЧИНЕННОГО ЗДОРОВЬЮ ЧЕЛОВЕКА</p> <p>ТИПОВОЙ ОТВЕТ:</p> <p>Данное повреждение по свойствам своим относится к разряду тяжкого вреда, причиненного здоровью человека, по признаку опасности для жизни в момент причинения (пункт 6.1 общего раздела Медицинских критериев</p>

	определения степени тяжести вреда, причиненного здоровью человека утвержденным приказом МЗиСР РФ № 194н от 24.04.2008 г.).
Задача № 11	<p>Гр-н П., 60 лет. 17 мая был избит пьяным соседом. Через 1 сутки самостоятельно обратился за помощью в поликлинику, откуда направлен на стационарное лечение в травматологическое отделение. Из истории болезни известно: жалобы при поступлении на боль в правой половине груди, кашель с мокротой, окрашенной кровью. Состояние средней тяжести. Пульс 88 в 1 минуту, ритмичный. Артериальное давление 140,90 мм.рт.ст., частота дыхания 26 в 1 минуту. На груди в подмышечной области определяется подкожная эмфизема (площадью с ладонь). Там же определяется костная крепитация в области IV ребра по среднечлвчичной линии. На рентгенограмме груди – гемо- и пневмоторакса нет; определяется перелом IV ребра (без значительного смещения отломков); в мягких тканях груди небольшое количество газа. Сделана блокада места перелома ребра 1% раствором новокаина, 20 мл. В дальнейшем проводилось консервативное лечение. Лечение: анальгетики, отхаркивающая микстура. Через 2 недели на контрольной рентгенограмме груди патологии не обнаружено. Выписан. Трудоспособность восстановилась через 1 месяц после травмы.</p> <p>Клинический диагноз: закрытый перелом IV ребра справа с повреждением легкого.</p> <p>ЗАДАНИЕ: ОПРЕДЕЛИТЕ СТЕПЕНЬ ВРЕДА, ПРИЧИНЕННОГО ЗДОРОВЬЮ ЧЕЛОВЕКА</p> <p>ТИПОВОЙ ОТВЕТ:</p> <p>Данное повреждение по свойствам своим относится к разряду тяжкого вреда, причиненного здоровью человека, по признаку опасности для жизни в момент причинения (пункт 6.1 общего раздела Медицинских критериев определения степени тяжести вреда, причиненного здоровью человека утвержденным приказом МЗиСР РФ № 194н от 24.04.2008 г.).</p>
Задача № 12	<p>Гр-н С., 31 год. 17 июня в драке получил удар по шее разбитой бутылкой. Упал, машиной скорой помощи доставлен в больницу. Данные истории болезни хирургического отделения: доставлен в удовлетворительном состоянии, кожа и слизистые бледные, артериальное давление 100/60 мм.рт.ст. На боковой поверхности нижней части шеи слева зияющая резаная рана в виде дуги длиной 5,5 см, с ровными краями, острыми концами. При ревизии раны установлено, что она глубиной до 1 см, проникает в глубокие слои мышц шеи. В ее верхней стенке у переднего конца – поврежденная наружная яремная вена. Повреждение лоскутообразной формы, 0,6x0,4 см. Из него струей вытекает темная жидкая кровь. Стенка вены ушита, укутана в фасциальный футляр. На мышцу и кожу наложены швы. Заживление раны протекало без осложнений. 28 июня выписан на амбулаторное лечение с освобождением от работы на 5 дней.</p> <p>Клинический диагноз: резаная рана шеи с повреждением левой яремной вены.</p> <p>ЗАДАНИЕ: ОПРЕДЕЛИТЕ СТЕПЕНЬ ВРЕДА, ПРИЧИНЕННОГО ЗДОРОВЬЮ ЧЕЛОВЕКА</p> <p>ТИПОВОЙ ОТВЕТ:</p> <p>Данное повреждение по свойствам своим относится к разряду тяжкого вреда, причиненного здоровью человека, по признаку опасности для жизни в момент причинения (пункт 6.1 общего раздела Медицинских критериев</p>

