Приложение 1

Министерство здравоохранения Российской Федерации

Федеральное государственное бюджетное образовательное

учреждение высшего образования

«Ижевская государственная медицинская академия»

**Кафедра судебной медицины**

Утвержден

на заседании кафедры

«29» августа 2017 г.

протокол № 1

Заведующий кафедрой

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ А.Ю. Вавилов

**Фонд**

**ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ**

**по учебной дисциплине**

**Судебная медицина**

Уровень высшего образования «Специалитет»

Специальность 31.05.03 «Стоматология»

Квалификация Врач-стоматолог общей

практики

Приложение 2

**Паспорт**

**фонда оценочных средств**

**по дисциплине**

**Судебная медицина**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| № | Контролируемые разделы (темы) дисциплины | Код контролируемой компетенции | Наименование оценочного средства |
| 1. | Процессуально-организационные вопросы судебно-медицинской деятельности. Осмотр места происшествия и трупа на месте его обнаружения | ОПК-3ОПК-6ОПК-9ПК-7 | Собеседование.Тест.Кейс задачи.Ролевая игра.Реферат.Практические навыки |
| 2. | Судебно-медицинская экспертиза живых лиц | ОПК-3ОПК-6ОПК-9ПК-7 | Собеседование.Тест.Кейс задачи.Реферат.Практические навыки |
| 3. | Судебно-медицинская танатология (общая и частная). Судебно-медицинская токсикология (общая и частная) | ОПК-3ОПК-6ОПК-9ПК-7 | Собеседование.Тест.Кейс задачи.Реферат.История болезни.Практические навыки |
| 4.  | Судебно-медицинская травматология (общая и частная) | ОПК-3ОПК-6ОПК-9ПК-7 | Собеседование.Тест.Кейс-задачи.Реферат.История болезни.Практические навыки |
| 5.  | Лабораторные методы исследования в судебной медицине. Экспертиза по материалам дела. Судебно-медицинская экспертиза о профессиональных правонарушениях медицинских работников | ОПК-3ОПК-6ОПК-9ПК-7 | Собеседование.Тест.Кейс-задачи.Реферат.Практические навыки |

Приложение 5

Федеральное государственное бюджетное образовательное

учреждение высшего образования

«Ижевская государственная медицинская академия»

Кафедра судебной медицины

**Деловая (ролевая) игра**

**по дисциплине**

**Судебная медицина**

**Тема 1**: Осмотр места происшествия и трупа на месте его обнаружения.

**Концепция игры.**

Цель: Усвоить процессуальную роль и действия врача-эксперта при работе его в качестве специалиста при осмотре места происшествия и трупа на месте его обнаружения. Освоить правильное описание трупных явлений в зависимости их от давности и причины смерти, научиться методике исследования ранних и поздних трупных явлений и способам определения давности наступления смерти человека. Узнать правила составления медицинской части протокола осмотра места происшествия.

Описание сценария: Студентам раздаются макеты, изображающие различные места происшествий (квартира, улица, открытое пространство и т.д.) с предметами окружающей обстановки и трупом на месте его обнаружения (ненасильственная и насильственная смерть от различных причин). Студенты, по плану, изложенному в методических рекомендациях кафедры, должны произвести осмотр места происшествия и трупа на месте его обнаружения, правильно описав обстановку на месте происшествия, позу, одежду и трупные явления на трупе, внешние морфологические признаки, позволяющие предположить ту, или иную, причину смерти человека.

**Роли:** - следователь;

- врач – специалист в области судебной медицины.

**Ожидаемый результат.**

В ходе деловой игры обучающиеся должны:

**знать:**

**а**) Процессуальные положения, в том числе права и обязанности участников осмотра;

**б**) Методы (виды) и стадии осмотра;

**в**) Правила изъятия вещественных доказательств;

**г**) Порядок описания трупа и его особенности при различных видах смерти;

**д)** Основные методики определения давности смерти (по морфологическим признакам и по температуре трупа).

**уметь:**

**а**) Установить факт смерти и ее давность;

**б**) Описать одежду;

**в**) Составить словесный портрет;

**г**) Выявить и описать телесные повреждения;

**д**) Определить соответствие места обнаружения трупа месту смерти;

**ж**) Высказать предварительное суждение о причине смерти (при наличии соответствующих данных);

**з)** Высказать предварительное суждение о давности смерти.

**владеть:**

**а**) Правильным ведением медицинской документации;

**б**) Методами общеклинического обследования;

**в**) Интерпретацией результатов инструментальных методов диагностики;

**Темы 2-4 - деловая игра не предусмотрена.**

**Тема 10**: Лабораторные методы исследования в судебной медицине.

**Концепция игры.**

Цель: Обучение методам судебно-медицинских лабораторных исследований вещественных доказательств биологического происхождения.

Описание сценария: Обучающимся раздаются образцы вещественных доказательств биологического происхождения (набор микропрепаратов волос, костные фрагменты, черепа) и необходимая микроскопическая техника. Обучающиеся распределяются в группы соответственно – эксперты биологического и медико-криминалистического отделений. Производится исследование представленных объектов, по окончании которого, обучающиеся выступают с заключениями по представленным объектам. Нескольким обучающимся дается задание – составить словесный портрет двух студентов из этой же группы (мужчины и женщины), не сообщая об этом тем, кого они будут описывать словесно. По окончании работы словесные портреты зачитываются, студент, выбравший роль следователя должен опознать, кому эти описания принадлежат. Группа обучающихся, непосредственно не задействованная в исследовании объекта, по которому производится выступление, берет на себя функции работников следствия – следователь, адвокат, судья – задавая вопросы выступающим по существу дела.

Разбираемые вопросы:

- судебно-медицинское исследование пятен крови;

- судебно-медицинское исследование пятен спермы;

- судебно-медицинское исследование волос;

- судебно-медицинское исследование костных фрагментов;

- судебно-медицинское исследование повреждений на одежде;

- правила составления словесного портрета.

**Роли:** - эксперты биологического отделения;

- эксперты медико-криминалистического отделения;

- следователь;

- адвокат;

- судья.

**Ожидаемый результат.**

В ходе деловой игры обучающиеся должны:

**знать:**

**а**) Процессуальные положения, в том числе права и обязанности эксперта;

**б**) Методы исследования вещественных доказательств биологического происхождения;

**в**) Способы идентификации личности по костным останкам (по черепу);

**г)** Правила составления словесного портрета.

**уметь:**

**а**) Описать внешний облик человека и его личные характерные особенности (мимика, жесты, речь и т.д.) по правилам словесного портрета;

**б**) Пользоваться инструментарием (микроскопы, измерительные линейки, штангенциркули и т.д.) при исследовании вещественных доказательств биологического происхождения;

**в**) Определить пол и возраст по черепу;

**г**) Установить принадлежность волоса человеку или животному, определить окрашивание волоса и его трансформацию в результате гниения;

**д**) Определить способ повреждения волоса (острым или тупым предметом, высокой температурой), дифференцировать выпавший и вырванный волосы;

**владеть:**

**а**) Методами судебно-медицинской лабораторной диагностики;

**б**) Интерпретацией результатов инструментальных методов диагностики;

Критерии оценки:

Оценка «отлично» выставляется студенту, если он обнаружил всестороннее, систематическое и глубокое знание разбираемой учебной темы, в полном объеме выполнил задание, усвоил основную учебную литературу по теме и знаком с дополнительной, рекомендованной, литературой, рекомендованной учебной программой.

Оценка «хорошо» выставляется студенту, если он обнаружил полное знание учебного материала, успешно выполнил задание, но не в полном объеме, либо допустил ряд некритичных ошибок, усвоил основную учебную литературу по теме и знаком с дополнительной, рекомендованной, литературой, рекомендованной учебной программой.

Оценка «удовлетворительно» выставляется студенту, если он обнаружил знание учебного материала достаточное для практической работы, но не в полном объеме, выполнил задание в объеме около 70%, либо в полном объеме, но допустил ряд критичных ошибок, усвоил основную учебную литературу по теме.

Оценка «неудовлетворительно» выставляется студенту, если он обнаружил пробелы в знаниях учебного материала, не допускающие практическое использование имеющихся знаний, задание выполнено в объеме менее 50%, либо с существенными критичными ошибками, основная учебная литература по теме не усвоена.

Составитель \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ А.Ю. Вавилов

29 августа 2017 г.

Приложение 6

Федеральное государственное бюджетное образовательное

учреждение высшего образования

«Ижевская государственная медицинская академия»

Кафедра судебной медицины

**Кейс-задачи (ситуационные)**

**по дисциплине**

**Судебная медицина**

**Тема 1. Осмотр места происшествия и трупа на месте его первоначального обнаружения.**

Всего 17 заданий.

Пример:

1. В отдел милиции № 4 УВД по г. Ижевску поступило заявление о смерти гр-на Г. Оперативная группа, приехавшая на место происшествия, произвела его осмотр и осмотр трупа на месте его обнаружения. При этом в «Протоколе осмотра места происшествия» судебно-медицинским экспертом были зафиксированы следующие посмертные изменения: «…глаза трупа закрыты, роговицы прозрачные, влажные. Красная кайма губ подсохшая. Трупные пятна фиолетовые, расположены на спине. При надавливании незначительно бледнеют и медленно восстанавливают первоначальный вид. Трупное окоченение хорошо выражено во всех группах мышцах, кроме брюшных. При ударе ребром ладони по двуглавой мышце плеча в месте воздействия образуется небольшая вмятина. Проведена термометрия трупа, осуществленная электронным термометром «Термед» в глубине печени при температуре окружающей среды 16,841ºС. Значение температуры первого замера – 20,109ºС. Второй замер проведен через 15 минут. Температура трупа при втором замере равна 19,988ºС».

Вопрос: Давность смерти человека?

**Тема 2.** Судебно-медицинская экспертиза живых лиц.

Всего 66 заданий.

Примеры:

1. На внутренней поверхности нижней трети правого предплечья ссадина неправильной овальной формы 0,5х0,3см с желтовато-коричневым дном на уровне неповрежденной кожи. На тыльной поверхности правой кисти в центральной части четыре ссадины неправильной овальной формы размерами от 0,3х0,4 до 0,9х0,4см, подобные вышеописанным. На передней поверхности левого плечевого сустава две параллельных ссадины 1х0,1см и 0,6х0,1см подобные вышеописанным.

- какие повреждения выявлены у пострадавшего?

- механизм и давность образования повреждений?

- какой вред причинен здоровью пострадавшего и по каким квалифицирующим признакам?

2. На лбу, по средней линии тела группа косовертикально расположенных полулунной формы ссадин, длиной от 0,5 до 3,5 см, красного цвета. По нижнему краю правой орбиты неправильной полулунной формы багрово-фиолетовый кровоподтек 1,5×4 см. У внутреннего угла левого глаза по нижнему краю орбиты неправильной треугольной формы кровоподтек фиолетового цвета 1,5×2,5 см. На наружной поверхности правого плеча в верхней его трети округлой формы багрово-фиолетовый кровоподтек 6×5,5 см, зеленоватого цвета по периферии. На передней поверхности правого плеча овальной формы кровоподтек фиолетового цвета с зеленовато-желтоватым окрашиванием по периферии, размерами 1,5×2 см. В области основания 1-го пальца левой кисти линейная ссадина длиной 3 см под красной несколько выступающей над поверхностью кожи корочкой. На внутренней поверхности правого лучезапястного сустава неправильной формы кровоподтек с нечеткими контурами, зеленоватого цвета, размерами 1,5×2 см. Здесь же группа ссадин различной формы, размерами от 0,5 до 1,5 см с красной, несколько выступающей над поверхностью кожи поверхностью. На наружной поверхности левого бедра в верхней его трети багрово-фиолетовый кровоподтек 8×6,5 см. При пальпации поясничной области болезненность.

- какие повреждения выявлены у пострадавшего?

- механизм и давность образования повреждений?

- какой вред причинен здоровью пострадавшего и по каким квалифицирующим признакам?

