

Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего профессионального образования «САМАРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
Кафедра судебной медицины

ПРОГРАММА

итоговой государственной аттестации ординаторов по подготовке
кадров высшей квалификации
по специальности **31.08.10 – «Судебно-медицинская экспертиза»**

СОГЛАСОВАНО

Директор ИПО,
проректор по лечебной
работе, профессор

А.Г. Сонис

«__» _____ 2015 г.

Программа рассмотрена и одобрена на
заседании кафедры (протокол
№ от "___" _____ 2015)

Зав. кафедрой
судебной медицины,
доцент, д.м.н.,
А.П. Ардашкин

«__» _____ 2015 г.

Самара
2015

Цель итоговой государственной аттестации – установление уровня подготовки ординатора к выполнению профессиональных задач и соответствия его подготовки требованиям ФГОС, согласно Приказу № 1052 Минобрнауки от 25.08.2014 г. «Об утверждении федерального государственного образовательного стандарта высшего образования по специальности 31.08.10 Судебно-медицинская экспертиза (уровень подготовки кадров высшей квалификации)». Зарегистрирован в Минюсте России 27 октября 2014 г. N 34460.

К итоговым аттестационным испытаниям допускается ординатор, успешно завершивший в полном объеме освоение ООП по специальности 31.08.10 Судебно-медицинская экспертиза, разработанной высшим учебным заведением ГОУ ВПО СамГМУ в соответствии с требованиями Государственного образовательного стандарта высшего профессионального образования.

Итоговая государственная аттестация – государственный экзамен, включает в себя три этапа:

- тестовый контроль;
- зачет по практическим навыкам;
- собеседование по основным разделам дисциплины «Судебно-медицинская экспертиза», являющейся предметом отрасли медицинской науки «Судебная медицина», с применением экзаменационных билетов и ситуационных задач, для итоговой государственной аттестации.

В результате обучения ординатор должен:

Выпускник, освоивший настоящую программу ординатуры должен **знать**:

1-законы, иные нормативные правовые акты Российской Федерации, определяющие деятельность органов и учреждений государственной судебно-медицинской службы и действующие нормативные и методические документы по судебно-медицинской экспертизе;

2-задачи, организацию, структуру, штаты и оснащение учреждений судебно-медицинской экспертизы государственной системы здравоохранения России;

3-правила оформления медицинской (и судебно-медицинской) документации;

4-принципы планирования деятельности и отчетности подразделений учреждений судебно-медицинской экспертизы государственной системы здравоохранения России;

5-основы санитарного просвещения;

6-методы и порядок контроля деятельности судебно-медицинских подразделений работниками органов управления здравоохранения; правила внутреннего трудового распорядка;

7-правила по охране труда и пожарной безопасности;

8-тактику работы и функциональные задачи врача-специалиста по специальности «судебно-медицинская экспертиза» в процессе следственного действия: «эксгумация»;

9-тактику работы и функциональные задачи врача-специалиста по специальности «судебно-медицинская экспертиза» при его участии в первоначальном и неотложном следственном действии: «осмотр места происшествия и трупа» в случаях различных обстоятельств насильственной и ненасильственной смерти;

10-тактику юридического процесса, регламентирующую применение специальных знаний из области судебной медицины в лице судебного эксперта и (или) специалиста, в процессах предварительного и (или) судебного следствия;

11-рамки предмета экспертного задания при производстве судебно-медицинской экспертизе трупа новорожденного;

12-рамки предмета экспертного задания при производстве судебно-медицинской экспертизы трупа женщины при обстоятельствах смерти с признаками криминального аборта;

13-рамки предмета экспертного задания при производстве судебно-медицинской экспертизы трупа при обстоятельствах смерти с признаками черепно-мозговой или спинальной травмы шейного отдела, или грудного, или поясничного, или крестцового отделов позвоночника;

14-рамки предмета экспертного задания при производстве судебно-медицинской экспертизы трупа при обстоятельствах смерти с признаками повреждений органов шеи или грудной клетки, или брюшной полости, или полости таза, или ОДС конечностей, или половых органов;

15-квалифицирующие признаки и Медицинские критерии тяжкого вреда здоровью, вреда здоровью средней тяжести, легкого вреда здоровью;

16-организацию и процесс производства судебно-медицинских экспертиз по предмету определения степени тяжести вреда, причинённого здоровью человека;

17-организацию и процесс производства судебно-медицинских экспертиз живого лица по определению пола, бывших родов, аборта;

18-организацию и процесс производства судебно-медицинских экспертиз потерпевшего лица, подозреваемого лица, назначенных в ходе расследования обстоятельств, имеющих признаки составов преступлений: «Изнасилование», «Мужеложство, лесбиянство и иные действия сексуального характера с применением насилия ...», «Половое сношение и иные действия сексуального характера с лицом не достигшим шестнадцатилетнего возраста», «Развратные действия»;

19-организацию и процесс производства медико-криминалистических экспертиз, в том числе экспертиз реконструкции событий;

20-организацию и процесс производства комиссионных (комплексных) судебных экспертиз по материалам судебно-следственных дел;

21-технологию и процесс производства комиссионных (комплексных) судебных экспертиз по материалам «медицинских дел», относящимся к категории доказывания предмета преступления по обстоятельствам прецедентов юридической (уголовно-правовой) оценки медицинской деятельности;

Выпускник, освоивший настоящую программу ординатуры должен **владеть**:

1-навыками оказания надлежащей помощи следователю, производящему осмотр места происшествия и трупа на месте его обнаружения;

2-навыками диагностики констатации (не констатации) биологической смерти на основе ориентирующих и достоверных признаков смерти;

3-методами ориентировочного решения вопроса о давности наступления биологической смерти на основе анализа ранних и поздних изменений в трупе в ходе осмотра его на месте обнаружения;

4-навыками оказания неотложной медицинской помощи по восстановлению жизненных функций пострадавшему на месте происшествия при отсутствии у последнего объективных признаков биологической смерти;

5-навыками оказания надлежащей помощи следователю, производящему эксгумацию трупа;

6-навыками дифференцирования медицинских оснований к производству патологоанатомического и (или) судебно-медицинского исследований трупа;

7-секционной техникой производства диагностических проб на воздушную эмболию, на пневмоторакс в ходе судебно-медицинского исследования (экспертизы) трупа;

8-секционной техникой манипуляций при судебно-медицинском исследовании трупа новорожденного (методику проведения плавательных проб);

9-секционной техникой производства разрезов и выделения внутренних органов, их исследования при экспертном исследовании трупа;

10-секционной техникой производства исследования опорно-двигательной системы и выделения её фрагментов (костей конечностей, таза, грудной клетки, шейного отдела позвоночника);

11-техникой забора биологических объектов от трупа и выполнять оформление направлений их на лабораторные исследования: судебно-гистологические, судебно-химические (токсикологические), судебно - биологические, в том числе геномное, биохимическое, бактериологическое, медико - криминалистическое;

12-навыками оформления паспортной и протокольной (исследовательской) частей Акта судебно-медицинского исследования трупа (судебно-медицинской экспертизы трупа);

13-навыками оформления и логической аргументацией составления формулировок экспертных выводов при производстве заключения эксперта по основным видам объектов

судебно-медицинской экспертизы (живого лица, трупа, вещественного доказательства биологического и небиологического происхождения, материалов судебно-следственных дел);

14-надлежащим образом применять технику забора биологических объектов в ходе экспертизы (обследований) живых лиц и выполнять оформление объектов на лабораторные исследования: судебно-химическое, биологическое (в том числе геномное);

15-навыками гистологической дифференцировки на предмет прижизненного или посмертного происхождения кровоизлияний (иных повреждений) и давности их возникновения;

16-навыками гистологической дифференцировки на предмет:

- патологии (заболевания) и (или) травмы органов ЦНС;
- патологии (заболевания) и (или) травмы органов сердечнососудистой системы;
- патологии (заболевания) и (или) травмы органов дыхательной системы;
- патологии (заболевания) и (или) травмы органов мочеполовой системы;
- патологии (заболевания) и (или) травмы органов пищеварительной системы;

17-методом микроскопии при экспертном исследовании вещественных доказательств биологического происхождения (фрагментов кожных лоскутов с признаками ран от механических и огнестрельных воздействий, фрагментов костных элементов опорно-двигательной системы, объектов вещественных доказательств не биологического происхождения);

18-навыком оформления медицинского свидетельства о смерти с определением непосредственной причины смерти: основного повреждения (заболевания) их осложнений, с обозначением их кодировки по рубрикам МКБ-10;

19-навыками выполнения надлежащего медико-экспертного документирования (фиксации), по принятой схеме, характера повреждений мягких покровов тела (кровоподтёков, ссадин, царапин, ран, рубцов), при производстве экспертизы (обследований) живых лиц, экспертизы трупа;

20-навыками аргументировано защищать свои экспертные выводы в процессе допроса на стадии предварительного и судебного следствия;

21-диагностическими приемами клинко-анатомических сопоставлений и анализа при описании патологических процессов, процессов компенсации, патологической анатомии травм и (или) заболеваний, с целью подготовки материала к клинко-анатомической конференции, к допросу на предварительном следствии или в суде.

Объем и распределение учебной нагрузки

№	Наименование раздела	Трудоемкость (з.е., часы)	Аудиторная работа	Самостоятельная работа	Форма контроля знаний
1	Тестовый контроль	0,5 (18)	0,08(3)	0,42 (15)	Оценка
2	Зачет по практическим навыкам	1,25 (45)	0,17 (6)	1,08 (39)	Зачтено
3	Собеседование	1,25 (45)	0,05 (2)	1,2 (43)	Оценка
Всего		3,0 (108)	0,3 (11)	2,7 (97)	

Примеры оценочных средств

Тестовый контроль:

01. Судебная медицина это:

1) отрасль медицины, сочетающая в себе исследование вопросов медико-биологического содержания и вопросов права в предмете судебно-медицинской деятельности для целей практики правосудия и здравоохранения;

2) отрасль юриспруденции с элементами медицины и организации здравоохранения;

3) отдельная наука в праве.

Эталон ответа: «1»

02. Предметом судебной медицины является:

1) организация судебно-медицинской экспертизы;

- 2) судебно-медицинская экспертиза по уголовным и гражданским делам;
- 3) судебно-медицинская танатология;
- 4) теория и практика судебно-медицинской экспертизы с целью разрешения специальных вопросов, возникающих в практике правосудия и здравоохранения.

Эталон ответа: «4»

03. Методологию и порядок производства медико-биологических исследований, применяемых в судебно-медицинской экспертизе, определяют:

- 1) Генеральная прокуратура РФ;
- 2) Министерство Юстиции РФ;
- 3) Верховный Суд РФ;
- 4) приказы Министерства здравоохранения РФ.

Эталон ответа: «4»

04. Назначение, производство и оценку заключения судебно-медицинского эксперта (экспертов), как процессуального действия, регламентируют нормы:

- 1) Уголовного Кодекса РФ и Гражданского Кодекса РФ;
- 2) Кодекса об административных правонарушениях РФ;
- 3) Федерального закона «О государственной судебно-экспертной деятельности в Российской Федерации» 2001 года и соответствующие процессуальные нормы уголовного, гражданского и административного права;
- 4) Приказы Министерства здравоохранения РФ.

Эталон ответа: «3»

05. Может ли судебно-медицинский эксперт проводить повторную судебно-медицинскую экспертизу, если он проводил первичную:

- 1) может;
- 2) не может;
- 3) вопрос может быть решен только следователем в двух выше указанных вариантах («может» или «не может») в зависимости от сложившейся следственной ситуации;
- 4) все ответы правильны.

Эталон ответа: «2»

06. Может ли судебно-медицинский эксперт проводить дополнительную судебно-медицинскую экспертизу, если он проводил первичную:

- 1) может;
- 2) не может;
- 3) вопрос может быть решен только следователем в двух выше указанных вариантах («может» или «не может») в зависимости от сложившейся следственной ситуации;
- 4) все ответы правильны.

Эталон ответа: «1»

07. Исследовательскую часть судебной экспертизы, выполняемую с применением специальных знаний из различных областей медицины, судебные эксперты составляют:

- 1) сообща и подписывают исследовательскую часть все вместе;
- 2) каждый эксперт подписывает отдельно «свою» часть исследования, проведенную им самостоятельно на основе применённых специальных знаний;
- 3) технология и структура составления исследовательской части экспертизы, значения не имеет;
- 4) исследовательскую часть экспертизы ... составляет самостоятельно эксперт-организатор экспертной комиссии, по устным указаниям других членов экспертной комиссии, после чего исследовательская часть подписывается всеми членами экспертной группы.

Эталон ответа: «2»

08. Допрос, в уголовном процессе, судебно-медицинского эксперта или врача-эксперта, являющегося специалистом в иной области медицины, после производства экспертизы, производится:

- 1) по инициативе следователя или по удовлетворённому ходатайству подозреваемого, обвиняемого, его защитника, или по инициативе суда;
- 2) только по инициативе суда;

- 3) всегда (т.е. обязательно), после выполнения судебно-экспертного заключения;
- 4) до выполнения судебным экспертом заключения.

Эталон ответа: «1»

09. Процессы гниения способствуют образованию в трупе:

- 1) карбоксигемоглобина;
- 2) метгемоглобина;
- 3) сульфгемоглобина, придающему кожным покровам грязно-зеленоватую окраску;
- 4) только свободного водорода;
- 5) все ответы правильны.

Эталон ответа: «3»

10. Процессы гнилостного разложения с образованием гнилостных газов в трупе, могут имитировать:

- 1) признак смерти от острых отравлений едкими ядами;
- 2) признак смерти от механической асфиксии при повешении или удушения петлёй;
- 3) признак смерти от обильной кровопотери или признак наступления смерти женщины тотчас по окончании родов;
- 4) скоропостижную смерть от заболевания сердца.

Эталон ответа: «3»

11. В трупе, в результате гнилостного разложения тканей:

- 1) может наблюдаться новообразование этилового алкоголя в мышечной ткани;
- 2) не может возникать новообразования этилового алкоголя;
- 3) новообразование этилового алкоголя полностью исключено;
- 4) возможно новообразование алкоголя только в желудочном содержимом.

Эталон ответа: «1»

12. Трупы лиц с признаками насильственной смерти подлежат:

- 1) судебно-медицинскому исследованию;
- 2) патологоанатомическому исследованию;
- 3) вопрос принципиального значения не имеет.

Эталон ответа: «1»

13. В компетенцию врача судебно-медицинского эксперта входит:

- 1) определение категории и вида смерти;
- 2) доказательное определение рода насильственной смерти;
- 3) документальное установление обстоятельств наступления смерти;
- 4) все ответы правильны.

Эталон ответа: «1»

14. При судебно-медицинской диагностике смертельной механической травмы, в компетенцию врача судебно-медицинского эксперта входят вопросы:

- 1) об обстоятельствахотячающих или смягчающих вину лица, причинившего повреждения;
- 2) о механизме образования повреждения и давности возникновения повреждения;
- 3) только о характере повреждающей поверхности тупого твердого предмета;
- 4) об определении формы вины субъекта, причинившего травму.

Эталон ответа: «2»

15. Помимо основного разреза в строении входной колото-резаной раны выделяют:

- 1) дефект ткани («минус ткань»);
- 2) дополнительный разрез;
- 3) «феномен Виноградова»;
- 4) отслоение кожи по краям.