	определения степени тяжести вреда, причиненного здоровью человека утвержденными приказом МЗиСР РФ № 194н от 24.04.2008 г.).
Задача № 13	<p>Гр-н П. 43 года. 21 декабря на улице был избит неизвестными. Ударил толстой палкой по голове. Упал, потерял сознание. Доставлен в больницу машиной скорой помощи. В машине два раза была рвота.</p> <p>Данные истории болезни: при поступлении в отделение находится в тяжелом состоянии, лежит с закрытыми глазами, губы синюшные, на оклики не отвечает, на болевые раздражители не реагирует. Дыхание затрудненное, аритмичное, глубокое. Пульс 62 в минуту, слабого наполнения, аритмичный. Артериальное давление 80/50 мм.рт.ст. Сознание появилось спустя 34 часа, назвал имя, фамилию, но ориентировка во времени и месте отсутствовала. При осмотре неврологом: вялая реакция зрачков на свет, вялость, неравномерность глазных яблок (правое отведено кнутри). Тонус мышц конечностей снижен, сухожильные и надкостные рефлексы угнетены, больше справа, коленные и ахилловы почти не вызываются, подошвенные отсутствуют. Правая носогубная складка сглажена. Двусторонний непостоянный симптом Бабинского. Спутанное сознание держалось в течение 2 суток. В течение последующих 2 недель сохранялись вялость, заторможенность.</p> <p>Клинический диагноз: ушиб головного мозга тяжелой степени.</p> <p>16 января выписан на амбулаторное лечение в удовлетворительном состоянии.</p> <p>ЗАДАНИЕ: ОПРЕДЕЛИТЕ СТЕПЕНЬ ВРЕДА, ПРИЧИНЕННОГО ЗДОРОВЬЮ ЧЕЛОВЕКА</p> <p>ТИПОВОЙ ОТВЕТ:</p> <p>Данное повреждение по свойствам своим относится к разряду тяжкого вреда, причиненного здоровью человека, по признаку опасности для жизни в момент причинения (пункт 6.1 общего раздела Медицинских критериев определения степени тяжести вреда, причиненного здоровью человека утвержденными приказом МЗиСР РФ № 194н от 24.04.2008 г.).</p>
Задача № 14	<p>Гр-н К., 45 лет. 31 октября на улице во время ссоры был нанесен удар колом по голове. В тот же день доставлен в больницу, где находился 17 дней. Из истории болезни известно, что гр-н К. поступил 31 октября около 32 часов с жалобами на головную боль, головокружение, тошноту. В лобной области слева кожная ушибленная рана, идущая сверху вниз слева направо, размерами 6х1,2 см, с неровными кровоподтечными краями, тупыми концами. Рана незначительно кровоточит. При ревизии раны установлено, что она доходит до апоневроза.</p> <p>При рентгенографии костей черепа от 1 ноября трещина лобной кости слева, идущая через лобный бугор, заканчивающаяся у венечного шва. Консультирован неврологом: отмечен тремор рук, пошатывание в позу Ромберга. Изменений со стороны черепно-мозговых нервов не обнаружено. Клинический диагноз: открытый перелом лобной кости. Сотрясение головного мозга.</p> <p>К 13 ноября жалоб не предъявляет. Выписан в удовлетворительном состоянии.</p> <p>Данные освидетельствования 20 ноября. Жалоб не предъявляет. В лобной</p>