3. Из медицинской карты № … стационарного больного 3 ГБ на имя Б.: «…поступил … г в 15.55 час, доставлен СМП с жалобами на наличие раны в левой ягодице. Со слов, … г около 15 час. дома брат ударил ножом в левую ягодицу… Ранее перенес грипп, ОРЗ, инсульт с правосторонним гемипарезом. Страдает эпиприпадками, 2 группа инвалидности. Состояние ближе к удовлетворительному. В сознании, заторможен. Дыхание везикулярное. АД-160/100 мм.рт.ст. Живот безболезненный. Местно: в области верхненаружного квадранта левой ягодицы рана 2х1см с ровными краями, заполнена сгустком. Чувствительность сохранена, пульсация артерии сохранена. Функция пальцев левой стопы сохранены. ПХО раны, дренирование, повязка. Ревизия раны- ход раневого канала сзади наперед, сверху вниз, снаружи кнутри, глубина до 12см. Рана заканчивается на задней поверхности крестца. Швы. Результаты ХТИ № … – в крови Б. этанол не обнаружен…. От … г- состояние удовлетворительное. Рана зажила первичным натяжением. Выписан. Проведено 20 койко-дней. Клинический заключительный диагноз: Колото-резаная рана левой ягодицы».

- какие повреждения выявлены у пострадавшего?

- механизм и давность образования повреждений?

- какой вред причинен здоровью пострадавшего и по каким квалифицирующим признакам?

4. Из акта № … судебно-медицинского освидетельствования от … г на имя Ф.,… г.р.: «…Со слов: «… г. зять бил кулаками мне по телу, каким образом я получил перелом левой кисти сказать не могу.» Находится на лечении в травм. поликлинике. Жалобы на боль в области повреждений. ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКАЯ ЧАСТЬ: На 2-3 пальцах левой кисти задняя лонгетная гипсовая повязка. На тыльной поверхности у основания 2 пальца правой кисти синевато-фиолетовый кровоподтек диаметром 2 см. Мед. карта и рентгенограммы из ТОП. … г представлена карточка №… травматологического больного на имя Ф., … г.р.: «… Обратился … г в 23.45 час. В подъезде своего дома подрался с известным. Болит 2 палец левой кисти. Жалобы на боли в левой кисти, отек +2,0 см. пальпация в проекции головки 2 пястной кости резко болезненна. Функция 2 пальца качательная. Чувствительность сохранена. На рентгенограмме подголовчатый вколоченный перелом 2 пястной кости левой кисти без смещения. Назначено лечение. Выдан б/л….От … г – жалобы на боли в левой кисти. Гипс снят – 3 недели. Пальпация проекции 2 пястной кости болезненна. Функция 2 пальца качательная. Чувствительность сохранена. Диагноз: Срастающийся подголовчатый перелом 2 пястной кости левой кисти без смещения. Продолжает лечение…. От …г – жалоб нет. Отека левой кисти нет. Пальпация безболезненна. Функция в полном объеме. Сила достаточная. Клинически перелом сросшийся. К труду с … г. Больничный лист закрыт. Диагноз заключительный: Закрытый подголовчатый вколоченный перелом 2 пястной кости левой кисти без смещения отломков. 43 дня нетрудоспособности». На представленных рентгенограммах костей левой кисти в 2-х проекциях от … г на имя Ф. (ТОП)- определяется подголовчатый вколоченный перелом 2 пястной кости без смещения костных отломков, в динамике на контрольном снимке с костной мозолью».

- какие повреждения выявлены у пострадавшего?

- механизм и давность образования повреждений?

- какой вред причинен здоровью пострадавшего и по каким квалифицирующим признакам?

5. Из медицинской карты № … стационарного больного ГКБ-7 на имя Ш., … г.р.: «…доставлена ССМП в отделение реанимации ГКБ-7 …г в 13 час., переведена экстренно из ЦРБ, в 6.30 час. была сбита автомобилем… Состояние крайне тяжелое. Кома2. Сознание по ШКГ – 4балла. Дыхание через интубационную трубку. АД 120/80 мм.рт.ст. Пульс 64 уд. в мин. Бледность кожных покровов. Живот мягкий. Неврологический статус: зрачки широкие, справа шире, фотореакции угнетены, на боль вялая разгибательная реакция. Гипотония. Положительный симптом Бабинского с 2-х сторон. Местно: из левого слухового прохода алая кровь, в ротовой полости следы крови. На серии МРТ от … г – острая эпидуральная гематома над правым полушарием головного мозга 45-50 куб.см. Множественные контузионно-геморрагические очаги в левом полушарии мозжечка, в обоих полушариях головного мозга и стволе мозга. Прорыв крови в желудочковую систему. Тампонада желудочков. Диффузное аксональное повреждение головного мозга. Аксиальная дислокация. Диффузный отек головного мозга. Гемосинус. Операция №… от … г «Вентрикулопункция передних рогов с 2-х сторон» … ликвор получен на глубине 5см слева с массивной примесью крови, справа – красный. Операция №… от … г «ДТЧ справа, удаление острой субдуральной гематомы» - … разрез мягких тканей…, твердая мозговая оболочка резко напряжена, вскрыта, обнаружена и удалена острая субдуральная гематома 50 куб.см. над лобной долей. Мозг резко отечен, с массивными субпиальными кровоизлияниями. На границе полюса височной доли и основания лобной – корковый контузионный кровоточащий очаг диаметром 4 см. Более мелкие очаги в височной доле. Гемостаз… Швы. Операция №… от … г «Декомпрессивная трепанация черепа слева» … разрыв в левой лобно-височно-теменной области, выявлен косоидущий линейный перелом чешуи височной кости с переходом на основание в области большого крыла, разрыв твердой мозговой оболочки около 1 см, напряжена, вскрыта… мозговое вещество отечно, с массивными субпиальными кровоизлияниями. На границе базиса лобной и височной долей контузионный очаг диаметром 3-4 см. гемостаз… Швы. На рентгенограмме грудной клетки – правое легкое частично коллабировано, костный остов без особенностей. Диагноз: Правосторонний пневмоторакс объемом около 500 куб.см. На рентгенограмме черепа от … г – определяется линейный перелом теменной кости справа с переходом на чешую височной кости. На рентгенограмме правого коленного сустава – перелом большеберцовой кости. От … г состояние тяжелое. Кома 2, под НВБ на ИВЛ через трахеостому. АД 80/50 мм.рт.ст., Пульс 64 уд. в мин. Через правый дренаж выделилось 220 мл геморрагического ликвора, из левого – 80,0. Умеренный пролапс мозга больше справа. Перевязка. Клинический диагноз: Сочетанная травма. Открытая черепно-мозговая травма. Тяжелый ушиб головного мозга. Острая субдуральная гематома. Контузионные очаги. Дислокация мозга. ДАП. Перелом большеберцовой кости правой голени».

- какие повреждения выявлены у пострадавшего?

- механизм и давность образования повреждений?

- какой вред причинен здоровью пострадавшего и по каким квалифицирующим признакам?

6. **Со слов:** Пришли муж с троюродным братом, пьяные. Муж потом уснул в кресле, а его брату я постелила на диване. Сама легла спать в другой комнате вместе со своим сыном. Ночью я проснулась от того, что рядом со мной лежал брат мужа. Он начал уговаривать меня совершить с ним половой акт, ругался, обзывал меня разными словами. Я не кричала, т.к. боялась разбудить сына. Пыталась его уговорить. Он вроде бы успокоился, но попросил меня еще раз показать где ему спать. Я пошла с ним. Когда мы зашли в комнату, он повалил меня на кровать, а сам навалился сверху. Я пыталась кричать, пьяный муж не проснулся, а его брат пообещал убить меня и моего сына если я еще раз крикну. Я испугалась и перестала сопротивляться. В это время он ввел половой член мне во влагалище. Я пыталась его уговорить, но он только ругался. Мне показалось, что половой акт длился очень долго. Наконец мне удалось вырваться. В это время вышел мой сын. Я схватила его и увела с собой на кухню. Там я схватила кухонный нож и начала набирать номер телефона милиции. Брат мужа попытался схватить меня, и я ударила его ножом в руку. После этого, пока я звонила в милицию, он схватил свою куртку и убежал. Половая жизнь в браке. Рожден 1 ребенок. **Объективно:** Правильного телосложения, удовлетворительного питания. Повреждений на волосистой части головы, лице, шее, груди, животе, спине и конечностях не выявлено. Наружные половые органы сформированы правильно, большие половые губы прикрывают малые. Область бартолиниевых желез без особенностей. Девственная плева в прошлом полулунной формы, представлена миртовидными сосочками. Повреждений в области половых органов и на слизистой влагалища не выявлено. В области заднего свода влагалища в небольшом количестве мутная белесоватая слизь. Взяты мазки из влагалища и заднепроходного отверстия. **Результаты дополнительных методов исследования:** Выписка из акта судебно-медицинского исследования № … от … г.: «…в содержимом влагалища обнаружены сперматозоиды. В содержимом прямой кишки сперматозоиды не обнаружены».

- какие повреждения выявлены у пострадавшего?

- механизм и давность образования повреждений?

- какой вред причинен здоровью пострадавшего и по каким квалифицирующим признакам?

- есть ли признаки бывшего полового сношения?

**Тема 3.** Судебно-медицинская танатология (общая и частная). Судебно-медицинская токсикология (общая и частная).

Всего 44 задания.

Примеры:

1. Труп женщины гиперстенического телосложения, повышенного питания, длиной 162см, равномерно холодный на ощупь по всем участкам тела, доставлен завёрнутым в жёлто-красное одеяло. Одежда на трупе: красный и разноцветный головные платки; матерчатая куртка тёмно-серого цвета, в левом боковом кармане которой: зелёный пластмассовый гребешок для волос и фрагменты туалетной бумаги; тёмно-синий пиджак; серая безрукавка с подкладом из чёрного меха; зелёная трикотажная жилетка; зелёный с цветным рисунком сарафан; разноцветная майка; чёрные с начёсом трико; серые панталоны; пара серых носков; валенки и галоши чёрного цвета. В мочке левой ушной раковины серьга из белого металла в виде ягоды с листьями. В мочке правой ушной раковины серьга из серого металла в виде овальной решётки с одиночным прозрачным камней. Трупное окоченение, во всех группах мышц, выражено слабо и разрешается легко. Трупные пятна в виде светло-фиолетовых островков на задней и левой боковой поверхностях тела, при надавливании пальцем стойко бледнеют по периферии. Роговицы полупрозрачные тускловатые; зрачки слабо контурируются. Кости и хрящи лицевого черепа на ощупь целы. Наружные слуховые проходы и носовые ходы свободно проходимы. Язык в полости рта, за линией неповреждённых дёсен (зубы на верхней и нижней челюстях отсутствуют). Шея без патологической подвижности позвоночника. Грудная клетка симметричная. Передняя брюшная стенка мягкоподвижная. Наружные половые органы сформированы по женскому типу. Межъягодичная складка без наложений. Кости конечностей на ощупь целы. Внутренняя поверхность кожно-мышечного лоскута головы желтовато-розоватой окраски, без кровоизлияний. Толщина костей черепа на распиле 0,4-0,9см. Твёрдая мозговая оболочка розоватая, в синусах следы жидкой тёмной крови. Мягкие мозговые оболочки прозрачные, сосуды оболочек полнокровные. Вещество на разрезе с чёткой границей между слоями, полнокровное. В желудочках следы прозрачного ликвора. Сосудистые сплетения красноватые гроздьевидные. Рисунок подкорковых ядер симметричный. Структура гипофиза, Варолиева моста, продолговатого мозга и мозжечка не изменена. Сосуды основания сужены атеросклеротическими бляшками на 60%. Кости свода и основания черепа целы. Внутренняя поверхность кожно-мышечных лоскутов шеи, грудной клетки и живота без кровоизлияний. Лёгкие несколько спавшиеся, их передние края не соприкасаются друг с другом, пристеночная плевра гладкая. Париетальная брюшина и серозный покров петель кишечника гладкие. В плевральных и брюшной полостях свободной жидкости не обнаружено. В корне языка кровоизлияний нет. Вход в гортань свободен. Пищевод пуст, слизистая оболочка сероватая, её продольная складчатость сохранена. Обе доли щитовидной железы на разрезе коричневой окраски, однородные. Хрящи гортани, трахеи и подъязычная кость целы. В просвете трахеи и главных бронхов обилие пенистой беловато-розоватой жидкости, слизистая оболочка розоватая. Лёгкие воздушной консистенции; висцеральная плевра гладкая; ткань на разрезах коричневато-сероватая; с плоскостей разрезов, при надавливании, обильно стекает беловато-розоватая пенистая жидкость; бронхи толстостенные. В аорте жидкая тёмно-красная кровь, внутренняя оболочка цвета «слоновой кости», с множественными, наслаивающимися друг на друга, атеросклеротическими бляшками в стадии липосклероза и кальциноза. На разрезе надпочечников выражен лишь рисунок коры жёлтого цвета. Почки дряблые, их фиброзные капсулы снимаются с трудом, но без потери ткани, обнажая бугристую поверхность; ткань на разрезе розовато-коричневатая, неравномерного кровенаполнения, рисунок пирамид выражен; просветы лоханок обложены жёлтым жиром; мочеточники проходимы. Мочевой пузырь пуст, слизистая оболочка светло-жёлтая. Селезёнка на разрезе тёмно-красная, без соскоба пульпы. Околосердечная сорочка резко напряжена, в полости её 500мл жидкой крови и рыхлых свёртков тёмно-красного цвета; внутренняя оболочка гладкая. Сердце – 12х12х6см, 520г; на задней стенке левого желудочка в верхней трети обнаружен сквозной, сообщающийся с полостью желудочка, разрыв дуговидной формы в горизонтальном направлении, длиной 1,9см; края разрыва неровные, стенки их отвесные, с тёмно-красными кровоизлияниями; в окружности разрыва, на площади 4х3см, ткань розового цвета, мягкой консистенции; в полостях следы жидкой тёмно-красной крови; створки клапанов и сосудов светло-жёлтого цвета, неравномерно утолщенные; сосочковые мышцы гипертрофированы; сухожильные нити резко укорочены; толщина мышцы левого желудочка – 1,6см, правого – 0,5см, межжелудочковой перегородки – 1,0см; миокард серовато-красный, неравномерного кровенаполнения; венечные артерии сужены атеросклеротическими бляшками на 70-80%. Печень рыхлая, с поверхности гладкая – 24х15х12х11см, на разрезе бурая однородная, рисунок долек сохранён. В жёлчном пузыре около 15мл жидкой зеленоватой жёлчи, слизистая оболочка цвета содержимого. Поджелудочная железа в виде дряблого тяжа, на разрезе грязно-жёлтого цвета, однородная. Желудок пуст, слизистая оболочка сероватая, складчатость сглажена. В петлях кишечника гнилостные газы и каловые массы коричневого цвета, слизистая оболочка серовато-зеленоватая. Кости позвоночника, таза и рёбра целы. ЛАБОРАТОРНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ: Выписка из акта судебно-химического исследования № … от …: «…В крови этиловый спирт не обнаружен…».