Эталон ответа: «2»

Зачет по практическим навыкам (примеры):

Ситуационная задача № 1 (по факту судебно-медицинского исследования трупа). Задание: проанализировать информацию протокола наружного и внутреннего исследования трупа, данные лабораторных исследований. Сформулировать судебно-медицинский диагноз и заключение. Представлен эталон ответа.

ТЕКСТ ЗАДАЧИ:

А К Т № 03-8/153

судебно-медицинского исследования трупа

17.02.2015 г., с 9 час. 35 мин. по 12 час. 40 мин., при ясной погоде и смешанном освещении, на основании НАПРАВЛЕНИЯ (без даты) МВД РФ УВД Кировского района г. Самары (адрес отдела полиции: 4430... г. Самара, пр. Кирова ..., т. ... 56-08-... ; ...56-07- ...), выписанного дежурным по разбору ОДЧ Кировского РУВД капитаном полиции Тарасовым И.В., в помещении секционной танатологического отдела Бюро судебно-медицинской экспертизы Министерства здравоохранения Самарской области (в дальнейшем – ОБСМЭ), врач судебно-медицинский эксперт ОБСМЭ Петров И.В., имеющий первую квалификационную категорию врача судебно-медицинского эксперта, сертификат врача-специалиста № ... от ... июня 2013г., по специальности «судебно-медицинская экспертиза», имеющий стаж работы по профессиональному применению специальных знаний из области судебной медицины 19 лет, произвёл судебно-медицинское исследование трупа гражданина ИВАНОВА ПЕТРА МИРОНОВИЧА 1947 года рождения, для определения причины смерти.

При исследовании трупа присутствовали: технические помощники. В исследовании трупа принимали участие студенты 615 группы лечебного факультета Самарского ГМУ.

Исследование трупа начато: 17.02.15 г. в 09 час. 35 мин.

окончено: 17.02.15 г. в 12. час. 40 мин.

Акт судебно-медицинского исследования трупа изложен на 13 листах.

Предварительные сведения

Из направления известно, что труп Иванова П.М. был обнаружен 16.02.15 г. по адресу: г. Самара, ул. Стара Загора, дом ... кв – 4... В графе: «Перенесённые при жизни заболевания», указано: «Не наблюдался». Также указано, что при жизни алкоголь не употреблял. По обстоятельствам смерти в направлении указано, что умер скоропостижно. Дата смерти: «16 февраля 2015 г.» . В направлении указано, что труп направлен на исследование в светлой майке. Ценности с трупом не направлялись. Другие сведения в направлении не сообщены. На обороте листа направления запись дежурного санитаря ОБСМЭ, принявшего труп: «245. 16.02.15 14.35. Р – 187. Скоропостижно».

Сведения, полученные после исследования трупа

Со слов лица, забиравшего труп после проведённого судебно-медицинского исследования (17.02.15 г. около 13 часов), стало известно, что около двух месяцев назад Иванов П.М. был избит. Ему была причинена черепно-мозговая травма, в связи с чем, он был госпитализирован в стационар ГКБ № 2 им. Семашко. После выписки длительное время и до момента смерти лежал дома.

Около 9 час. 30 мин. 18 февраля 2015 года, врачом судебно-медицинским экспертом ГСЭУ, была дана телефонограмма в отдел полиции: 4430... г. Самара, пр. Кирова ..., (телефон: ... 56-08- ...; ... 56-07- ...), дежурному. Принята. Телефонограммой сообщено о том, что при судебно-медицинском исследовании трупа Иванова П.М., в ГСЭУ, обнаружены отдалённые морфологические признаки черепно-мозговой травмы (в частности, признаки длительного обездвиживания), ввиду чего сообщено о необходимости предоставления, для установления причины смерти Иванова П.М., его истории болезни из ГКБ им. Семашко. В дальнейшем, около 11 час. 00 мин. 18 февраля 2015 года, врач судебно-медицинский эксперт ГЭСУ имел беседу с представителем органов полиции из УВД Кировского района. Беседа происходила в помещении секционной танатологического отдела обл. Бюро СМЭ, куда прибыл сотрудник полиции, в присутствии группы студентов № 615 лечебного факультета, находящихся на занятии. Сотрудник милиции подтвердил информацию о пребывании Иванова П.М., до наступления смерти, в больнице по поводу травмы (ЧМТ?) полученной им при криминальных обстоятельствах (ограбление?). Устно, ещё раз, сообщили сотруднику полиции о необходимости представления истории болезни Иванова П.М. из ГКБ № 2 им. Семашко. С

объяснением того, что в настоящем, без истории болезни, без данных судебно-гистологического исследования взятых от трупа биологических объектов, достоверно установить степень относимости причинно-следственных связей между фактом смерти, с одной стороны и причинённой травмой (ЧМТ?), с другой, не представляется возможным.

Наружное исследование

С трупа снята одежда: майка светло-серая трикотажная с короткими рукавами, без повреждений. Майка поношенная, без помарок. На шее шнурок серебристой окраски с крестиком из белого металла, размерами 3х4 см. Труп мужчины правильного телосложения, на вид 50-55 лет, резко пониженного питания с явными внешними признаками истощения (дистрофии - кахексии). Кожные покровы, в общем, бледно-желтоватой окраски с сероватым оттенком. Внешне, подкожно-жировой слой практически отсутствует, объем мышц туловища и конечностей резко снижен, скелетный рельеф туловища, конечностей хорошо визуализируется под кожными покровами. Окружность плеча в средней трети 16 см справа и слева – 15 см. Окружность правого бедра в средней трети 39 см, левого – 25 см. Передняя стенка живота в виде резко очерченной впадины, ограниченная выступающими рёберными дугами и остями подвздошных костей. Длина тела 185 см.. Труп холодный на ощупь во всех отделах. Трупное окоченение удовлетворительно выражено в жевательных мышцах, в мышцах конечностей выражено слабо. Трупные пятна слабо выражены в виде неопределённой формы участков, неравномерной бледно-красноватой окраски с синюшным оттенком, расположены в области спины, надостных поверхностей лопаточных областей, поясницы. На 09 час. 55 мин. трупные пятна, в области поясницы и надостных участков лопаточных областей, при надавливании пальцем бледнеют и медленно, в течение 15 минут, восстанавливают свою окраску. Кожные покровы передней стенки живота неравномерной грязно-зеленоватой окраски слабой интенсивности. Волосы на голове темно-русые, прямые, длиной в теменной области до 6 см. Кости свода черепа на ощупь целы. Лицо продолговатой формы, с хорошо очерченным рельефом, с хорошо выраженными глазничными впадинами. Глаза закрыты. Слизистая век бледно желтой окраски, без кровоизлияний. Роговицы мутноваты, тусклые. Зрачки округлой формы, в диаметре по 0,4 см. Хрящи и кости носа, кости остальных отделов лицевого скелета на ощупь целы. Отверстия ушей, носа, рта свободны. Кожные покровы лица бледные, серовато-желтоватой окраски. Рот приоткрыт, слизистая оболочка губ серо-желтая с синюшным оттенком без кровоизлияний. На верхней челюсти 3 зуба спереди, на нижней челюсти два. Имеющиеся зубы без металлических коронок. Дёсна в местах отсутствия зубов сглажены, лунки отсутствующих зубов зарощены. Язык за линией зубов. Шея средней длины, тонкая, без патологической подвижности. Грудная клетка симметричная, обычной плоско конической формы. Рёбра на ощупь целы, реберные дуги хорошо прощупываются по всему протяжению. Живот глубоко запавший, значительно ниже рёберных дуг. Оволосение на лобке по мужскому типу, умеренно выражено. Наружные половые органы развиты правильно, без рубцов и язв. Заднепроходное отверстие сомкнуто, кожа вокруг него чистая. Кости таза, конечностей на ощупь целы. **ПОВРЕЖДЕНИЯ:** в областях тазобедренных суставов (справа и слева), в крестцовой области по одной марлевой наклейке (общим числом три), размерами в среднем 23х17 см, фиксированные полосами лейкопластыря. Ткань марлевых наклеек влажная, по всей поверхности и толщине обильно пропитана густой желтовато-коричневатой жидкостью с грязно-зеленоватым оттенком. От марлевых наклеек исходит гнилостных запах. По снятию их, в указанных анатомических областях располагаются обширные участки дефектов кожи овально-четырёхугольной формы, размерами: в области крестца 15 х 12 см, в области тазобедренного сустава справа – 10 х 11 см, слева – 9 х 11 см. Дно дефектов ниже уровня краёв. Дно дефектов кожи выполнено частично подкожно-жировым слоем, частично мышечной тканью с обильно выраженной, неравномерной плёнкой из вязкого густого содержимого зеленовато-желтоватого цвета с гнилостным запахом. В проекции выше указанных участков повреждений областей тазобедренных суставов, хорошо просматриваются выпуклости и контуры больших вертелов бедренных костей, лишённые кожных покровов и подкожно-жирового слоя. В крестцовой области, на участке выше указанного дефекта кожи его, хорошо прощупывается и визуализируется вершина непарного гребня крестца, почти лишённая мягких тканей. Края указанных дефектов кожи, неравномерно подрыты, неровные плавно волнообразные, неравномерно отёчные, очерчены неравномерной грязно-красной каймой. Мягкие ткани по переднебоковым поверхностям правого бедра дрябло отёчны, включая верхнюю треть правого коленного сустава, на участке площадью 35 х 13 см. При пальпации этого участка определяется флюктуация (зыбление). Кожные покровы на этом участке гладкие, неравномерной бледной серовато-желтоватой окраски. На фоне этого участка, на передней поверхности верхней трети правого бедра кровоподтёк размерами 2 х 1,5 см округлой формы, неравномерной темно-фиолетовой окраски с коричневатым оттенком. На внутренней поверхности правого коленного сустава кровоподтёк неопределённой формы размерами 5 х 4 см темно-коричневого цвета с желтым оттенком. При производстве продольного разреза кожи и подлежащих мягких тканей по протяжению длины указанного участка правого бедра (35 х 13 см) – из разреза наблюдается обильное самопроизвольное выделение густой желтовато-зеленоватой жидкости с