	<p>области слева на 8 см кверху от средней части брови розовато-красный рубец 5,7x0,8 см, идущий слева направо сверху вниз, плотный, неподвижный, слегка болезненный при ощупывании.</p> <p>ЗАДАНИЕ: ОПРЕДЕЛИТЕ СТЕПЕНЬ ВРЕДА, ПРИЧИНЕННОГО ЗДОРОВЬЮ ЧЕЛОВЕКА.</p> <p>ТИПОВОЙ ОТВЕТ:</p> <p>Данное повреждение по свойствам своим относится к разряду тяжкого вреда, причиненного здоровью человека, по признаку опасности для жизни в момент причинения (пункт 6.1 общего раздела Медицинских критериев определения степени тяжести вреда, причиненного здоровью человека утвержденных приказом МЗиСР РФ № 194н от 24.04.2008 г.).</p>
<p>Задача № 15</p>	<p>Гр-н З., 34 лет. 23 октября в ссоре пьяный знакомый откусил кончик носа. Обратился в травмпункт. Наложены давящая и пращевидная повязки.</p> <p>Данные освидетельствования 29 октября: дефект мягких частей спинки т кончика носа, неправильно треугольной формы с неровными крупно-фестончатыми краями, размерами 2,5x3,2 см, в верхнем углу дефекта на 0,2 см выступает хрящевая часть спинки носа. Края раневой поверхности припухшие, несколько отечны, красновато-синюшного цвета, такая же и слизистая оболочка перегородки носовых ходов. Грануляция вялая, слабо кровоточащая. Переосвидетельствование 12 ноября. Кончик носа отсутствует. Края дефекта неровные, рубцово-деформированные, втянутые, синюшно-розоватые. Носовое дыхание не нарушено.</p> <p>ЗАДАНИЕ: ОПРЕДЕЛИТЕ СТЕПЕНЬ ВРЕДА, ПРИЧИНЕННОГО ЗДОРОВЬЮ ЧЕЛОВЕКА</p> <p>ТИПОВОЙ ОТВЕТ:</p> <p>Данное повреждение по свойствам своим может относиться к разряду тяжкого вреда, причиненного здоровью человека, по неизгладимости обезображивания лица (пункт 6.10 общего раздела Медицинских критериев определения степени тяжести вреда, причиненного здоровью человека утвержденных приказом МЗиСР РФ № 194н от 24.04.2008 г.).</p> <p>Степень тяжести вреда, причиненного здоровью человека, выразившегося в неизгладимом обезображивании его лица, определяется судом.</p> <p>Производство судебно-медицинской экспертизы ограничивается лишь установлением неизгладимости данного повреждения, а также его медицинских последствий в соответствии с Медицинскими критериями.</p>
<p>Задача № 16</p>	<p>Гр-н Л., 21 год. 30 марта во время уличной драки получил удар ножом по левому предплечью. Доставлен в больницу через 3 часа 30 минут машиной скорой помощи. Из истории болезни известно: состояние больного при госпитализации тяжелое. Кожные покровы и слизистые бледные. Сознание ясное. Пульс 110 в 1 минуту. Артериальное давление 80,50 мм.рт.ст. Левое предплечье перетянута импровизированным жгутом (галстук). Рукав пиджака и брюки пропитаны кровью. На передней поверхности левого предплечья в нижней трети поперечно расположенная рана линейной формы, с ровными краями, 5x1 см. В ране сгусток крови. При попытке встать в приемном покое – побледнел, покрылся холодным потом и упал на кушетку. Пульс стал нитевидным. Срочно сделан анализ крови: количество эритроцитов – $2,9 \times 10^9$, гемоглобин – 85 г/л, гематокрит – 0,22.</p> <p>Срочно взят в операционную. Введено внутривенно капельно 500 мл полиглюкина, 400 мл крови, 1000 мл раствора электролитов. Одновременно</p>

	<p>произведена первичная хирургическая обработка раны предплечья – обнаружено повреждение лучевой артерии, которая перевязана. Послеоперационный период без осложнений. Трудоспособность восстановлена через 4 недели. Клинический диагноз: ножевое ранение левого предплечья с повреждением лучевой артерии, острая массивная кровопотеря (до 2000 мл).</p> <p>ЗАДАНИЕ: ОПРЕДЕЛИТЕ СТЕПЕНЬ ВРЕДА, ПРИЧИНЕННОГО ЗДОРОВЬЮ ЧЕЛОВЕКА</p> <p>ТИПОВОЙ ОТВЕТ:</p> <p>Данное повреждение по свойствам своим относится к разряду тяжкого вреда, причиненного здоровью человека, по признаку развития угрожающего жизни состояния (пункт 6.2 общего раздела Медицинских критериев определения степени тяжести вреда, причиненного здоровью человека утвержденных приказом МЗиСР РФ № 194н от 24.04.2008 г.)</p>
--	--

10.2. Тестовые задания

	<p>1. Судебно-медицинская экспертиза потерпевших, обвиняемых проводится на основании</p> <p>а) распоряжения начальника бюро б) постановления органов следствия в) предложения комитета по здравоохранению г) определения суда</p> <p>Верно: б), г)</p>
	<p>2 При судебно-медицинской экспертизе устанавливают возраст</p> <p>а) биологический б) анатомический в) социальный г) психологический</p> <p>Верно: а)</p>
	<p>3 При производстве судебно-медицинской экспертизы потерпевших, обвиняемых по определению тяжести вреда здоровью эксперт руководствуется:</p> <p>а) УК РФ б) УПК РФ в) ГК РФ г) Медицинскими критериями определения степени тяжести вреда, причиненного здоровью человека</p> <p>Верно: а), б), г)</p>
	<p>4 При судебно-медицинском освидетельствовании судебно-медицинский эксперт должен</p> <p>а) выявить и описать повреждения б) установить характер, локализацию и свойства повреждений в) определить групповые признаки травмированного предмета г) определить тяжесть причиненного вреда здоровью</p> <p>Верно: а), б), г)</p>
	<p>5 Если не предоставлены необходимые медицинские документы при проведении экспертизы потерпевшего по поводу определения тяжести вреда здоровью эксперт может</p> <p>а) попросить потерпевшего принести имеющиеся у него документы б) заявить ходатайство следователю о предоставлении соответствующих документов в) изъять и приобщить к заключению эксперта имеющиеся на руках потерпевшего документы</p>