- сформулируйте судебно-медицинский диагноз.

- какие повреждения выявлены у пострадавшего?

- механизм и давность образования повреждений?

- какой вред причинен здоровью пострадавшего и по каким квалифицирующим признакам?

- давность и причина смерти?

- наличие и концентрация этанола? Какой степени опьянения соответствует выявленная концентрация этанола в крови?

2. Представлена медицинская карта стационарного больного № … МУЗ «МСЧ «…», на имя …., … г.р. известно, что поступил …г. в 21-40 час. «…Доставлен скорой помощью с диагнозом: «острое отравление уксусной кислотой, ожог ЖКТ химический». Со слов сопровождающих родственников, принял по ошибке на фоне алкогольного запоя уксусную эссенцию, якобы, со слов бабушки, полчаса тому назад, в объеме около 100 мл; сын, дочь не знают сколько, когда и что принимал дедушка в их отсутствие. Состояние крайне тяжелое. Психомоторное возбуждение, контакту не доступен. Выраженный цианоз, клокочущее дыхание, выделяется кровь с кашлем, с рвотными движениями, кровь из носовых ходов… АД 100/60, пульс 130 в мин. Живот умеренно вздут, перистальтика прослушивается. Симптомов раздражения брюшины нет. Госпитализация в токсикологическое отделение. Под м/а катетеризированы подключичные вены справа и слева по Сельдингеру. После в/в ведения атропина 0,1% 1,0, реланиума 20 мг, под контролем прямой ларингоскопии выполнена интубация трахеи, перевод на ИВЛ; ротоглотка с признаками химического ожога, голосовые связки, слизистая с выраженным отеком. Катетеризация мочевого пузыря. Мочи нет, выделилось около 50 мл кровянистого содержимого темного цвета. …26.07.09 г. 07-00. …Кровь, взятая на анализ из вены при поступлении «черного цвета» на фоне проводимой ИВЛ… Проводилась ИВЛ в режиме принудительной вентиляции. В легких проводные хрипы. …Тоны сердца ритмичные… АД=100/60 – 70/40 – 60/20 – 100/60 – 110/70. Пульс 130 – 120 – 100. Биохимические анализы и анализы на оценку свертывающей системы крови не выполнены из-за массивного гемолиза. При центрифугировании крови плазма не отделяется от эритроцитов – гемолизирование крови. По причине кровотечения на фоне ДВС-синдрома выполнить экстракорпоральную детоксикацию не представляется возможным. …Полная анурия (стимуляция диуреза без эффекта). Заключение: состояние крайней степени тяжести, связанное с осложнением острого отравления уксусной кислотой. ОПН с анурией, массивный гемолиз, ДВС-синдром, энцефалопатия с комой I. Планируется продолжить корригирующую терапию. …27.07.09 г. 08-00 – 15-00. Состояние крайне тяжелое. Кома. Дыхание аппаратное… Кожные покровы бледные, нормальной влажности. Вены шеи контурированы. Склеры отечные. Тоны сердца ритмичные. АД 77/49 мм.рт.ст. Пульс 109 в мин. Живот мягкий, вздут. Моча отсутствует. Наблюдаются явления… азотемии, анурии, эндотоксикоза, являющиеся показанием к проведению гемофильтрации. Начало гемофильтрации 11-45, конец 18-45. …Спонтанно открывает глаза, на болевые раздражители гримасы боли. С целью седация тиопентал натрия 0,5 в/м. …29.07.09 г. Наблюдение в ПАРИТ с 08-00 до 16-00. Врач Закирова А.И. Состояние крайне тяжелое. Реагирует на боль гримасой. Кожные покровы бледные, нормальной влажности, теплые. …ЧДД 20-25 в мин. Тоны сердца аритмичные. Ад 100-110/70-60, пульс 80-90 в мин. Живот мягкий, вздут, кишечные шумы выслушиваются. Стул был. Моча темного цвета. Наблюдается азотемия, анурия, эндотоксикоз. Сеанс гемофильтрации с 10-30 до 16-00 продолжается. …30.07.09 г. 13-00. Взят в операционную, выполнена трахеотомия. 13-35 переведен в ПАРИТ токсикологическое отделение. Дыхание спонтанное через трахеотомическую трубку. Подключен к аппарату «Vella»… Продолжается в/в инфузия. Гемодинамика стабильная. АД 120/80 мм.рт.ст., пульс 80 в мин… Живот мягкий, перистальтика кишечника выслушивается, стул был обильный, коричневого цвета. Промывание мочевого пузыря раствором фурациллина. …31.07.09 г. 18-00. Остановка кровообращения. Начат комплекс реанимационных мероприятий: атропин 1,0, адреналин 1,0 в/в дробно, непрямой массаж сердца. 18-30. Констатирован смерть. Диагноз заключительный клинический. Острое отравление уксусной кислотой тяжелой степени тяжести. Тотальный ожог слизистой оболочки ротоглотки, пищевода, желудка, верхних дыхательных путей. Аспирационный синдром. ОДН. Ранее желудочно-кишечное кровотечение. ДВС-синдром. ОПН. Анурия. Токсический шок. Трахеотомия 30.07.09 г. Синдром полиорганной недостаточности». ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКАЯ ЧАСТЬ: Труп мужского пола, с длиной тела 171 см доставлен в морг без одежды. Труп нормостенической конституции, удовлетворительного питания, холодный на ощупь. Кожные покровы бледные с желтоватым оттенком. Трупные пятна островчатые, багрово-фиолетовые, располагаются на заднебоковых поверхностях тела, при надавливании бледнеют и медленно восстанавливают свою первоначальную окраску. Мышечное окоченение выражено хорошо обычно исследуемых группах мышц. Голова мезоцефалической формы. Глаза закрыты, соединительно-тканные оболочки век серовато-розовые, роговицы прозрачные, зрачки диаметром по 0,3 см. оба. Хрящи и кости носа целы, носовые ходы свободны. На переходной кайме губ коричневые отторгающиеся корочки. В области углов рта по одной ссадине, размерами: справа – 1,1х0,5-1,5 см, слева – 0,3-0,7х2,5 см; поверхность их на уровне смежной неповрежденной кожи темно-красного цвета. Язык за линией кариозно измененных зубов. Наружные слуховые проходы свободны. Шея пропорциональна размерам тела. На передней поверхности нижней ее трети выявлена вертикальная рана, длиной 2 см; края ее ровные, закругленные. Грудная клетка цилиндрической формы, симметричная, упругая. В правой подключичной области округлая рана, диаметром 0,3 см; края ее закруглены, в окружности их коричневатые корочки. Передняя брюшная стенка на уровне реберной дуги. Наружные половые органы сформированы правильно, по мужскому типу. Задний проход сомкнут, кожа вокруг него не опачкана каловыми массами. Кисти отечные. В локтевых сгибах, на передней поверхности верхней трети предплечий, на тыльной поверхности левой кисти, на передневнутренней поверхности нижней трети левой голени, на передней поверхности в области правого голеностопного сустава выявлены точечные раны, в окружности которых расположены багрово-фиолетовые кровоподтеки. Внутренняя поверхность кожно-мышечного лоскута головы розово-серого цвета, без кровоизлияний. Твердая мозговая оболочка синевато-серая с умеренно расширенными сосудами, синусы ее полнокровны. Мягкая мозговая оболочка отечная, полупрозрачная, сосуды ее расширены, полнокровные. В желудочках мозга небольшое количество бесцветной прозрачной жидкости. Сосудистые сплетения коричневато-красные, гроздьевидные. Ткань мозга на разрезах с четкой границей между серым и белым веществом, липнет к лезвию ножа. Рисунок подкорковых ядер симметричен. Структуры Варолиева моста, мозжечка и продолговатого мозга не изменены. Сосуды основания мозга проходимы с единичными атеросклеротическими бляшками. Кости свода и основания черепа целы. После рассечения передней грудной и брюшной стенки, в кожно-мышечном лоскуте груди и живота кровоизлияний нет. Внутренние органы расположены анатомически правильно, соответственно полостям. В правой плевральной и брюшной полостях выявлена желтая прозрачная жидкость, объемом до 300 мл и до 100 мл, соответственно. Высота стояния куполов диафрагмы на обычном уровне. Брюшина бледная, блестящая, без кровоизлияний. Легкие в плевральных полостях располагаются свободно. Глоточные миндалины не изменены. Спинка языка обложена