гнилостным запахом, объёмом около 500 мл. Мышцы на разрезе данной области бедра серовато-красноватой окраски в объёме 30 x 14 x 4 см. В передне-внутреннем массиве указанного мышечного объёма правого бедра, на поперечных разрезах по ходу глубоких вен бедра видны рыхлые буро-тёмно-красные свертки крови. По средней линии живота от уровня мечевидного отростка и не доходя до уровня лобкового сочленения, прямолинейный рубец бледно-сероватой окраски с желтоватым оттенком длиной 25 см, мягкий на ощупь. Каких-либо других повреждений при наружном исследовании не установлено (следов от инъекций не видно). Кожные покровы вне изменённых участках описанных выше, чистые.

Внутреннее исследование

Подкожно-жировой слой практически отсутствует на разрезе мягких тканей передней поверхности грудной клетки, в области передней стенки живота подкожно-жировой слой толщиной около 0,2 см, бледно-желтоватой окраски. Мышцы грудной клетки, мышцы шеи, передней стенки живота с поверхности и на разрезе без кровоизлияний, умеренно красной окраски. Толщина мышечного слоя препарированного кожно-мышечного лоскута грудной клетки около 0,5 см, передней брюшной стенки – 0,6 см. Мягкие ткани головы с внутренней поверхности бледно-желтоватой окраски со слабым серовато-красноватым оттенком, без кровоизлияний. Толщина костей черепа на распиле в лобной области 0,8 см, затылочной – 0,7 см, в височных областях по 0,8 см. Кости свода и основания черепа целы. Твердая мозговая оболочка в обычной степени сращена с внутренней поверхностью костей черепа, не напряжена, равномерной бледно-сероватой окраски, за исключением её внутренней поверхности в проекции лобно-теменного участка слева, где окраска её содержит лёгкий желтоватый оттенок на площади около 12 x 10 см. В просвете синусов твёрдой мозговой оболочки скудное количество жидкой крови обычной окраски. Между внутренней поверхностью твёрдой мозговой оболочки и поверхностью полушарий головного мозга умеренное количество серовато-прозрачной жидкости. Полушария мозга, мозжечок и ствол головного мозга выделены единым комплексом, вес его – 1420 гр. Рельеф борозд и извилин полушарий мозга и мозжечка, несколько сглажен, мягкая (сосудистая) и паутинная мозговые оболочки с явлениями рыхлого полупрозрачного отёка бледно-желтоватой окраски, особенно выраженного в проекции теменно-лобных зон полушарий мозга, на участке с нечеткими границами площадью 15 x 12 см толщиной в своей центральной части около 0,4 см. В проекции средней лобной извилины и верхней лобной извилины левого полушария на фоне указанного отёка мягкой мозговой оболочки, участок с более интенсивной желтоватой окраской почти овальной формы с нечеткими границами размерами 5 x 4 x 1,5 см. Сосуды основания головного мозга выражены хорошо, стенки их на ощупь мягкие, спавшиеся, серовато-прозрачные, в просвете сосудов (в частности в просвете позвоночных и базальной артериях), единичные атеросклеротические бляшки бледно-сероватой окраски, перекрывающие просвет сосудов на $\frac{1}{4}$ диаметра. Просвет сосудов основания мозга на поперечных разрезах овально-щелевидной формы. В областях начала ответвлений черепно-мозговых нервов мягкая мозговая оболочка такого же характера, как и в областях выпуклых поверхностей полушарий мозга, но подобных участков мягкой мозговой оболочки, как в области лобных извилин слева, со стороны основания мозга не обнаружено. Вещество больших полушарий мозга на разрезе правильного анатомического строения. Вещество мозга на разрезе мягко-плотноватой консистенции, с удовлетворительно выраженной границей между корковым (серым) и белым веществом мозга. С поверхности разреза из перерезанных мелких сосудов выделяется незначительное количество крови умеренно красной окраски в виде мелких капелек, при надавливании на поверхность разреза. Цвет вещества мозга на разрезе, соответствует обычной окраске коры и подкорковых структур, но несколько с более выраженным желтоватым цветом в проекциях, соответствующим участкам отёка мягкой мозговой оболочки с более выраженным желтоватым цветом. В просвете боковых третьего и четвертого желудочков мозга около 40 мл прозрачной жидкости. Конфигурация желудочков мозга не изменена. Дно четвертого желудочка мозга ромбовидной формы. Сосудистые сплетения боковых желудочков головного мозга заметно отечны, синюшно бледно-красноватой окраски. Ядра основания головного мозга не изменены, без следов кровоизлияний. Вещество среднего мозга, моста, продолговатого мозга на разрезе неравномерной беловато-серой окраски с желтоватым оттенком. В проекции моста и продолговатого мозга с тонкими поперечно расположенными участками неравномерно выраженной беловато-серой окраски. Выделяющаяся с поверхности разреза кровь в виде капелек (в скудном количестве, при надавливании), легко счищается лезвием ножа. Очагов кровоизлияний визуально не обнаружено. Вещество полушарий мозжечка на разрезе обычного строения. Рельеф борозд и извилин полушарий мозжечка выражен в такой же степени, как и борозды и извилины полушарий головного мозга. Гипофиз не изменён. По выделению органов рта и шеи, видно, что каких-либо кровоизлияний в мышцах шеи, в околопозвоночной области шеи нет. Шейные позвонки без патологической подвижности. Органы грудной и брюшной полостей расположены правильно, свободной жидкости в полостях нет. Лёгкие не полностью заполняют плевральные полости. Правое лёгкое спавшееся, занимает менее $\frac{2}{3}$ объёма правой грудной полости, спаяно с пристеночной плеврой по задней боковой поверхности на уровне верхней и средней доли спайками трудно отделяемыми от внутренней поверхности плевральной