<p>Верно: б)</p> <p>6 Можно ли проводить экспертизу по поводу определения тяжести вреда здоровью только по медицинским документам без обследования потерпевшего</p> <p>а) нельзя б) можно в) допускается в исключительных случаях</p> <p>Верно: в)</p>
<p>7 При судебно-медицинской экспертизе потерпевшего судебно-медицинский эксперт составляет</p> <p>а) акт судебно-медицинской экспертизы б) акт судебно-медицинского освидетельствования в) заключение эксперта</p> <p>Верно: в)</p>
<p>8 При судебно-медицинском освидетельствовании составляется</p> <p>а) заключение эксперта б) акт осмотра освидетельствуемого в) акт судебно-медицинского освидетельствования г) протокол осмотра потерпевшего</p> <p>Верно: в)</p>
<p>9 Квалифицирующими признаками тяжкого вреда здоровью являются</p> <p>а) опасный для жизни вред здоровью б) психическое расстройство, заболевание наркоманией, токсикоманией в) длительное расстройство здоровья</p> <p>Верно: а), б)</p>
<p>10 Квалифицирующими признаками тяжкого вреда здоровью являются</p> <p>а) потеря зрения, речи, слуха б) потеря органа либо утрата органом функции в) неизгладимое обезображение лица г) прерывание беременности д) значительная стойкая утрата трудоспособности (от 10 до 30%)</p> <p>Верно: а), б), в), г)</p>
<p>11 Квалифицирующими признаками вреда здоровью средней тяжести являются</p> <p>а) прерывание беременности на ранних сроках б) длительное (свыше 21 дня) расстройство здоровья в) значительная стойкая утрата общей трудоспособности (от 10 до 30%) г) потеря органа либо утрата органом функции</p> <p>Верно: б), в)</p>
<p>12 Квалифицирующими признаками легкого вреда здоровью являются</p> <p>а) отсутствие кратковременного расстройства здоровья б) незначительная стойкая утрата общей трудоспособности (5%) в) кратковременное расстройство здоровья (не свыше 21 дня) г) отсутствие незначительной стойкой утраты общей трудоспособности</p> <p>Верно: б), в)</p>
<p>13 К опасным для жизни повреждениям относятся</p> <p>а) проникающие ранения черепа б) ушиб головного мозга средней тяжести при наличии симптомов повреждения стволовых отделов в) открытые переломы костей лицевого скелета г) закрытые переломы костей свода и основания черепа</p> <p>Верно: а), б), г)</p>
<p>14 К опасным для жизни повреждениям относятся</p> <p>а) проникающие ранения позвоночника без повреждения спинного мозга</p>

<p>б) открытые переломы костей предплечья в) закрытые переломы длинных трубчатых костей г) открытые переломы тазобедренного и коленного суставов Верно: а), г)</p>
<p>15 К опасным для жизни повреждениям относятся а) разрывы внутренних органов грудной и брюшной полости, полости таза или забрюшинного пространства б) повреждения крупных кровеносных сосудов в) термические ожоги 3-4 степени с площадью поражения 10% г) вывихи (подвывихи) шейных позвонков Верно: а), б), г)</p>
<p>16 При наличии повреждения, являющегося опасным для жизни, предотвращение смертельного исхода в результате оказания медицинской помощи а) не изменяет оценку тяжести вреда здоровью, как опасного для жизни б) позволяет оценить вред здоровью по длительности расстройства здоровья в) исключает опасность для жизни и вред здоровью оценивается по любому другому имеющемуся признаку Верно: а)</p>
<p>17 Под значительной стойкой утратой общей трудоспособности понимается утрата трудоспособности а) свыше 30% б) от 10 до 30% в) менее 10% Верно: а)</p>
<p>18 Под длительным расстройством здоровья понимают временную утрату трудоспособности а) от 10 до 30% б) не свыше 3 недель (21 день) в) свыше 3 недель г) более 30% Верно: в)</p>
<p>19 При наличии нескольких квалифицирующих признаков тяжесть вреда здоровью устанавливается а) по совокупности признаков б) по признаку, который соответствует большей тяжести вреда здоровью Верно: б)</p>
<p>20 Оценка тяжести вреда здоровью обязательно проводится комиссионно с участием врачей-экспертов других специальностей при наличии последствий в виде а) прерывания беременности б) психического расстройства, заболеваний наркоманией или токсикоманией в) неизгладимого обезображения лица г) вреда здоровью, возникшего в результате дефектов оказания медицинской помощи Верно: г)</p>
<p>21 При наличии повреждений лица потерпевшего судебно-медицинский эксперт устанавливает а) характер повреждения и механизм его образования б) давность образования в) изгладимость повреждения г) обезображение лица д) тяжесть вреда здоровью Верно: а), б), в), д)</p>
<p>22 Наличие обезображения лица устанавливает</p>