белесоватым налетом, сосочки его несколько сглажены, в области корня языка коричневая слизь. Вход в гортань сужен за счет отека. Подъязычная кость и хрящи гортани целы. Обе доли щитовидной железы размерами 3х2х1 см, структура ткани на разрезе мелкозернистая, темно-коричневого цвета. В просвете аорты темная жидкая кровь. Внутренняя поверхность ее желтая с наличием атеросклеротических бляшек. В пищеводе небольшое количество красноватой жидкости, слизистая оболочка его отечная, серо-коричневого цвета, с множественными участками отторжения; складчатость отсутствует. В просвете трахеи и крупных бронхов большое количество коричневой, вязкой, мутной жидкости с примесью хлопьев творожистой консистенции серо-коричневого цвета. Слизистая оболочка этих отделов розово-серая с коричневым оттенком и множественными точечными и мелкоочаговыми, сливающимися между собой, темно-красными кровоизлияниями. На передней поверхности верхней трети трахеи вертикальная рана с пересечением двух хрящевых полуколец. Легкие плотные на ощупь. Поверхность их серо-коричнево-красная, с мелкоочаговыми, сливающимися кровоизлияниями под плевру на задней поверхности легких, основании и в междолевых областях. Ткань легких на разрезах серо-коричнево-красного цвета, с поверхности разрезов стекает темная, жидкая кровь и серая пенистая жидкость; перерезанные бронхи выступают над поверхностью разрезов, при сдавлении их из просветов выделяется зеленовато-серая слизь. Надпочечники листовидной формы с центральным распадом мозгового вещества. Обе почки обильно обложены жиром, размерами 11х6х4 см; под капсулой левой почки выявлено две полости, переходящие в толщу ткани, диаметром 0,6 см и 1,5 см; полости заполнены прозрачной бесцветной жидкостью. Ткань почек на разрезах: корковое вещество – коричневого, мозговое – темно-серого цвета. Лоханки обложены жиром. Фиброзная капсула с почек снимается легко, обнажая зернистую их поверхность. Слизистая лоханок, мочеточников серо-розового цвета. В мочевом пузыре мочи нет, слизистая оболочка серая, мелкоскладчатая. Селезенка дряблая, размерами 11х6х3 см, капсула ее морщинистая; в области ворот селезенки с переходом на купол диафрагмы темно-красное кровоизлияние 13х6 см. Ткань селезенки на разрезе темно-красная дает соскоб пульпы. Сердечная сорочка обложена жиром, цела. В полости ее небольшое количество желтоватой жидкости. Сердце обложено жиром, плотное на ощупь, размерами 12х11х6 см, весом 390 граммов. Венечные артерии проходимы, местами просвет их сужен за счет атеросклеротических бляшек, которые закрывают просвет до 10%. В полостях сердца жидкая темная кровь и ее желто-темно-красные рыхлые сверти свертки. Сосочковые мышцы и трабекулы рельефны, хордальные нити средней длины. Клапаны сердца утолщены. Толщина стенки левого желудочка 1,8 см., правого – 0,6 см. Мышца сердца на разрезе имеет неоднородную серо-красно-коричневую окраску, кровенаполнение ее неравномерное. Печень размерами 24х17х13х10 см, ткань ее на разрезе коричнево-красного цвета, пестрая, полнокровная. Желчные пути проходимы, в желчном пузыре до 30 мл темно-зеленой желчи, слизистая его бархатистая, цвета содержимого. Поджелудочная железа плотноватая, розовато-серого цвета, крупнодольчатая, с темно-красным кровоизлиянием в толщу ткани в области ее тела, размерами 3,5х10,5 см. На всех поверхностях наружной оболочки желудка очаговые, сливающиеся между собой, кровоизлияния красного цвета. В просвете желудка до 100 мл бордово-коричневой мутной, вязкой, маслянистой жидкости. Слизистая оболочка отечная, резко утолщена, серо-темно-красного цвета с множественными крупноочаговыми, сливающимися между собой темно-красными кровоизлияниями, распространяющимися в толщу мышечной стенки желудка. На слизистой оболочке множественные пристеночно расположенные коричнево-темно-красные, плотные свертки крови. В двенадцатиперстной кишке темно-зеленая слизь, слизистая оболочка ее серого цвета. На остальном протяжении тонкой кишки коричневая слизь, в просвете толстой кишки – зеленые, жидкие каловые массы. Слизистая оболочка отделов кишечника серого цвета. Кости скелета целы. РЕЗУЛЬТАТЫ ЛАБОРАТОРНЫХ МЕТОДОВ ИССЛЕДОВАНИЯ: Выписка из акта судебно-гистологического исследования № … от … г.: «…ЛЕГКОЕ. Гипертонус стенки бронха среднего калибра, в просвете бронха частично десквамированный пристеночный эпителий, гнойные массы, инфильтрация клетками лимфоидного ряда, лейкоцитами бронхиальной стенки, межальвеолярных перегородок, склерозированных периваскулярных зон, очаговая эмфизема, мелкоочаговые кровоизлияния в альвеолы, на фоне очагового интерстициального отека, мелкоочаговый интраальвеолярный отек, полнокровие сосудов всех калибров с картиной стаза крови на уровне сосудов микрогемоциркуляции, плазматизация стенок артериол, очаги пневмофиброза. СЕРДЦЕ. Спазм, чередующийся с дистонией неравномерно утолщенных стенок артерий миокарда, малокровие артерий миокарда, полнокровие сосудов венозно- венулярного звена, плазматическое пропитывание сосудистых стенок, стазы крови в сосудах микрогемоциркуляции, периваскулярный фиброз и очаговый интерстициальный фиброз, зоны волнообразной деформации миоцитов, гипертрофия кардиомиоцитов, чередование их с истонченными мышечными волокнами, расширение межмышечных пространств, перинуклеарная зернистость миоцитов. ПЕЧЕНЬ. Зернистая дистрофия гепатоцитов, центролобулярные некрозы гепатоцитов, лимфогистиоцитарная инфильтрация портальных трактов и синусоидных капилляров, полнокровие вен, капилляров синусоидов, фибриноидный некроз стенок артерий триад. ПОЧКА. Крупноочаговый некронефроз - нефротелий 55% проксимальных канальцев бесструктурен, ядра нефротелиоцитов затушеваны, стенки артерий утолщены, склерозированы, сосуды слоев неравномерно кровенаполнены, стазы крови в сосудах микрогемоциркуляции мозгового слоя, лейкостазы в просветах дистальных канальцев. СЕЛЕЗЕНКА. Полнокровие сосудов, контуры лимфоидных фолликулов затушеваны. ПОДЖЕЛУДОЧНАЯ ЖЕЛЕЗА. Очаговое полосовидной формы подкапсульное кровоизлияние, мелкоочаговые кровоизлияния внутри долек с перифокальным некрозом ацинарных клеток, полнокровие сосудов, фиброз железы. №2. СТЕНКА ЖЕЛУДКА. Очаговые некрозы слизистой оболочки с кровоизлияниями на этом уровне, плазматическим пропитыванием слизистой оболочки, лейкоцитарно-лимфоцитарная инфильтрация всей толщи слизистой оболочки, и оболочек стенки желудка, полнокровие сосудов микрогемоциркуляции с картиной стаза крови, лейкостазы, фибриновые тромбы в микрососудах. №1. СТЕНКА ПИЩЕВОДА. Тотальный некроз слизистой оболочки с кровоизлияниями на этом уровне, диффузная лейкоцитарная инфильтрация всей толщи слизистой оболочки, и оболочек стенки пищевода, полнокровие сосудов микрогемоциркуляции с картиной стаза крови, лейкостазы, фибриновые тромбы в микрососудах. СУДЕБНО-ГИСТОЛОГИЧЕСКИЙ ДИАГНОЗ: некроз слизистой оболочки стенки пищевода и стенки желудка с кровоизлияниями на этом уровне и гнойным воспалением оболочек стенки пищевода и желудка, нарушение органного кровообращения и реологических свойств крови – венозное и капиллярное полнокровие, сладж эритроцитов в капиллярах, признаки повышенной проницаемости сосудистых стенок; локальный ДВС-крови; очаговая гнойная бронхопневмония; крупноочаговый некронефроз; токсическое поражение печени с центролобулярными гепатонекрозами, фибриноидный некроз стенок артерий центра долек печени, мелкоочаговые кровоизлияния внутри долек поджелудочной железы с перифокальным некрозом ацинарных клеток, белковая дистрофия паренхиматозных органов; атеросклероз сосудов сердца и почек, кардиомиопатия».