полости. Основная масса лёгкого как бы сконцентрирована у корня его. Левое лёгкое лежит свободно, заметно менее спавшееся, чем правое, занимает около $\frac{3}{4}$ объёма левой грудной полости. Свободной жидкости в грудных полостях нет, пристеночная плевро серовато-синюшной окраски, влажная, без следов кровоизлияний. Средостение по сравнению с лёгкими, заметно выступает вперёд, переднебоковые поверхности сердечной сорочки свободны от лёгких. Передняя стенка сердечной сорочки без следов жировых наложений. Клетчатка средостения слабо выражена без следов кровоизлияний. Правый купол диафрагмы на уровне 6-7 рёбер, левый на уровне 7-8 рёбер. Большой сальник представлен серовато-тусклой плёнкой без следов жировых наложений. Сальник преимущественно спаян с брюшинной оболочкой передней стенки живота на уровне поперечно-ободочной кишки и петель тонкой кишки, с трудом отделяется пальцами. Нижний край печени выступает из под края рёберной дуги на 5 см. Большая кривизна желудка уменьшенных размеров, сальниковая сумка со следами светло желтоватого жира. Петли тонкой кишки в спавшемся состоянии, в виде тонких напластований. Толстая кишка от уровня половины поперечно-ободочной кишки и далее по нисходящей, сигмовидной и прямой кишке компактно заполнена содержимым плотным на ощупь с легко прощупываемым крупно бугристым рельефом. Червеобразный отросток лежит свободно. Мочевой пузырь не выступает над уровнем лонного сочленения, мягкий на ощупь. Брюшина серовато-синюшной окраски, гладкая, влажная без кровоизлияний. Свободной жидкости в брюшной полости нет. Сердечная сорочка цела, не напряжена. В просвете её следы прозрачной желтоватой жидкости. Сердце на ощупь дряблое, не спаяно с внутренней стенкой сердечной сорочки. Под наружной оболочкой сердца следы бледно желтоватого жира толщиной по передней поверхности не более 0,2 см. В правой половине сердца следы жидкой крови и большое количество рыхло-эластичных свёртков розовато-желтого и красного цвета, объемом около 80 мл почти полностью заполняют просветы правого предсердия и правого желудочка. Свёртки частично спаяны со створками трёхстворчатого клапана и в области дна правого желудочка с умеренным усилием отделяются от внутренней оболочки сердца. В местах спаек свёртков крови, внутренняя оболочка сердца слегка шероховата, желтовато-сероватой окраски. Из полости правого желудочка в просвет лёгочного ствола распространяются свёртки крови компактно заполняющие просвет сосуда и далее продолжают в просветы лёгочных артерий. На протяжении лёгочного ствола свёртки представляют собой единый колбасовидный слепок, умеренно спаянный с внутренней оболочкой сосуда, на ощупь упруго-эластической консистенции, с поверхности гладкий на разрезе от тёмно-красной до розовато-желтоватой окраски, влажный. Внутренняя оболочка легочного ствола неравномерной розовато-желтоватой окраски, слегка шероховата. В полостях левого предсердия и левого желудочка большое количество свёртков желтовато-красноватой окраски почти такого же объёма и следы жидкой крови. Внутренняя оболочка сердца в просвете левого желудочка серовато-синюшной окраски с желтоватым оттенком. Сердце весом 420 гр., размерами 11 x 10 x 5,5 см. Сеть коронарных артерий обычного строения. Стенки коронарных артерий на ощупь жестковаты. На разрезе просвет их зияет, стенки артерий несколько утолщены, в просвет сосудов выступают мелкие атеросклеротические бляшки бледно-желтоватой окраски, перекрывающие просвет на $\frac{1}{4}$ диаметра, что особенно заметно на протяжении просвета передней межжелудочковой ветви левой коронарной артерии. Под наружной оболочкой сердца каких-либо кровоизлияний нет. Створки клапанов серовато-синюшные, эластичные на ощупь, рельеф сосочковых мышц выражен обычно. Толщина стенки левого желудочка сердца 2,6 см. правого – 0,5 см. Мышца сердца на ощупь мягко-эластическая, местами дрябловатой консистенции. На разрезе красноватой окраски, неравномерной интенсивности за счет чередования участков синюшно-красной и серовато-красной окраски. На их фоне, особенно в толще стенок левого желудочка, умеренное количество редких нитевидных прослоек бледно-сероватой окраски. В толще (среднем слое) передней стенки левого желудочка на фоне выше указанной окраски сердечной мышцы, видны единичные, мелкоточечного характера редко расположенные кровоизлияния темно-красного цвета. В просвете аорты и полые вены следы жидкой крови с мелкими рыхлыми тёмно-красными свёртками. Внутренняя оболочка аорты бледно-желтая, гладкая, с наличием мелких серовато-белых атеросклеротических бляшек, выступающих над поверхностью внутренней оболочки брюшного отдела аорты, особенно вокруг устья чревного ствола. Ширина развёрнутой части аорты – 8 см, ширина расхождения между краями поперечного разреза её – 5,5 см. Селезёнка бобовидной формы, размерами 14 x 9 x 2 см, весом 210 гр. Капсула селезёнки мелкоморщинистая, блестящая. Ткань селезёнки на разрезе темно-красной окраски с серовато-синюшным оттенком с умеренным соскобом. Язык обычной формы и размеров, мышцы языка на разрезе серовато-красной окраски без кровоизлияний. Глоточные миндалины обычной формы и размеров, на ощупь упругие, на разрезе серо-красные. Вход в гортань свободен. Подъязычная кость, хрящи гортани, кольца трахеи целы. В просвете гортани, трахеи и крупных бронхов, по их стенкам, умеренное количество розовато-сероватой слизи. Слизистая оболочка гортани, трахеи, крупных бронхов равномерно бледно-желтой окраски. Правое лёгкое на ощупь дрябло-суховатое, весом 350 гр с поверхности сетчато-пёстрой сероватой и темно-сероватой окраски. На разрезе по цвету такого же характера, с добавлением неравномерной красноватой окраски. С поверхности разреза лёгочной ткани, при надавливании почти не выделяется жидкости, из перерезанных мелких бронхов