<p>а) врач-косметолог б) судмедэксперт в) суд г) судмедэксперт совместно с косметологом Верно: в)</p>
<p>23 При оценке тяжести вреда здоровью небольшие ссадины, кровоподтеки, поверхностные раны а) оцениваются как легкий вред здоровью б) расцениваются как вред здоровью средней тяжести в) не расцениваются как вред здоровью Верно: в)</p>
<p>24 Установление способа причинения повреждений (побои, истязания) входит в компетенцию а) органов дознания, предварительного следствия и суда б) судебно-медицинского эксперта в) как судебно-медицинского эксперта, так и правоохранительных органов Верно: а)</p>
<p>25 При судебно-медицинской экспертизе по поводу изнасилования эксперт должен а) установить наличие, характер и время возникновения повреждений б) определить механизм образования повреждений в) изъять содержимое влагалища и наружного зева шейки матки г) ответить на вопрос о бывшем половом сношении д) установить или исключить факт изнасилования Верно: а), б), в), г)</p>
<p>26 Отрицательный результат исследования содержимого влагалища на наличие спермы в случаях изнасилования а) исключает изнасилование б) исключает совершение полового акта в) не исключает совершение полового акта Верно: в)</p>
<p>27 При оценке результатов исследования содержимого влагалища на наличие спермы для решения вопроса о совершении полового акта эксперт должен учитывать а) время, прошедшее после совершения полового акта б) спринцевание половых органов в) использование противозачаточных средств г) заболевания половых органов подозреваемого д) состав подногтевого содержимого подозреваемого Верно: а), б), в), г)</p>
<p>28 Какой степени алкогольного опьянения соответствует концентрация этанола в крови 1,5 - 2,5 ‰ а) легкое опьянение б) опьянение средней степени в) сильное опьянение Верно: б)</p>
<p>29 Какой степени алкогольного опьянения соответствует концентрация этанола в крови 2,5 - 3 ‰ а) опьянение средней степени б) сильное опьянение в) тяжелое опьянение Верно: б)</p>
<p>30 При экспертизе живых лиц в компетенцию судебно-медицинского эксперта входит решение вопроса</p>

<p>а) о способах причинения повреждений (побои, мучения, истязания) б) о насильственном совершении полового сношения в) об изгладимости повреждений лица г) об обезображении лица Верно: в)</p>
<p>31 Врач лечебного профиля может быть привлечен а) в качестве члена экспертной комиссии для проведения сложной экспертизы б) для проведения консультаций потерпевшего по направлению судебно-медицинского эксперта в) для обследования потерпевшего по направлению судебно-медицинского эксперта г) для допроса потерпевшего Верно: а), б), в)</p>
<p>32 Самоповреждения, причиненные рубящим орудием наиболее часто локализуются в области а) пальцев левой руки б) пальцев стопы в) предплечья г) бедер Верно: а), б)</p>
<p>33 Под «аггравацией» понимают: а) преуменьшение симптомов действительно имеющегося заболевания б) изображение симптомов несуществующего заболевания в) преувеличение симптомов действительно имеющегося заболевания г) нанесения самоповреждения немеханическими факторами Верно: в)</p>
<p>34 Морфологические признаки рубца давностью более года а) мягкий б) возвышающийся в) белесоватый или буроватый г) плотноватый д) узкий Верно: в), г)</p>
<p>31 Признаком бывших родов служит а) выделение молозива б) выделение лохий в) надрывы шейки матки г) синюшность окраски слизистой оболочки родовых путей Верно: а), б), в)</p>

11. Учебная литература и ресурсы сети «Интернет», необходимые для проведения практики

а) основная литература:

1. В.Л. Попов, О.Д. Ягмуров. Руководство к практическим занятиям по судебной медицине. – СПб.: Издательство СПбГМУ, 2015. – 352 с.
2. В.Л. Попов, О.Д. Ягмуров. Нормативные акты по судебно-медицинской экспертизе. – СПб.: Издательство СПбГМУ, 2015. – 352 с.
3. В.Л. Попов. Судебная медицина : избранные лекции / Санкт-Петербург. гос. мед. ун-т им. акад. И.П.Павлова, каф. судебной медицины и правоведения. – СПб.: Изд-во СПбГМУ, 2013. – 303 с.