- сформулируйте судебно-медицинский диагноз.

- какие повреждения выявлены у пострадавшего?

- механизм и давность образования повреждений?

- какой вред причинен здоровью пострадавшего и по каким квалифицирующим признакам?

- давность и причина смерти?

- наличие и концентрация этанола? Какой степени опьянения соответствует выявленная концентрация этанола в крови?

**Тема 4.** Судебно-медицинская травматология (общая и частная).

Всего 30 заданий.

Примеры:

1. Труп доставлен в морг в следующей одежде: брюки спортивные темно-синие, трусы серые с мелким клетчатым рисунком, серая футболка. На задней ее поверхности практически по средней линии тела на 22 см ниже ворота расположен косогоризонтальный сквозной дефект ткани щелевидной формы длиной 4,5 см, края дефекта ровные, концы закруглены. По всей поверхности футболки сзади помарки красной подсохшей крови и ее влажные свертки. С трупом доставлено покрывало розовое с белым цветным рисунком, пропитанное подсохшей кровью. Труп мужчины с длиной тела 178 см., правильного телосложения, хорошего питания, холодный на ощупь. Кожные покровы бледные, сероватого цвета. Трупные пятна светло-фиолетовые, располагаются преимущественно на заднебоковых участках тела, конечностей, при надавливании несколько бледнеют и медленно восстанавливают свою первоначальную окраску. Трупное окоченение хорошо выражено во всех обычно исследуемых группах мышц. При ударе ребром ладони по двуглавой мышце плеча образуется вмятина в проекции воздействия. Кости свода черепа целы на ощупь. Глаза закрыты, соединительно-тканные оболочки век серовато-розовые, роговицы прозрачные, зрачки круглые, диаметром по 0,5 см. оба. Хрящи и кости носа целы, носовые ходы свободны. Рот закрыт, язык за линией оставшихся неповрежденных зубов, полость рта свободна. Наружные слуховые проходы свободны. Шея пропорциональна размерам тела, повреждений на ней нет. Грудная клетка цилиндрической формы, симметрична, упруга. Передняя брюшная стенка ниже уровня реберной дуги. Наружные половые органы сформированы по мужскому типу. Задний проход сомкнут, кожа вокруг него в области межягодичной складки каловыми массами не опачкана. Повреждения: На тыльной поверхности 1-го пальца левой кисти в средней его части неправильной линейной формы рана, ориентированная в косопоперечном длиннику пальцев направлении, общей длиной 2,5 см, края ее ровные, несколько подсохшие, дном являются мягкие ткани. У основания 2-го пальца этой же кисти фиолетовый округлый кровоподтек до 3 см в диаметре. На тыльной поверхности основания 4-5 пальцев правой кисти аналогичные фиолетовые кровоподтеки. В теменной области справа осаднение 2,5х1 см, с западающим красно-фиолетовым дном. На спине трупа, на высоте 132 см от его подошв, на уровне 5-го грудного позвонка тотчас влево от средней линии тела косогоризонтально расположена неправильной веретенообразной формы рана, общей длиной 4,5 см, с расхождением краев в центральной части до 0,5 см, края раны ровные, верхний несколько скошен, нижний подрыт. Правый конец раны острый, левый близок к М-образному. По нижнему краю раны на 1,5 см кнаружи от внутреннего (правого) ее конца вниз отходит треугольной формы дополнительный разрез длиной 1 см с продолжением его в виде поверхностной насечки кожи длиной 0,5 см. При рассечении мягких тканей раневой канал идет кзади наперед, несколько сверху вниз, длина его в пределах мягких тканей (до вхождения в плевральную полость) 4 см. В кожно-мышечном лоскуте головы кровоизлияний нет. Кости свода черепа целы. Твердая мозговая оболочка синевато-серая с умеренно расширенными сосудами, синусы ее полнокровны, мягкая мозговая оболочка прозрачная, сосуды ее расширены, обильно кровенаполнены. Борозды сглажены, извилины уплощены. В желудочках мозга небольшое количество бесцветной прозрачной жидкости. Сосудистые сплетения светло-фиолетовые. Ткань мозга на разрезе с четкой границей коры. Рисунок подкорковых ядер симметричен. Структуры Варолиева моста, мозжечка и продолговатого мозга не изменены. Сосуды основания головного мозга незначительно утолщены атеросклеротическими бляшками, белесоватые. Кости основания черепа целы. После рассечения передней грудной и брюшной стенки, в кожно-мышечном лоскуте живота кровоизлияний нет. В мышцах груди слева на уровне 6 межреберного промежутка по окологрудинной линии округлое темно-красное кровоизлияние. В 7-ом межреберном промежутке по окологрудинной линии обнаружен сквозной щелевидный дефект, совпадающий с направлением раневого канала раны спины. Внутренние органы расположены правильно, соответственно областям. В брюшной полости следы прозрачной желтоватой жидкости. Высота стояния купола диафрагмы на обычном уровне. Брюшина бледная, блестящая, без кровоизлияний. Посторонней жидкости и спаек в брюшной полости нет. Мочевой пузырь ниже уровня лона. В правой плевральной полости содержимого нет, в левой плевральной полости 900 мл жидкой крови и 700 мл темных свертков крови. Легкие в плевральных полостях располагаются свободно. Глоточные миндалины не изменены. Язык незначительно обложен белым налетом, сосочки его выражены, ткань на разрезе розово-коричневая без кровоизлияний. Вход в гортань свободен. Подъязычная кость и хрящи гортани целы. Обе доли щитовидной железы размерами 4х3х1,5 см. структура ткани на разрезе мелкозернистая, темно-коричневого цвета. Просвет пищевода свободен, слизистая его серо-розовая, складчатость выражена, видны сосуды подслизистого слоя. В просвете трахеи и главных бронхов сероватая жидкость, слизистая этих отделов синюшная. Легкие: правое на ощупь мягковоздушное, левое тестоватой консистенции. На задней поверхности центральной части нижней доли левого легкого горизонтальный дефект длиной 8 см с ровными краями, с раневым каналом, проходящим сквозь всю толщу легкого, в окружности его темно-красное кровоизлияние. На задней поверхности сердечной сорочки соответственно ходу раневого канала легкого, совпадающего с направлением раневого канала от раны спины, аналогичный сквозной щелевидный дефект длиной 6 см. На передней поверхности сердечной сорочки в центральной ее части аналогичный сквозной щелевидный дефект длиной 4,5 см, в окружности темно-красное кровоизлияние. Ткань правого легкого на разрезе темно-красная однородная с характерным рисунком, с разреза обильно стекает темно-красная жидкая кровь. Левое легкое несколько спавшееся, на разрезе малокровное, розовато-коричневого цвета. По ходу раневого канала с темно-красными кровоизлияниями в ткани. Внутренняя поверхность аорты светло-желтая, имеются единичные атеросклеротические бляшки. Надпочечники листовидной формы с центральным распадом мозгового вещества. Обе почки размерами 13х8х4 см. Фиброзная капсула снимается легко, обнажая мелкозернистую их поверхность. Ткань на разрезе красно-коричневого цвета с четким разделением коркового и пирамидального вещества. Корковое вещество несколько бледноватое, с более темными четко контурирующимися пирамидами на его фоне. Слизистая лоханок, мочеточников серо-розового цвета. Слизистая мочевого пузыря серо-розовая, складчатая, в полости его 400 мл светлой мочи. Селезенка размерами 7х8х2,5 см., капсула ее сморщена, ткань на разрезе темно-фиолетовая, в соскобе кровь. В полости сердечной сорочки до 100 мл красных свертков крови. На задней поверхности легочного ствола косо-горизонтальный сквозной дефект длиной 3,5 см с ровными краями. На передней поверхности сердца в центральной его части в области межжелудочковой перегородки косогоризонтальный сквозной дефект длиной 2,5 см, с ровными краями. Указанные дефекты соединяются раневым каналом проходящим от легочного ствола до передней поверхности сердца через левый и правый желудочки с частичным пересечением межжелудочковой перегородки. Сердце с закругленной верхушкой; размерами 12х11х6 см., весом 370 граммов; в полостях следы жидкой темной крови, просветы венечных артерий свободны, внутренняя поверхность их с единичными атеросклеротическими бляшками. Клапаны сердца несколько утолщены, сухожильные нити средней длины, сосочковые мышцы и трабекулы рельефны. Под эндокардом левого желудочка полосовидные темно-красные кровоизлияния. Толщина стенки левого желудочка 1,3 см., правого 0,3 см. Мышца сердца упругая, на разрезе имеет однородного вида светло-коричневую окраску. По периферии раневого канала с темно-красными кровоизлияниями. Печень размерами 23х14х11х7 см. поверхность ее гладкая, желтого цвета. Желчные пути проходимы, в желчном пузыре до 50 мл желтой желчи, слизистая его бархатистая, цвета содержимого. Ткань печени на разрезе желто-коричневая, с характерной структурой строения. Поджелудочная железа в виде плотного эластического тяжа, с крупно-дольчатой структурой на разрезе. Желудок в форме крючка, в просвете его до 100 мл мутной слизеобразной сероватой жидкости с кислым запахом, без четких частиц пищевого содержимого. Слизистая желудка серовато-розовая, складчатость выражена. В отделах тонкого и толстого кишечника свойственное им содержимое. Кости черепа, тела и конечностей целы. На пристеночной плевре передней поверхности левой плевральной полости в 7-ом межреберном промежутке горизонтальный щелевидный сквозной дефект длиной 5 см с ровными краями, соединяющийся с раной спины раневым каналом длиной 20 см. РЕЗУЛЬТАТЫ ЛАБОРАТОРНЫХ МЕТОДОВ ИССЛЕДОВАНИЯ:Выписка из акта судебно-химического исследования № … от … г.: “...содержание этанола в крови – 4,40‰, в моче – 5,67‰. Судебно-медицинский эксперт-химик …” Выписка из акта судебно-биологического исследования № … от … г.: “...группа крови Вα. Судебно-медицинский эксперт …” Выписка из акта судебно-медицинского исследования № МК-… от … г.: “...Почти в центре лоскута одиночное, сквозное повреждение линейно-щелевидной формы, состоящее из двух отрезков «АБ» и «ВГ». Отрезок «АБ» длиной 3,7 см, конец его «А» (правый на снимке) «М»-образной формы, шириной 0,3 см, осаднен на ширину 0,4 см, с четко выраженными углами в виде надрывов, от правого угла отходит короткое надсечение длиной 0,5 см, конец надсечения близкий к остроугольному. Противоположный конец «Б» остроугольный. Края повреждения ровные, хорошо сопоставимы при сближении, узко осаднены. Отступя на 1,0 см от остроугольного конца от верхнего края повреждения под углом в 110 град, отходит разрез длиной 1,0 см, обозначенный как «ВГ» с остроугольным поверхностным концом «Г», который обращен в направлении конца «А» основного повреждения. На расстоянии 0,1 см от разреза «ВГ» на участке между концами «В» и «Б» от верхнего его края отходит под углом близким к прямому короткий надрез длиной 0,1 см, конец его остроугольный. Стенки повреждения гладкие, отвесные, в глубине их отдельные единичные темные текстильные волокна. На внутренней поверхности лоскута вокруг повреждения серовато-коричневое кровоизлияние без четких контуров… Таким образом, на кожном лоскуте со «спины» обнаружена одна колото-резаная рана, о чем свидетельствуют ее форма, размеры и морфологические признаки: «М»-образный и остроугольный концы, ровные сопоставимые края, гладкие стенки. Рана образовалась в результате ударного травматического воздействия плоским предметом с колюще-режущими свойствами, чем мог быть клинок ножа, обладавший острием, одним лезвием и «П»-образным обухом толщиной около 0,3 см. Отрезок «АБ», наиболее вероятно явился основным разрезом и возник в момент вкола клинка, отрезок «ВГ» явился дополнительным разрезом и возник в результате его извлечения. Рана может быть использована для групповой идентификации действующего орудия. Частных признаков в ней не обнаружено. ЗАКЛЮЧЕНИЕ: 1. На кожном лоскуте со «спины» от трупа гр-на Б. обнаружена одна колото-резаная рана, которая образовалась от ударного воздействия клинковым орудием, типа ножа и пригодна для групповой идентификации с причинившим ее предметом. 2. В ране обнаружены микрочастицы в виде текстильных волокон. 3. Исследование кожного лоскута на наличие следов металла в краях повреждения не проводилось ввиду отсутствия необходимых расходных материалов. Судебно-медицинский эксперт …” Выписка из акта судебно-гистологического исследования № … от … г.: “... Головной мозг: спазм артерий и неравномерное кровенаполнение сосудов вещества головного мозга, отек и дистрофические изменения нейронов. Сердце: гипертрофия групп кардиомиоцитов, чередование их с истонченными кардиомиоцитами, фрагментация и волнообразная деформация их, межмышечный отек; спазм артерий, сосуды неравномерно кровенаполнены, фрагментация и волнообразная деформация кардиомиоцитов, зернистая дистрофия кардиомиоцитов. Легкое: спазм бронхов, эпителий преимущественно десквамирован; в просвете их десквамированный эпителий и группы эритроцитов; очаговая везикулярная эмфизема; мелкоочаговые кровоизлияния в респираторную паренхиму; очаговая серозно-лейкоцитарная бронхопневмония; спазм артерий, неравномерное кровенаполнение. Печень: спазм артерий портальных трактов, неравномерное кровенаполнение их и синусоидов, зернистая дистрофия гепатоцитов. цитоплазма 5% гепатоцитов содержит жировые включения, лейкоцитарная инфильтрация портальных трактов. Почка: неравномерное кровенаполнение капилляров клубочков, сосудов перетубулярной зоны, умеренное кровенаполнение пирамид; массивный некронефроз, мелкоочаговый гломерулонефрит. Судебно-гистологический диагноз: системный ангиоспазм, содружественный бронхоспазм; мелкоочаговые кровоизлияния в респираторную паренхиму без репаративных процессов; нарушение кровообращения: неравномерное кровенаполнение органов, шоковая почка, повышенная проницаемость сосудистых стенок, массивный некронефроз; критерии кардиомиопатии; мелкоочаговый гломерулонефрит; хронический персистирующий гепатит, зональная жировая дистрофия печени. Судебно-медицинский эксперт-гистолог …”

- сформулируйте судебно-медицинский диагноз.

- какие повреждения выявлены у пострадавшего?

- механизм и давность образования повреждений?

- какой вред причинен здоровью пострадавшего и по каким квалифицирующим признакам?

- давность и причина смерти?

- наличие и концентрация этанола?