умеренно выделяется вязкая густая желтовато-зеленоватая жидкость. Левое лёгкое мягко-эластическое, уплотнено в прикорневых зонах, весом 500 гр., с поверхности с сетчатым рисунком, с мелкими черными вкраплениями, общей серовато-красноватой окраски. С поверхности разреза ткань лёгкого серо-красного цвета, при надавливании, с поверхности разреза, выделяется умеренное количество мелкопузырчатой пенной жидкости розоватой окраски и незначительное количество жидкой темно-красной крови. Из перерезанных мелких бронхов в умеренном количестве выделяется густая вязкая слизистая жидкость желтовато-зеленоватой окраски. Просвет пищевода свободен, продольные складки слизистой его выражены удовлетворительно, слизистая пищевода бледно-серая с желтоватым оттенком. Желудок резко уменьшен в объеме (в наличии только его 2/5 объема), в просвете его следы желтовато-сероватой слизи без различимых компонентов пищи. Слизистая желудка серовато-желтая с умеренно выраженной складчатостью. В просвете 12-перстной кишки следы желтоватой слизи. Слизистая кишки без особенностей. В просвете тонкой незначительное количество обычного, для этого отдела кишечника, содержимого. Слизистая тонкой кишки без особенностей. В просвете толстой кишки, начиная от уровня половины поперечно-ободочной кишки и далее по просвету нисходящей, сигмовидной и прямой, большое количество, плотно расположенных друг с другом, каловых камней жестких на ощупь, общим весом около 2000 гр. . Анатомические части поджелудочной железы выражены удовлетворительно. Прямая и сигмовидная кишка значительно растянуты. Железа на ощупь мягко-эластическая, ткань её на разрезе серовато-желтая, дольчатая без кровоизлияний. Печень размерами 30 x22 x16 x7x6 см, капсула печени гладкая, блестящая. Нижний край печени заострён, ткань печени упруго-эластическая, ткань на разрезе глинисто-желтоватой окраски с неравномерным буроватым оттенком, с поверхности разреза при надавливании выделяется незначительное количество жидкой крови темно-красного цвета. Желчные пути проходимы. В просвете желчного пузыря около 10 мл густой темно-желтой желчи. Слизистая пузыря бархатистая, темно-желтая. Надпочечники листовидной формы. На разрезе корковое вещество желтое, мозговое темно-коричневого, граница между ними различима. Жировая капсула почек выражена слабо. Почки бобовидной формы, капсула почек снимается легко, обнажая гладкую поверхность. Правая почка массой 110 гр, размерами 11x7x3 см, левая почка – 108 гр, размерами 11x6x2 см. Ткань почек на разрезе с хорошо различимым корковым и мозговым веществом. Корковое вещество бледно-желтое с глинистым оттенком, мозговое с обычным рисунком, цвет мозгового вещества - бледно-коричневатый. Границы между корковым и мозговым веществом четко выражены в виде тонкой неравномерной каймы красноватой окраски. Лоханки, мочеточники свободны. Слизистая лоханок бледно-желтоватая. С поверхности разреза ткани почек, при надавливании выделяется скудное количество крови. В мочевом пузыре около 20 мл мутно-желтой мочи, слизистая пузыря серовато-желтая. Предстательная железа на ощупь мягко-эластическая, с поверхности и на разрезе дольчатая серовато-желтая, обычных размеров. Щитовидная железа на ощупь мягко-эластической консистенции, ткань на разрезе дольчатая, синюшно-красная, доли щитовидной железы обычных размеров. На протяжении дуги шестого ребра слева по средней подмышечной линии утолщение его на участке 4 x3 см толщиной около 2-х см. Каких-либо повреждений при внутреннем исследовании не обнаружено. Кости таза, позвоночника целы. Для судебно-химического исследования, на содержание алкоголя, взяты кровь и моча. Для гистологического исследования взяты кусочки внутренних органов: ствол мозга – 2; кора с подкоркой и оболочками – 2; тромб из лёгочного ствола – 3; сердце – 2; легкие – 4; почка – 2; селезёнка – 1; поджелудочная железа – 1; печень – 1.

Врач судебно-медицинский эксперт ОБСМЭ - _____ Петров И.В.
(подпись)

Данные лабораторных исследований:

Из акта судебно-химического № 229 от 17.02.2015 г. следует, что при судебно-химическом исследовании крови и мочи от трупа Иванова П.М., этилового алкоголя не обнаружено.

Данные гистологического исследования кусочков внутренних органов взятых от трупа см. в Акте судебно-гистологического исследования № 09-8/155 от 21.02.-03.03.2015 г. . Из гистологического заключения следует: «Гемоциркуляторные расстройства внутренних органов в виде: неравномерного кровенаполнения, кровоизлияний, микрогеморрагий, тромбоза, отёка лёгких. Дистрофические изменения в паренхиматозных органах. Признаки кардиомиопатии. Мелкоочаговая гнойная пневмония. Гнойный бронхит. Прижизненный сверток крови в просвете легочного ствола.»

ЭТАЛОН ОТВЕТА:

Судебно-медицинский диагноз:

I Основное Патологическое Состояние (ОПС), связанное с патологией Центральной Нервной Системы (ЦНС- головного мозга и его оболочек) не установленного происхождения (ТРАВМА/ ЗАБОЛЕВАНИЕ ГОЛОВНОГО МОЗГА?), с выраженной клиникой и морфологией, длительно текущего

гиподинамического синдрома, т.е. с потерей или с резким ограничением двигательной активности (в дальнейшем – «ОПС не установленного происхождения»).

1.1. По предварительным сведениям, собранным до и тотчас после исследования трупа гр.- на Иванова П.М. (17-18.02.2015 г.), установлено, что Иванов П.М. примерно за два месяца до момента наступления смерти проходил стационарное лечение в нейрохирургическом (неврологическом?) отделении ГКБ № 2 им. Семашко г. Самары. Был госпитализирован туда, якобы, по поводу ЧМТ (черепно-мозговой травмы).

1.2. Обнаружены морфологические признаки бывшего ОПС не установленного происхождения, относящиеся к ранее бывшим субарахноидальным кровоизлияниям в проекции выпуклых (конвексительных) и базальных поверхностей полушарий головного мозга:

- мягкая (сосудистая) и паутинная оболочки головного мозга с явлениями рыхлого полупрозрачного отёка бледно-желтоватой окраски, особенно в проекции теменно-лобных зон полушарий и диффузного характера со стороны основания мозга. Нечётко ограниченный очаг более интенсивного отека желтоватой окраски мягкой и паутинной оболочек головного мозга в проекции средней лобной извилины (5 x 4 x 1,5 см);

- цвет вещества мозга на разрезе, соответствует обычной окраске коры и подкорковых структур, но несколько с более выраженным желтоватым цветом особенно в проекциях, соответствующим участкам отёка мягкой мозговой оболочки, которые имеют более выраженный желтоватый цвет;

- отёк сосудистых сплетений желудочков мозга;

- неравномерная окраска вещества ствола мозга на разрезе;

- гистологически: мягкие оболочки головного мозга с неравномерно полнокровными сосудами и наличием на небольших участках единичных мезенхимальных клеток с наличием гемосидерофагов;

- в толще коркового вещества головного мозга очаг разряжения вещества мозга с большим скоплением мезенхимальных клеток;

- в коре полушарий головного мозга и веществе ствола мозга явления дистрофии нейроцитов, периваскулярный и перичеселлюлярный отёк, неравномерное кровенаполнение, микрогеморрагии.

II Осложнения ОПС не установленного происхождения:

2.1. Основное (главное) Осложнение (как непосредственная причина смерти).

Тромбоэмболия сосудов правой половины сердца - легочного ствола и лёгочных артерий, повлекшая острую сердечно-лёгочную недостаточность с проявлениями острых гемоциркуляторных расстройств внутренних органов, развившаяся на почве длительно текущего гиподинамического синдрома (длительного обездвиживания) и септического тромбофлебита в объёме обширной подкожно-субфасциально-межмышечной флегмоны правого бедра объёмом 30x14x4см.

2.2. Добавочные Осложнения, способствовавшие возникновению Основного (главного) Осложнения:

- кахексия (болезненное истощение, септическое состояние);
- полиорганная дистрофия;
- двухсторонняя мелкоочаговая гнойная гипостатическая пневмония;
- гнойный бронхит;
- жировая дистрофия печени;
- копростаз в форме плотного конгломерата каловых камней по ходу поперечно- ободочной, нисходящей, сигмовидной и прямой кишок;
- обширные наружные пролежни крестцово-копчиковой области и областей тазобедренных суставов в стадии влажной некротической инфильтрации и нагноения с обнажением костных поверхностей в местах систематического сдавления, за счет длительного вынужденного неподвижного положения тела.

III Заболевания и последствия заболеваний, которыми страдал субъект при жизни и которые не связаны по своей природе с развитием ОПС не установленного происхождения:

3.1. Ишемическая болезнь сердца. Мелкоочаговый атеросклеротический кардиосклероз. Слабо стенозирующий атеросклероз коронарных артерий сердца. Слабо выраженный атеросклероз сосудов головного мозга.