4. Судебная медицина и судебно-медицинская экспертиза: национальное руководство / под ред. Ю. И. Пиголкина. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 728 с.

б) дополнительная литература:

1. Атлас по судебной медицине / под ред. Ю.И. Пиголкина. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. – 376 с.
2. Ю.И. Пиголкин Судебная медицина. Compendium : учеб. пособие. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011. – 278 с
3. Судебная медицина. Задачи и тестовые задания: учеб. пособие/ под ред. Ю.И. Пиголкина. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2012. – 600 с.
4. Методические указания по судебно-медицинской экспертизе острых отравлений / Санкт-Петербург. гос. мед. ун-т им. акад. И.П.Павлова, каф. судебной медицины и правоведения. – СПб.: Изд-во СПбГМУ, 2011. – 48 с.
5. Методические указания по судебной медицине для интернов и клинических ординаторов/ Санкт-Петербург. гос. мед. ун-т им. акад. И.П.Павлова, каф. судебной медицины и правоведения. – СПб.: Изд-во СПбГМУ, 2012. – 79 с.

в) ресурсы сети «Интернет»

1. "Консультант+" Контракт № 14/785-ЭА15 от 6 февраля 2015
2. ЭБС «Консультант студента» Контракт №509/15 -ДЗ от 03.06.2015 с ООО «Политехресурс»
3. База данных рефератов и цитирования SCOPUS. Контракт № 510/15-ДЗ от 10.06.2015 с ООО "Эко-Вектор"
4. Электронный информационный ресурс ClinicalKey Контракт №161-ЭА15 от 24.04.2015 с ООО "Эко-Вектор"
5. ЭБС «Консультант врача» № договора 921/15 –ДЗ от 01/12/2015 г с ООО Группа компаний ГОЭТАР

11. Информационные технологии, используемые при проведении практики, включая перечень программного обеспечения и информационных справочных систем.

В ГБОУ ВПО ПСПбГМУ им. И.П. Павлова освоение образовательных программ проводится с применением электронного обучения, дистанционных образовательных технологий. Для этого создана и функционирует электронная информационно-образовательная среда (ЭИОС), включающая в себя электронные информационные ресурсы, электронные образовательные ресурсы. ЭИОС обеспечивает освоение обучающимися образовательных программ в полном объеме независимо от места нахождения обучающихся. Есть электронные библиотеки, обеспечивающие доступ к профессиональным базам данных, информационным, справочным и поисковым система, а также иным информационным ресурсам.(Контракт № 510/15-ДЗ от 10/06/2015 с ООО "Эко-Вектор";Контракт № 509/15-ДЗ от 03/06/2015 с ООО "Политехресурс";Контракт №161-ЭА15 от 24/04/2015 с ООО "Эко-Вектор"). База тестовых заданий и справочных материалов создана в программе academicNT.

12. Материально-техническая база, необходимая для проведения практики

Обеспечивается клиническими базами практики.

Наименование специализированных аудиторий и лабораторий	Перечень оборудования
Государственное бюджетное учреждение здравоохранения г. Санкт-Петербурга «Бюро судебно-медицинской экспертизы». Отдел экспертизы потерпевших, обвиняемых и др.	

<p>Кабинет амбулаторного приема №1 195067, Санкт-Петербург, Екатерининский проспект, дом 10, литер А., этаж 2, помещение 119. Площадь 14,6 кв.м.</p>	<p>Стол письменный – 1 шт., стул – 4 шт., шкаф медицинский – 1 шт., кушетка – 1 шт., ширма -1 шт., ростомер – 1шт.,</p>
--	---

Разработчик:

Горшков А.Н., к.м.н., доцент

Рецензент:

Ягмуров О.Д., д.м.н., профессор

Эксперт:

Толмачев И.А., д.м.н., профессор, начальник кафедры судебной медицины Военно-медицинской академии им. С.М. Кирова