2. Труп неизвестного мужчины, на вид 35-40 лет, с длиной тела 165 см, доставлен в морг в следующей одежде: темно-синем пуховике (с черными вставками на воротнике и в области надплечий, застегивающийся на черную пластмассовую молнию), темно-синем свитере (с разрывом по плечевому шву справа длиной 15 см, края разрыва разволокнены; ворот застегивается на пластмассовую темно-синюю молнию), черной кожаной жилетке (застегивается на 4 пластмассовые пуговицы), серой футболке (со старыми повреждениями, на передней поверхности и в области ворота пропитывание ткани буроватой похожей на кровь жидкостью), темно-синих болоневых трико (завязывающиеся на шнурок, с поперечными бело-красными вставками на наружных поверхностях штанин), черных спортивных х/б трико, трусах серо-голубого цвета, черных зимних кожаных ботинках (завязываются на шнурки, подошва толстая, внутри мех темно-серого цвета), трех парах носков серого цвета, черной кожаной перчатке. Труп правильного телосложения, удовлетворительного питания, холодный на ощупь. Кожные покровы на туловище и конечностях серо-коричневые, эпидермис на ягодицах, верхних и нижних конечностях отслаивается, поверхность под ним бледновато-серого цвета. Трупные пятна не определяются, мышечное окоченение отсутствует. При ударе ребром ладони по двуглавой мышце плеча образуется вмятина. Окружность головы 52 см. Кожные покровы ее частично сохранены в лобной области слева на участке 6,5х5,7 см. Волосы темно-русые с проседью длиной до 3,5 см, легко отслаиваются. Правое глазное яблоко отсутствует, левое - дряблое. Соединительная оболочка его серая, роговица тусклая, зрачок не определяется. Кости носа целы. Мягкие ткани его, а также обе губы и ушные раковины отсутствуют. Зубы - обнажены. На верхней челюсти: справа - 1,2,6-8, слева - 1,2,6 зубы из металла желтого цвета; на нижней челюсти слева - 5-7 зубы из металла аналогичного цвета. Кожные покровы на правой боковой поверхности шеи с переходом на переднюю поверхность грудой клетки до уровня 3-го ребра отсутствуют. На задней поверхности шеи с переходом на левую боковую имеется дефект кожных покровов на площади 14х10 см, края его фестончатые. Грудная клетка симметричная, упругая, ребра на ощупь целы. Передняя брюшная стенка на уровне реберной дуги. Наружные половые органы сформированы правильно, оволосение по мужскому типу. Заднепроходное отверстие сомкнуто, кожа вокруг него каловыми массами не опачкана. На наружной поверхности в нижней трети правого предплечья на участке 7,5х8,5 см кожные покровы и мышцы отсутствуют, обнажая неповрежденные кости. Кисти и стопы мацерированы. Кости туловища и конечностей на ощупь целы. Татуировок и рубцов не выявлено. Длина стопы 24 см. ПОВРЕЖДЕНИЯ: В левой височно-теменной области вдавленный перелом неправильной треугольной формы размерами 4,1х2,2 см, на внутренней пластинке отщепление компактного вещества с обнажением губчатого. От основания данного перелома отходят две трещины: нижняя распространяется на основание черепа в среднюю черепную ямку, переходящая на турецкое седло, края ее около перелома отвесные, с небольшими участками скола; верхняя трещина проходит через теменную область слева, раздваиваясь в области теменного бугра, где имеется отщепление наружной компактной пластинки. Нижняя ветвь ее затухает в затылочном шве справа. Верхняя ветвь доходит до сагитального шва, где, образуя прямой угол, переходит в правую лобно-теменную область, заканчиваясь вдавленным дырчатым переломом в области правого венечного шва размерами 2,9х2,6 см, с обрушением отломков в полость черепа. На внутренней костной пластинке имеется ее выкрашивание и обнажение губчатого вещества. В правой височной области обнаружен вдавленный дырчатый перелом размерами 3,6х4,9 см. Края наружной костной пластинки скошены, с элементами скола и выкрашивания. На правой скуловой кости выявлен дырчатый перелом размерами 3,6х1,3 см, края мелкозубчатые, скошенные. На нижней челюсти обнаружен косопоперечный перелом правого венечного отростка у его основания. Край на наружной костной пластинке мелкозубчатый, скошен, с элементами скола; на внутренней - крупнозубчатый, отвесный. Череп вскрыт циркулярным распилом, толщина костей его 0,4х0,9 см. Твердая мозговая оболочка тусклая, сероватая. В правой лобно-теменной области, в проекции вышеуказанного перелома выявлено ее повреждение, длиной при сведенных краях 1,6 см, с темно-красным кровоизлиянием в окружности. Мягкая мозговая оболочка тусклая, с темно-красными кровоизлияниями, располагающиеся на базальной поверхности в лобно-височных областях обоих полушарий, а также в лобно-теменной области справа. В желудочках мозга небольшое количество розоватой жидкости, сосудистые сплетения фиолетовые гроздьевидные. Подкорковые ядра симметричные. Ткань мозга на разрезах с четкой границей между серым и белым веществом, липнет к лезвию ножа с мелкоочаговыми кровоизлияниями в проекции субарахноидальных кровоизлияний. Сосуды основания мозга тонкостенные, спавшиеся. Структура Варолиева моста, продолговатого мозга и мозжечка сохранена. Для дальнейшего исследования череп полностью изъят в медико-криминалистическое отделение. Кожно-мышечный лоскут груди и живота без кровоизлияний. Внутренние органы расположены правильно, соответственно полостям. Брюшина темно-серая, тусклая. Спинка языка темно-серая, сосочки его сглажены, в мышцах кровоизлияний не выявлено. Вход в гортань свободен, подъязычная кость и хрящи гортани целы. Обе доли щитовидной железы по 3х2х1 см, ткань их на разрезе красноватая, зернистая. В просвете аорты содержимого нет, внутренняя поверхность ее желтовато-красная, с наличием атеросклеротических бляшек на всем протяжении. В просвете пищевода содержимое отсутствует, слизистая оболочка его синюшная, с продольной складчатостью. В трахее и главных бронхах серо-красная вязкая слизь, слизистая этих отделов серовато-синюшная. Легкие тестоватой консистенции, ткань их на разрезе розовато-красные. С поверхности разрезов стекает темная жидкая кровь, перерезанные бронхи выступают над поверхностью легких. Надпочечники листовидной формы, с распадом коркового и мозгового вещества. Обе почки размерами 10х6х3 см, ткань их на разрезе с четкой границей пирамид. Фиброзная капсула снимается легко, обнажая гладкую поверхность. Лоханки и мочеточники проходимы. В мочевом пузыре следы мутной желто-красной мочи, слизистая оболочка серая, складчатая. Селезенка размерами 12х8х3 см, ткань на разрезе темно-красная с небольшим соскобом пульпы. Сердечная сорочка цела, внутренняя поверхность ее серо-синюшная гладкая. Сердце дряблое на ощупь, размерами 11х9х4 см, массой 410 граммов. Венечные артерии проходимы с наличием атеросклеротических бляшек, закрывающие просвет до 30%. В полостях сердца в небольшом количестве темная жидкая кровь. Сосочковые мышцы и трабекулы рельефны, хордальные нити средней длины. Толщина стенки левого желудочка - 1,5 см, правого - 0,4 см. Мышца сердца на разрезе красно-коричневая, неравномерного кровенаполнения. Желчный пузырь пустой, внутренняя поверхность бархатистая светло-коричневая. Печень размерами 24х16х13х8 см, ткань ее на разрезах светло-коричневая с желтоватым оттенком, структура сохранена. Поджелудочная железа в виде дряблого тяжа, ткань ее светло-коричневая, крупнодольчатая. В желудке до 150 ксм темно-серой кашицеобразной массы с различимыми частицами лапши и моркови, слизистая оболочка серо-розовая, складчатость сглажена. В тонком кишечнике сероватая слизь, в толстом - светло-коричневые каловые массы. Слизистая оболочка этих отделов серая. Кости туловища, таза и конечностей целы. ЛАБОРАТОРНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ: 1. Выписка из акта № … судебно-химического исследования от … г. : «… в мышце от трупа этиловый спирт не обнаружен. Судмедэксперт …». 2. Выписка из акта № … судебно-биологического исследования от … г. : «… группа крови не установлена, ввиду наступившего гемолиза. Судмедэксперт …». 3. Выписка из акта № … МК исследования от … г. : «… заключение: На представленном черепе 7 зон локальных воздействий в виде трещин и вдавленных дырчатых переломов, образовавшихся от ударного действия торца твердого тупого предмета цилиндрической формы, например молотка. Дырчатые переломы пригодны для идентификации действующего орудия после предоставления последнего…». 4. Выписка из акта № … судебно-гистологического исследования от … г. : «… головной мозг: мягкая мозговая оболочка не представлена, по краю препарата и в веществе мозга очаговые кровоизлияния из контурируемых оранжево-бурой окраски эритроцитов, перивазальные геморрагии, полнокровие венозно-капиллярной сети, ангиоспазм, периваскулярный и перицеллюлярный отек, плазматическое пропитывание сосудистых стенок, дистрофия некоторых нейронов. Твердая мозговая оболочка: гистотипическое строение не изменено, по одной из сторон очаговое кровоизлияние из контурируемых оранжево-бурой окраски эритроцитов, кровоизлияние с оболочкой не спаяно, сосуды спазмированы, малокровны. Сердце: Стенки интрамуральных артерий тонкие, плазматические пропитанные, спазм, малокровие артерий, полнокровие венул, перивазальные геморрагии, межуточный отек, неравномерное прокрашивание, очаговая фрагментация, истончение миофибрилл зернистая дистрофия кардиомиоцитов, участки их волнообразной деформации. Легкое. Умеренно выраженный бронхоспазм, в просвете бронха среднего колибра частично десквамированный бронхиальный эпителий, небольшое количество эритроцитов, бронхиальные и легочные артерии, капилляры межальвеолярных перегородок расширены и полнокровны, плазматическое пропитывание сосудистых стенок, межуточная пневмония, очаговая эмфизема. Почка - не представлена. Печень - зернистая дистрофия гепатоцитов, межуточный гепатит, спазм артерий и выводных протоков. При исследовании сердца и песени на гликоген-окраска по Бесту-90% цитоплазмы гепатоцитов и 90% саркоплазмы кардиомиоцитов зерен гликогена не содержит. При исследовании почки-створок диатомового планктона не выявлено. Судебно-медицинский диагноз: кровоизлияние в головной мозг и по одной из сторон твердой мозговой оболочки; нарушения гемодинамики, ангиоспазм, умеренно выраженный бронхоспазм: кардиодистрофия, зернистая дистрофия печени, межуточный гепатит, повышенная проницаемость сосудистых стенок».

- сформулируйте судебно-медицинский диагноз.

- какие повреждения выявлены у пострадавшего?

- механизм и давность образования повреждений?

- какой вред причинен здоровью пострадавшего и по каким квалифицирующим признакам?

- давность и причина смерти?

- наличие и концентрация этанола?

Критерии оценки:

Оценка «отлично» выставляется студенту, если он обнаружил всестороннее, систематическое и глубокое знание разбираемой учебной темы, в полном объеме выполнил задание, усвоил основную учебную литературу по теме и знаком с дополнительной, рекомендованной, литературой, рекомендованной учебной программой.

Оценка «хорошо» выставляется студенту, если он обнаружил полное знание учебного материала, успешно выполнил задание, но не в полном объеме, либо допустил ряд некритичных ошибок, усвоил основную учебную литературу по теме и знаком с дополнительной, рекомендованной, литературой, рекомендованной учебной программой.

Оценка «удовлетворительно» выставляется студенту, если он обнаружил знание учебного материала достаточное для практической работы, но не в полном объеме, выполнил задание в объеме около 70%, либо в полном объеме, но допустил ряд критичных ошибок, усвоил основную учебную литературу по теме.

Оценка «неудовлетворительно» выставляется студенту, если он обнаружил пробелы в знаниях учебного материала, не допускающие практическое использование имеющихся знаний, задание выполнено в объеме менее 50%, либо с существенными критичными ошибками, основная учебная литература по теме не усвоена.

Составитель \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ А.Ю. Вавилов

29 августа 2017 г.

Приложение 7

Федеральное государственное бюджетное образовательное

учреждение высшего образования

«Ижевская государственная медицинская академия»

Кафедра судебной медицины

**Вопросы для собеседования**

**по дисциплине**

**Судебная медицина**

**Тема 1.**

1. Определение понятия "судебная медицина"
2. Предмет и содержание судебной медицины
3. Связь судебной медицины с другими науками: патологической анатомией; гистологией; патофизиологией; хирургией и травматологией; акушерством и гинекологией; криминалистикой; другими науками
4. Методы исследования: общемедицинские; патоморфологические; специальные
5. Объекты исследования (трупы; живые лица; вещественные доказательства; материалы следственных и судебных дел)
6. Организационные виды судебно-медицинских экспертиз
7. Исторические даты и события истории судебной медицины за рубежом
8. Этапы развития судебной медицины в России
9. Структура судебно-медицинской службы России
10. Процессуальные положения судебно-медицинской экспертизы по УПК и УК:

- ст.78 УПК РФ "Экспертиза"

- ст.79 УПК РФ "Обязательное назначение экспертизы"

- ст.80 УПК РФ "Порядок дачи заключения"

- ст.82 УПК РФ "Права и обязанности эксперта"

- ст.190 УПК РФ "Право следователя на присутствие при экспертизе"

- ст.191 УПК РФ "Содержание заключения эксперта"

- ст.192 УПК РФ «Допрос эксперта»

- ст.307 УК РФ «За дачу заведомо ложного заключения»

1. Уровни сложности судебно-медицинских экспертиз; медицинское и юридическое значения медицинских документов.
2. Определение осмотра места происшествия
3. Состав оперативно-следственной группы
4. Задачи осмотра места происшествия
5. Виды осмотра места происшествия
6. Техническое оснащение судебно-медицинского эксперта
7. Задачи судебно-медицинского эксперта при осмотре трупа
8. Стадии осмотра
9. Последовательность описания трупа
10. Особенности осмотра трупа неизвестного лица и при различных видах смерти
11. Документация, составляемая при осмотре места происшествия

**Тема 2.**

1. Поводы к судебно-медицинскому освидетельствованию
2. Документы, на основании которых проводится экспертиза
3. Экспертиза в амбулатории
4. Экспертиза в стационаре
5. Экспертиза в кабинете следователя, местах лишения свободы
6. Экспертиза в суде
7. Экспертиза на дому потерпевшего
8. Консультанты
9. Лабораторные методы исследования при экспертизе живых лиц
10. Понятие понятия «телесное повреждение»
11. Установление характера, механизма, давности и степени вреда здоровью
12. Определение давности образования повреждений
13. Критерии тяжкого вред здоровью
14. Средняя степень тяжести вреда здоровью и ее критерии
15. Легкий вред здоровью и отсутствие такового
16. Понятия «мучения»; «истязания» и «побои»
17. Судебно-медицинская экспертиза трудоспособности
18. Экспертиза состояния здоровья, искусственных и притворных болезней