3.2. Последствия ранее перенесённого (не менее нескольких лет назад) хирургического оперативного вмешательства направленного на резекцию желудка (в наличии 2/5 объёма желудка, спайки большого сальника с брюшинной оболочкой передней стенки живота, послеоперационный прямолинейной формы рубец по средней линии передней стенки живота).

Врач судебно-медицинский эксперт ОБСМЭ - _____ Петров И.В.
(подпись)

10.03.2015 г.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

На основании данных судебно-медицинского исследования трупа Иванова П.М.1947 рождения, данных проведённых лабораторных исследований, прихожу к следующему заключению:

1.1. Смерть гр.- на Иванова П.М. непосредственно наступила от тромбоэмболии легочного ствола и лёгочных артерий, повлекшей острую сердечно-лёгочную недостаточность с проявлениями острых гемодинамических расстройств внутренних органов, развившейся на почве длительно текущего гиподинамического синдрома (длительного обездвиживания) и септического тромбофлебита в объёме обширной подкожно-субфасциально-межмышечной флегмоны правого бедра (см. п. 2.1. судебно-медицинского диагноза).

1.2. При этом, тромбоэмболия легочного ствола и лёгочных артерий явилась основным (конечным) осложнением ОПС не установленного происхождения (см. часть I – ю судебно-медицинского диагноза), повлекшего у Иванова П.М. длительно текущий гипостатический синдром (т.е. длительное обездвиживание).

1.3. Установленные осложнения (Основное и Добавочные, см. п.п. 2.1., 2.2. судебно-медицинского диагноза), свидетельствуют о длительном состоянии обездвиживания Иванова П.М. (в течение не менее чем 1-2 месяцев), от момента образования ОПС не установленного происхождения, до момента наступления смерти, что и является давностью образования ОПС.

1.4. Указанные выше осложнения, диагностированные при настоящем судебно-медицинском исследовании трупа Иванова П.М., стоят в ПРЯМОЙ причинной связи с ОПС не установленного происхождения, которое выражалось в форме внутримозговых кровоизлияний.

2. ОПС не установленного происхождения носит объективные морфологические признаки, свидетельствующие о ранее образовавшихся у Иванова П.М. субарахноидальных кровоизлияниях в проекции выпуклых (конвексальных) и базальных поверхностей полушарий головного мозга. Давность происхождения субарахноидальных кровоизлияний (т.е. внутримозговых, точнее подбололочных кровоизлияний головного мозга у Иванова П.М.), не менее двух месяцев (см. п. 1.2. судебно-медицинского диагноза).

3. При судебно-химическом исследовании крови и мочи, взятых от трупа Иванова П.М., этилового спирта не обнаружено.

4. Природу (происхождение) ОПС (что это было: Заболевание головного мозга? Травма головного мозга?), в настоящем установить достоверно не представляется возможным, ввиду отсутствия медицинских документов (истории болезни, амбулаторной карты Иванова П.М.), где должна содержаться медицинская информация о его состоянии здоровья за последние месяцы до наступления смерти.

Ввиду чего, в настоящем, объективно определить категорию смерти («Насильственная»? «Ненасильственная»?), и вид наступления смерти («Смерть наступила от заболевания головного мозга?», «От механического повреждения головного мозга?»), не представляется возможным.

5. ОПС не установленного происхождения (в форме внутримозговых кровоизлияний) у Иванова П.М., ввиду вызванных этим ОПС Основного и Добавочных осложнений (см. п.п. 2.1., 2.2. судебно-медицинского диагноза), повлекло у Иванова П.М. ВРЕД ЗДОРОВЬЮ, который имел квалифицирующие признаки ТЯЖКОГО вреда здоровью, по признаку опасности для жизни.

Врач судебно-медицинский эксперт ОБСМЭ - _____ Петров И.В.
(подпись)

11.03.2015 г.

Ситуационная задача № 2 (по факту судебно-медицинского обследования живого лица).
Задание: проанализировать информацию протокола судебно-медицинского обследования живого лица, данные медицинских документов. Сформулировать судебно-медицинское заключение. Представлен эталон ответа.

ТЕКСТ ЗАДАЧИ:

АКТ № 01.11/4560

(судебно-медицинского обследования)

25 ноября 2014 г., с 10 час. 20 мин. по 11 час. 00 мин., на основании инициативного обращения гр.-ки СИДОРОВОЙ Екатерины Николаевны 1981 г. рождения, последней, произведено судебно-медицинское обследование в помещении кабинета амбулаторного приёма отдела судебно-медицинской экспертизы живых лиц (потерпевших, подозреваемых, обвиняемых и др.) ОБСМЭ, при пасмурной погоде и смешанном

освещении. Судебно-медицинское обследование произведено врачом судебно-медицинским экспертом первой квалификационной категории, имеющим сертификат № ... от 06.07.2013 г., врача-специалиста по специальности «судебно-медицинская экспертиза», Петровым И.В., имеющим стаж работы по профессиональному применению специальных знаний из области судебной медицины 19 лет.

Документ удостоверяющий личность обследуемой:

обследуемая представила паспорт гражданки Российской Федерации, на имя СИДОРОВОЙ Екатерины Николаевны 1981 г. рождения сер., выданный ОВД г. Самары, года ...

Врач судебно-медицинский эксперт ОБСМЭ - _____ Петров И.В.
(подпись)

ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЕ СВЕДЕНИЯ

Со слов обследуемой установлено: 12 ноября 2014 года, в промежутке 22-23 00. часов, в ...-м общежитии Самарского ..., что на проспекте им. Гагарина, дом ..., в помещении секции на ... этаже, двое известных студенток ... наносили удары руками по различным частям тела, ударяли головой о стену, пытались сломать указательный палец правой кисти путём его запредельного тыльного разгибания, сжимали шею захватом пальцев и плеча-предплечья, нагибали голову кпереди, дергали за волосы, царапали. Избиение продолжалось в течение получаса. Тотчас, после 23.00., 12 ноября 2014 г., обратилась в приёмный покой гор. больницы им. Н.И. Пирогова. Была осмотрена дежурным нейрохирургом и по объективным показаниям срочно госпитализирована в 5-е отделение нейрохирургии больницы. В период с 13 по 20 ноября 2014 г. находилась на стационарном лечении в данном отделении с диагнозом : «Сотрясение головного мозга. Ушибы и ссадины головы, спины, шеи, кистей». Дважды, 13 и 20 ноября 2014 г., отбирали показания работники полиции Октябрьского РОВД г. Самары. 20 ноября 2014 г., в Октябрьском РОВД дали устную рекомендацию пройти судебно-медицинское освидетельствование в областном Самарском Бюро СМЭ.

С моих слов записано верно,

СИДОРОВА Е.Н.

мной прочитано -

(подпись обследуемой)

ДАННЫЕ МЕДИЦИНСКИХ ДОКУМЕНТОВ

Обследуемой представлена выписка из больницы им. Пирогова, на форменном бланке с названием: «ВЫПИСКА из медицинской карты амбулаторного, стационарного (подчеркнуть) больного», формы 027/у МЗ РФ. В выписке имеются следующие записи: «... Сидорова Е.Н. . Дата рождения 1981. 3. Домашний адрес: Гагарина 18-а ... по стационару поступление 13 ноября 2014 г. ... 6. Полный диагноз (основное заболевание, сопутствующее, осложнение): Сотрясение головного мозга. Ушибы и ссадины головы, спины, шеи, кистей. 7. Краткий анамнез, диагностические исследования болезни, проведенное лечение, состояние при направлении, при выписке ... рентгенограммы черепа без патологии. Общ. ан. крови, мочи в норме. Травмат. ушибы и ссадины шеи, спины, кистей. Окулист, невропатолог ... клиник. сотрясения головного мозга. Проведено лечение: анальгин, димедрол, фуросемид. Выписана под наблюдение невропатолога.». Выписка заверена подписью лечащего врача (подпись неразборчива) и круглой печатью гор. больницы № 1 им. Пирогова с обозначением: «Для больничных листов». Выписка датирована 20 ноября 2014 года.