**Тема 3.**

1. Определение понятия "смерть"
2. Терминальные состояния
3. Эвтаназия
4. Летаргия
5. Юридические и судебно-медицинские проблемы трансплантации
6. Диагностика смерти
7. Категории, виды и роды смерти
8. Ранние трупные явления (трупное охлаждение; трупное высыхание; трупные пятна; мышечное окоченение; аутолиз)
9. Поздние трупные явления: гниение (трупная зелень, гнилостная венозная сеть, гнилостная эмфизема); консервирующие процессы (мумификация, жировоск, торфяное дубление, оледенение и др.)
10. Определение понятия "асфиксия"
11. Патофизиологическая классификация гипоксий
12. Периоды и стадии асфиксии
13. Классификация механической асфиксии
14. Общеасфиктические признаки
15. Повешение (определение; механизмы наступления смерти; орудия повешения; характеристика странгуляционной борозды; признаки прижизненности течения асфиксии и странгуляционной борозды).
16. Удавление петлей: дифференциальная диагностика повешения и удавления петлей по особенностям странгуляционной борозды
17. Удавление руками
18. Компрессионная асфиксия (от сдавления груди и живота)
19. Закрытие дыхательных путей компактными инородными телами
20. Закрытие дыхательных путей сыпучими веществами
21. Закрытие дыхательных путей пищевыми массами
22. Присыпание
23. Закрытие дыхательных отверстий мягкими предметами
24. Утопление: определение; виды утопления; признаки утопления; признаки пребывания трупа в воде
25. Лабораторные методы исследования при механической асфиксии
26. Особенности осмотра места происшествия при обнаружении трупов плодов и новорожденных и судебно-медицинского исследования
27. Признаки новорожденности
28. Диагностика доношенности и зрелости
29. Критерии жизнеспособности и нежизнеспособности
30. Дифференциальная диагностика живорожденности и мертворожденности
31. Установление продолжительности внеутробной жизни
32. Причины смерти новорожденных детей
33. Дополнительные методы исследования при экспертизе трупов младенцев
34. Значение изучения судебно-медицинской токсикологии
35. Понятие о яде и отравлении
36. Классификация ядов и отравлений
37. Условия действия ядов (токсикодинамика, токсикокинетика, доза, количество яда; состояние организма и т.п.)
38. Судебно-медицинское исследование трупов при отравлении
39. Дополнительные методы исследования в диагностике отравлений
40. Отравление ядами местного действия (кислоты, щелочи и фенолы)
41. Отравление резорбтивными ядами:

- деструктивными (соли тяжелых металлов)

- кровяные (гемолитические и гемоглобинотропные)

- функциональные (общефункциональные; цереброспинальные – 7подгрупп; сердечно-нервные и интракардиальные)

1. Отравления лекарственными средствами М-, Н-, холиномиметиками и холинолитиками; адренолитиками и адреноблокаторами
2. Пищевые отравления и токсикоинфекции

**Тема 4.**

1. Определение механического повреждения
2. Травматизм и его виды
3. Клинико-морфологическая классификация механических повреждений по характеру (ссадины; кровоподтеки; раны; вывихи и растяжения связок; переломы; повреждения внутренних органов -надрывы, разрывы, отрывы, размозжения и другие; размятие и отделение частей тела) и их судебно-медицинское значение
4. Классификация повреждений по происхождению (от действия тупых орудий; действия острых орудий)
5. Причины смерти при механических повреждениях
6. Экспертиза при падении с высоты
7. Экспертиза при падении на плоскости
8. Сведения о транспортном травматизме
9. Определение понятия "транспортная травма"
10. Классификация транспортной травмы
11. Автомобильная травма (наезд, переезд; выпадение из автомобиля; травма в кабине авто; сдавление между авто или с другими предметами; комбинированные ее виды)
12. Мотоциклетная травма
13. Рельсовая травма
14. Авиационная травма
15. Травма водными и иными транспортными средствами
16. Определение понятий «огнестрельная травма» и «взрывная травма»
17. Классификация огнестрельного оружия
18. Устройство патронов
19. Внутренняя баллистика (механизм выстрела)
20. Внешняя баллистика
21. Раневая баллистика (входная огнестрельная рана, раневой канал, выходная огнестрельная рана)
22. Повреждающие факторы выстрела (механизм действия)
23. Выстрел в упор
24. Выстрел в близкой дистанции
25. Выстрел с дальней дистанции
26. Феномен Виноградова
27. Определение направление выстрела
28. Определение дистанции выстрела
29. Определение последовательности выстрелов
30. Определение вида оружия и калибра
31. Огнестрельные повреждения дробовым оружием
32. Огнестрельные повреждения из нестандартного оружия
33. Лабораторные методы исследования, используемые при экспертизе огнестрельных повреждений

**Тема 5.**

1. Определения понятия «вещественные доказательства» по УПК РФ.
2. Установление вещественных доказательств биологического происхождения на месте происшествия, их изъятие и пересылка для дальнейшего исследования.
3. Механизм образования следов крови.
4. Экспертные возможности при исследовании крови (диагностика наличия крови в пятне - ориентировочные и доказательные методы; видовая принадлежность; индивидуальная принадлежность по системам эритроцитарных, сывороточных, лейкоцитарных и ферментных антигенов; региональное происхождение крови и другие), спермы, слюны и волос.

Критерии оценки:

Оценка «отлично» выставляется студенту, если обучающийся обнаруживает всестороннее, систематическое и глубокое знание учебного материала, свободно выполняет задания, предусмотренные программой, ориентируется в основной и дополнительной литературе, рекомендованной программой, проявляет творческие способности в понимании, изложении и использовании учебного программного материала.

Оценка **«**хорошо**»** выставляется студенту, если обучающийся обнаруживает полное знание учебно-программного материала, успешно выполняет предусмотренные в программе задания, ориентирован в основной литературе, рекомендованной в программе, показывает систематический характер знаний по дисциплине и способный к дальнейшей учебной работе и профессиональной деятельности.

Оценка **«**удовлетворительно**»** выставляется студенту, если обучающийся обнаруживает знание учебного материала в объеме, необходимого для дальнейшей учебы и предстоящей работы по профессии, справляется с выполнением заданий, предусмотренных программой, знаком с основной литературой, рекомендованной программой, но допускает погрешности в ответе и при выполнении заданий, при этом обладает необходимыми знаниями для их устранения под руководством преподавателя.

Оценка **«**неудовлетворительно**»** выставляется студенту, если обучающийся обнаруживает пробелы в знаниях основного учебно-программного материала, допускает принципиальные ошибки в выполнении предусмотренных программой заданий и не справится без дополнительных занятий по дисциплине.

Составитель \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ А.Ю. Вавилов

29 августа 2017 г.

Федеральное государственное бюджетное образовательное

учреждение высшего образования

«Ижевская государственная медицинская академия»

Кафедра судебной медицины

**Темы для рефератов**

**по дисциплине**

**Судебная медицина**

1. Современные методики определения давности наступления смерти (с 1990-го года).
2. Общее и местное действие высокой и низкой температуры
3. Черепно-мозговая травма (Диффузно-аксональное повреждение головного мозга. Клиническая и морфологическая диагностика)
4. Черепно-мозговая травма (Морфологическая диагностика первичных и вторичных кровоизлияний при ушибах головного мозга).
5. Особенности повреждений тела при его падении на лестничном марше.
6. Методики секционного исследования трупа и внутренних органов.
7. Рельсовая травма (морфология, диагностика).
8. Мотоциклетная травма (морфология, диагностика).
9. Отравления наркотическими веществами (клиника, морфология).
10. Современные методы идентификации личности в поздних сроках постмортального периода (скелетированный труп).
11. Морфологическая диагностика повреждений при изменении барометрического давления.
12. Способы установления последовательности и дистанции при выстрелах из нарезного и гладкоствольного оружия.
13. Определение прижизненного и посмертного происхождения повреждений.
14. Судебно-медицинская экспертиза трупов лиц, погибших в результате воздействия твердых тупых предметов.
15. Судебно-медицинская экспертиза трупов лиц, погибших от воздействия острых орудий.
16. Судебно-медицинская экспертиза трупов лиц, погибших от воздействия огнестрельной травмы.
17. Судебно-медицинская экспертиза трупов лиц, погибших в результате травмы от столкновения движущегося автомобиля с человеком.
18. Судебно-медицинская экспертиза трупов лиц, погибших от переезда тела колесами автомобиля.
19. Судебно-медицинская экспертиза железнодорожной травмы.
20. Судебно-медицинская экспертиза при авиационных травмах.
21. Судебно-медицинская экспертиза повреждений на водном транспорте.
22. Судебно-медицинская экспертиза повреждений от падения с большой высоты.
23. Судебно-медицинская экспертиза повреждений, возникающих при падении из положения стоя.
24. Судебно-медицинская экспертиза асфиксия.
25. Судебно-медицинская экспертиза трупов при отравлении деструктивными ядами.
26. Судебно-медицинская экспертиза трупов при отравлении ядами, действующими на кровь.
27. Судебно-медицинская экспертиза трупов при отравлении ядами функционального действия.
28. Судебно-медицинская экспертиза трупов при отравлении алкоголем.
29. Судебно-медицинская экспертиза трупов при отравлении техническими жидкостями.
30. Методика судебно-медицинского исследования трупов новорожденных младенцев, дополнительные методы исследования и их экспертная оценка; Обоснование построения судебно-медицинского диагноза и выводов эксперта при вскрытии трупов новорожденных.
31. Судебно-медицинские аспекты хронического алкоголизма.

Критерии оценки:

Оценка «зачтено» выставляется студенту, если обучающийся обнаруживает всестороннее, систематическое и глубокое знание учебного материала, предусмотренные программой, ориентируется в основной и дополнительной литературе, проявляет творческие способности в понимании, изложении и использовании учебного программного материала.

Оценка «не зачтено» выставляется студенту, если обучающийся обнаруживает пробелы в знаниях основного учебно-программного материала, не ориентируется в основной и дополнительной литературе и при этом тема реферата не раскрыта полностью.

Составитель \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ А.Ю. Вавилов

29 августа 2017 г.

Федеральное государственное бюджетное образовательное

учреждение высшего образования

«Ижевская государственная медицинская академия»

Кафедра судебной медицины

**СХЕМА «ЗАКЛЮЧЕНИЯ ЭКСПЕРТА»**

**(История болезни) по дисциплине**

**Судебная медицина**

**Темы 3-4.**

1. Структура "Заключения эксперта" составлена в соответствии с требованиями ст. 25 ("Заключении эксперта или комиссии экспертов и его содержание") Федерального закона "О государственной судебно-экспертной деятельности в РФ" (далее – ФЗ-73), а также ст. 80 ("Заключение и показание эксперта") и ст. 204 ("Заключение эксперта") УПК РФ.
2. Заключение состоит из трех чётко обозначенных частей: вводной, исследовательской и итоговой (судебно-медицинского диагноза и выводов).

**I. Заполнение вводной части.**

* 1. Титульный лист «Заключения эксперта», перечень поставленных на разрешение эксперта (экспертов) вопросов и сведения из постановления (определения) структурно являются вводной частью «Заключения».
	2. Заполнение титульного листа начинается с отражения основания проведения судебной экспертизы (постановление, определение) и данных назначившего экспертизу лица.
	3. При проведении экспертизы в государственном судебно-медицинском учреждении экспертов следует именовать **"государственный судебно-медицинский эксперт"** в соответствии со ст. 12 ("Государственный судебный эксперт") и с учетом ст. 41 ("Распространение действия настоящего Федерального закона на судебно-медицинскую экспертную деятельность лиц, не являющихся государственными судебными экспертами") ФЗ-73.
	4. Сведения об эксперте (экспертах) отражаются полностью в соответствии с требованиями статей, указанных в пункте 1.
	5. Необходимо отражать "Права и **ответственность** эксперта, предусмотренные ст. 57 УПК РФ разъяснены". Это согласуется также и с положениями ст. 199 УПК РФ (часть 2), в которой речь идет о разъяснении эксперту его **прав и ответственности**, и ст. 269 УПК РФ ("Разъяснение эксперту его прав") – следователь разъясняет эксперту его права и ответственность, предусмотренные ст. 57 УПК РФ.
	6. В графе "При экспертизе присутствовали" отмечаются лица, присутствующие при производстве экспертизы в случаях, предусмотренных уголовно-процессуальным законодательством – следователь или иные лица (с разрешения органа или лица, назначивших экспертизу). В эту графу не вносятся сотрудники судебно-экспертного учреждения (лица среднего и младшего медицинского персонала), т.к. они являются не присутствующими лицами, а техническими помощниками эксперта (т.е. фактически непосредственными участниками проведения экспертизы). Их необходимо указывать в графе «В экспертизе участвовали». Тем не менее, «Заключение эксперта» они не подписывают, т.к. ответственность за приведенные в нем данные полностью возложена на эксперта, проводившего экспертизу.
	7. Для удобства работы с документом (Заключением эксперта как одним из видов доказательств), дата начала и окончания экспертизы (число, месяц, год) излагаются рядом в нижней части титульного листа.

**II. Заполнение исследовательской части.**

* 1. В исследовательской части отражается содержание и результаты проводимых исследований с указанием применяемых методик (методов, инструкций, правил и т.п.):

- наружное исследование;

- внутреннее исследование;

- дополнительные исследования (проводимые самим экспертом);

- лабораторные исследования;

- данные медицинских документов;

- данные материалов дела.