Других медицинских документов, на момент обращения, обследуемая не имеет.

ДАННЫЕ ОСМОТРА

Предъявляет жалобы на головокружение, быструю утомляемость, при сгибании шейного отдела позвоночника кпереди, указывает на умеренные болевые ощущения в области основания шеи сзади. Зрение, слух, речь, координация движений, тактильная чувствительность не изменились.

Обследуемая, правильного телосложения, умеренного питания, кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски. Ориентирована в месте и времени. Походка не изменена. Пальпация мягких тканей головы безболезненна. Объём движений в суставах конечностей нормальной амплитуды. Мышечная сила в норме (около 5 баллов). Движения в шейном отделе позвоночника патологически не ограничены. При максимальной флексии в шейном отделе позвоночника (около 70 град.), указывает на незначительное болевое ощущение в области тыльной стороны основания шеи. Пальпация остистых отростков позвонков (шейного, грудного и поясничного отделов), безболезненна. Осевая нагрузка на шейный отдел отрицательна.

Движения пальцев кистей не ограничены, соответствуют норме. Осевая нагрузка на фаланги второго пальца правой кисти отрицательна. Движения в его пястно-фаланговом суставе в полном объёме.

Кожные покровы, волосистой части головы, лица, шеи, надплечий, спины, груди и живота без повреждений. На уровне верхней трети правого предплечья, в проекции лучевой группы мышц разгибателей ссадина (excoriationes) под плотной подсохшей корочкой коричневатой-красной окраски, расположенной значительно выше окружающей неповрежденной кожи и отслаивающейся по краям, размерами 0,5х0,4 см, почти овально-треугольной формы. Участки кожи, свободные от корочки, представляют собой тонкую неравномерно выраженную кайму шириной не более 0,1 см, бледно-розоватой окраски. Общие размеры корочки и окаймляющих её участков составляют 0,7х0,5 см. Функции мышц разгибателей и сгибателей пальцев правого предплечья не нарушены. Область ссадины при пальпации безболезненна.

На тыле правой кисти, в проекции тыльно-медиальной поверхности пястно-фалангового сустава второго (указательного) пальца, гладкий участок пигментации розового цвета, неопределённой формы с нечеткими границами, плавно переходящими в цвет неизменённых кожных покровов. Участок размерами 1,2х0,8 см. На его фоне и в его границах расположены мелкие, точечных размеров, фрагменты подсохшей корочки, аналогичной по характеру описанной выше, числом 3 (ссадина - excoriationes).

На внутренней поверхности правой голени в средней трети с переходом на верхнюю треть, овально-продолговатой формы кровопотёк (ecchimoses), ориентированный по продольной оси голени, размерами 7,5х4 см, с нечеткими границами, неравномерной бледной желтовато-зеленоватой окраски, слегка болезненный при пальпации.

На наружной поверхности левой голени неравномерно выраженный кровоподтёк (ecchimoses) аналогичный описанному выше, неопределённой формы, площадью 5х3 см.

Каких-либо других повреждений при осмотре не обнаружено.

ЭТАЛОН ОТВЕТА:

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

На основании данных осмотра, данных представленной выписки из гор. больницы им. Пирогова, прихожу к следующему заключению:

1. У Сидоровой Е.Н. обнаружены повреждения:

- одна ссадина в области верхней трети правого предплечья;
- одна ссадина на тыльной поверхности правой кисти;
- один кровоподтёк на внутренней поверхности правой голени;
- один кровоподтёк на наружной поверхности левой голени.

2. Данные повреждения образовались от воздействий тупых твёрдых предметов с ограниченной повреждающей поверхностью, о чем свидетельствует сам характер диагностированных повреждений.

Кровоподтёки могли образоваться как от прямых ударных, так и от прямых сдавливающих воздействий тупых предметов.

Ссадины образовались от комбинированных ударно-скользящих воздействий тупых предметов.

Одно повреждение соответствует одному травматическому воздействию.

В роли травмирующих предметов могли выступать ударные части кисти, пальцы рук, ударные части обуви и т.п. .

3. Повреждения диагностированные при осмотре 25 ноября 2014 г., произведённом в ходе настоящего судебно-медицинского обследования (см. п. «1» заключения), не повлекли какой-либо степени тяжести вреда здоровью у Сидоровой Е.Н. .

4. Подвергнуть судебно-медицинской оценке диагноз «Сотрясение головного мозга», указанный в представленной выписке из больницы им. Пирогова, от 20 ноября 2002 г., не представляется возможным в связи с отсутствием, в данном документе, какой-либо информации, содержащей клиническое обоснование диагностики и течения данной черепно-мозговой травмы у Сидоровой Е.Н.

4.1. Для медико-экспертной оценки обоснования указанного выше диагноза необходимо:

- представить историю болезни на имя Сидоровой Е.Н., за период её стационарного лечения в 5-м нейрохирургическом отделении (с 13 по 20 ноября 2014 г.);
- представить амбулаторную карту на имя Сидоровой Е.Н. с информацией о её амбулаторном лечении у невропатолога после выписки из стационара, а также с информацией о состоянии здоровья обратившейся, до момента рассматриваемых событий.

Врач судебно-медицинский эксперт ОБСМЭ - _____ Петров И.В.
(подпись)

Экзаменационные билеты (примеры):

ГБОУ ВПО СамГМУ Минздрава России Кафедра судебной медицины

Билет № 15

1. Гидродинамическое действие пули. Определение последовательность образования пулевых отверстий в плоских костях.
2. Квалифицирующие признаки тяжкого вреда здоровью.
3. Танатогенез смерти от острого отравления двуокисью углерода.
4. Ситуационная задача (судебно-медицинская экспертиза живого лица).

Билет № 17

1. Классификация переломов костей таза. Их медико-экспертная оценка в отношении степени тяжести вреда здоровью.
2. Судебно-медицинские признаки совершения полового акта у лица женского пола.
3. Танатогенез смерти от острого отравления метгемоглобинообразующими ядами.
4. Ситуационная задача (судебно-медицинская экспертиза трупа).

Билет № 18

1. Медицинские критерии вреда здоровью средней тяжести.
2. Судебно-медицинская экспертиза установления возраста.
3. Танатогенез смерти от острого отравления мышьяком.
4. Ситуационная задача (судебно-медицинская экспертиза живого лица).

Критерии оценки итоговой государственной аттестации ординаторов по дисциплине «Судебная медицина» в соответствии с «Положением о проведении контроля успеваемости и аттестации обучающихся» ГБОУ ВПО СамГМУ Минздрава России (пункт 4.3)

Собеседование:

Ответ оценивается на «отлично», если ординатор:

отвечает на все вопросы билета, а также на дополнительные вопросы членов комиссии.

Ответ оценивается на «хорошо», если ординатор:

отвечает на 90% поставленных перед ним вопросов.

Ответ оценивается на «удовлетворительно», если ординатор:

отвечает на 80% вопросов.

Ответ оценивается «неудовлетворительно», если ординатор:

Не ориентирован в основных вопросах специальности, не знает значительной части программного материала

Тестовый контроль:

Ответ оценивается на «отлично», если ординатор:

90-100 % правильных ответов

Ответ оценивается на «хорошо», если ординатор:

80-89% правильных ответов

Ответ оценивается на «удовлетворительно», если ординатор:

70-79% правильных ответов

Ответ оценивается «неудовлетворительно», если ординатор:

менее 70% правильных ответов

Зачет по практическим навыкам:

Зачтено - 70% и более правильно выполненных практических манипуляций

Не зачтено – менее 70% правильно выполненных практических манипуляций