* 1. Расположение данных медицинских документов и материалов дела (уголовного дела, материалов проверки, протокола осмотра трупа на месте обнаружения, следственного эксперимента и т.п.) следует производить в исследовательской части, а не в разделе "Обстоятельства дела".

**III. Содержание итоговой (резюмирующей) части.**

* 1. Судебно-медицинский диагноз и выводы являются итоговой частью Заключения и составляются после проведения всех исследований, необходимых для решения поставленных перед экспертом вопросов.
	2. Судебно-медицинский диагноз составляется в каждом случае экспертизы трупа (вне зависимости от его состояния, в том числе и в состоянии его поздней гнилостной трансформации) и должен отражать нозологию, этиологию, патогенез и морфофункциональные изменения травмы (заболевания) в соответствии с рубриками и терминами, предусмотренными МКБ-Х.

При этом в судебно-медицинском диагнозе обязательным является отражение его основных разделов и выделение словами:

- "Основной" (основное повреждение, заболевание)

- "Осложнение" (осложнение основного повреждения, заболевания).

- "Сопутствующий" (сопутствующие повреждения, заболевания, состояния).

В зависимости от конкретного повреждения (заболевания) допускаются и другие разделы судебно-медицинского диагноза – "конкурирующее заболевание (повреждение)", "сочетанное заболевание (повреждение)", "фоновое заболевание (повреждение, состояние)" и т.п.

* 1. Выводы должны включать в себя **ответы на все поставленные вопросы**. Если вопрос является некорректным или выходит за пределы компетенции эксперта, эксперт должен указать это в своих ответах.
	2. В конце «Заключения» после раздела "Выводы", в соответствии с частью 3 ст. 204 УПК РФ, перечисляются приложенные к Заключению материалы и документы, являющиеся составной частью "Заключения эксперта".

**Пример «Заключения эксперта»**

ВОПРОСЫ ДЛЯ РАЗРЕШЕНИЯ

1. Имеются ли на теле какие-либо повреждения?
2. Какова непосредственная причина смерти?

ОБСТОЯТЕЛЬСТВА ДЕЛА

Из направления о назначении судебно-медицинского исследования: 01.06.15 г. в 19.00 скончался и был обнаружен у 1 подъезда д.31 по ул. Барышникова.

ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКАЯ ЧАСТЬ

Труп мужчины с длиной тела 165 см, с вытянутой рукой 203 см, окружностью головы 56 см, окружностью шеи 42 см, нормостенического телосложения, повышенного питания, холодный на ощупь. Доставлен в морг в спортивных синих брюках с тремя красными косогоризонтальными полосами в области колен, черной футболке с геометрическим рисунком на передней поверхности, белой майке, черных носках, серых трусах, опачканных калом в промежности. С трупом доставлено покрывало белое махровое и простыня с рисунком в виде желто-зеленых цветов. Кожные покровы бледные, желтоватого оттенка. Трупные явления на 08.15. Трупные пятна багрово-фиолетовые, интенсивные, располагаются преимущественно на задней поверхности туловища и конечностей, а также на передней поверхности грудной клетки в верхней ее трети (в области надплечий и плеч), на лице и на шее. При надавливании незначительно бледнеют и медленно восстанавливают свою первоначальную окраску. Трупное окоченение хорошо выражено во всех группах мышц, разрешается с трудом. При ударе ребром ладони по двуглавой мышце плеча образуется вмятина в проекции воздействия. Голова мезоцефалической формы. Волосы на голове темно-русые, короткие (до 3 см в теменных областях), редкие в лобной области. Кости свода черепа целы на ощупь. Глаза открыты, глазные яблоки упругие, подвижные, соединительно-тканные оболочки век серовато-розовые, гладкие, блестящие, с сетью расширенных полнокровных сосудов, роговицы прозрачные, с горизонтальными веретенообразными участками подсыханий (пятна Лярше), зрачки круглые, диаметром 0,4 см в диаметре оба. Кости и хрящи носа на ощупь без патологической подвижности, в носовых ходах большое количество сероватой слизи и желтоватых творожистых пищевых масс. Рот закрыт, переходная кайма губ розовая, несколько подсохшая, без повреждений. Язык в полости рта за линией естественных неповрежденных зубов. В полости рта большое количество сероватой слизи и желтоватых творожистых пищевых масс, слизистая оболочка щек и десен бледно-красная, без повреждений. Наружные слуховые проходы свободны. Шея пропорциональна размерам тела, без повреждений. Грудная клетка цилиндрической формы (ИГК 5,3), симметрична, упруга, без патологической подвижности грудины и ребер. Передняя брюшная стенка мягко подвижная, несколько выше уровня реберной дуги. В правой подвздошной области косовертикальный зигзагообразный буроватый рубец длиной 9 см, мягкий, подвижный, на уровне кожи. Оволосение лобка и наружные половые органы сформированы по мужскому типу. Крайняя плоть закрывает головку полового члена, легко подвижна. Из наружного отверстия мочеиспускательного канала выделений нет. Кожа мошонки серовато-коричневатая, мелкоморщинистая, яички в мошонке. Межъягодичная борозда неглубокая, задний проход сомкнут, кожа вокруг него без наложений каловых масс, умеренно пигментирована, с выраженной радиальной складчатостью, без повреждений. Кости конечностей на ощупь целы. На передней поверхности левого бедра в нижней его трети мелкие синеватые рубцы.

Повреждения: На лбу на 2 см выше наружного угла левой брови косогоризонтальное осаднение 2х0,8 см с темной красной сухой корочкой на уровне неповрежденной кожи. У наружного угла левого глава буровато-коричневое осаднение на участке 2х1,5 см. На передней поверхности груди слева на уровне 9-11 межреберных промежутков по окологрудинной и среднеключичной линиям округлые зеленовато-желтые кровоподтеки от 1 до 2 см в диаметре. На наружной поверхности верхней трети правого плеча желтоватый кровоподтек диаметром до 5 см с нечеткими контурами. В поясничной области спины справа кровоподтек 5х6 см багровый в центре, желто-зеленый по периферии.

Мягкие ткани головы вскрыты полукружным разрезом (от одного сосцевидного отростка височной кости к другому через теменные бугры). В кожно-мышечном лоскуте головы кровоизлияний нет. Височные фасции плотные, сероватые, полупрозрачные, височные мышцы коричневато-красные, полнокровные, без кровоизлияний. Кости свода черепа целы. Череп вскрыт угловым распилом. Толщина костей черепа на распиле: лобной 0,6 см, теменных по 0,5 см, затылочной 0,7 см, височных костей по 0,4 см. Швы заращены. Твердая мозговая оболочка синевато-серая, не напряженная, с умеренно расширенными сосудами, синусы ее полнокровны, мягкие оболочки головного мозга с полнокровными расширенными сосудами, на большем протяжении с тонкими, прозрачными, гладкими, блестящими стенками, на уровне верхнего края полушарий по ходу борозд слегка утолщены, полупрозрачные. Полушария большого мозга симметричны, отделены друг от друга продольной щелью, в глубине которой определяется мозолистое тело. Верхнелатеральная поверхность мозга выпуклая; нижняя поверхность уплощённая, в основных чертах повторяет рельеф внутреннего основания черепа. Борозды сглажены, извилины уплощены. На поперечных и продольных разрезах полушарий большого мозга определяется чёткая граница между серым и белым веществом. Ткань мозга на разрезе влажная, блестящая, без кровоизлияний и очагов размягчений, умеренно липнет к лезвию ножа. На поверхности разрезов из пересеченных внутримозговых сосудов выступают единичные мелкие капли крови, которые быстро расплываются. В желудочках мозга небольшое количество бесцветной прозрачной жидкости. Сосудистые сплетения светло-фиолетовые. Дно четвертого желудочка без кровоизлияний. Рисунок подкорковых ядер симметричен. На мозжечке и продолговатом мозге отсутствуют какие-либо полосы давления. Структуры Варолиева моста, мозжечка и продолговатого мозга не изменены, без кровоизлияний. Сосуды нижней поверхности полушарий большого мозга извитые, спавшиеся, расположены симметрично, диаметр артерий от 0,2 см до 0,5 см, стенки их тонкие, прозрачные. Гипофиз 1,0х0,5х0,3 см, на разрезе бело-серый однородный. Кости основания черепа целы. Передняя грудная и брюшная стенки рассечены вертикальным разрезом от уровня щитовидного хряща до лонного сочленения по средней линии тела с обходом пупка слева. В кожно-мышечном лоскуте живота кровоизлияний нет. В кожном лоскуте груди по передней поверхности на уровне 2-4 межреберных промежутков в мышцах округлое буровато-красное кровоизлияние с несколько нечеткими краями. Толщина подкожно-жирового слоя: на уровне грудной клетки 1,6 см, на уровне живота 3,3 см. При осмотре рёбер и грудины переломов не обнаружено. Внутренние органы расположены правильно, соответственно областям. В брюшной полости небольшое количество прозрачной желтоватой жидкости. Высота стояния правого купола диафрагмы на уровне 4-го межреберья, левого на уровне 4-го ребра. Париетальная брюшина и серозный покров петель кишечника и сальника гладкие, бледно-серые, блестящие, без кровоизлияний. Петли кишечника и желудок равномерно умеренно вздуты газами. Мочевой пузырь несколько ниже уровня лона, в полости его незначительное количество желтой, несколько мутноватой, мочи. Слизистая мочевого пузыря серовато-розовая, складчатая. Предстательная железа в виде двух долей 4×4×3 см, умеренно плотная, на разрезах желтовато-серая, зернистая в верхней части, ячеистая в нижней части, заполнена густой сероватой мутной жидкостью. Яички извлечены через паховое кольцо, 5,5×3×2 см, плотноватые, их влагалищные оболочки бледно-серые, гладкие, блестящие. На продольных разрезах яичек с придатками ткань равномерного серо-буроватого цвета, влажная, зернистого вида, с поверхности разрезов за кончиком ножа тянутся тонкие легко рвущиеся сероватые нити. Лёгкие практически полностью выполняют плевральные полости, с пристеночной плеврой не спаяны. С обеих сторон в плевральных полостях незначительное количество прозрачной бесцветной жидкости. Глоточные миндалины не изменены. Слизистая оболочка спинки языка обложена серо-коричневатым налётом в области тела, сосочки его выражены хорошо, мышцы на разрезе красно-коричневатые, влажные, без кровоизлияний и рубцов. Вход в гортань свободен, створки голосовой щели разомкнуты. Подъязычная кость и хрящи гортани целы. Щитовидная железа упруго-эластичная, доли её овоидной формы, симметричные, равные, размерами по 4×3×1,5 см, структура ткани на разрезе мелкозернистая, темно-коричневого цвета. Околощитовидные железы не определяются. Просвет пищевода проходим на всём протяжении, с незначительным количеством желтоватых творожистых пищевых масс по длине. Слизистая пищевода серо-розовая, складчатость выражена, видны расширенные сосуды подслизистого слоя. В просвете трахеи и главных бронхов небольшое количество мутной сероватой слизи, слизистая этих отделов синюшная. Легкие на ощупь несколько уплотненные (больше слева), в объёме не увеличены, на столе полностью сохраняют свою форму. Висцеральная плевра легких сероватая, тонкая, прозрачная, блестящая, с многочисленными мелкоточечными кровоизлияниями на диафрагмальной поверхности и в междолевых бороздах. Ткань легких на разрезе темно-красная однородная с характерным рисунком (справа), повышенного блеска, с поверхности разрезов обильно стекает темно-красная жидкая кровь. Левое легкое на разрезе со сглаженной структурой строения, с поверхности разреза стекает мутная сероватая жидкость. Над поверхностью разрезов умеренно выстоят мелкие сосуды и бронхи, из которых при надавливании выделяется сероватая пена. Стенки пересеченных бронхов без видимых утолщений, умеренно плотноватые на ощупь. Стенка аорты несколько утолщенная, эластичная. Внутренняя поверхность аорты светло-желтая, гладкая с липоидными пятнами (до 30%) и единичными мелкими атеросклеротическими бляшками (до 5%) без кальциноза или изъязвлений. Надпочечники равновеликие, не увеличенные, листовидной формы с чётко отграниченным серовато-желтоватым корковым веществом и тёмно-коричневатым мозговым. Околопочечная жировая клетчатка выражена хорошо. Почки бобовидной формы, плотно-эластичной консистенции, размерами: правая – 11,5×5,5×4,5 см, левая – 12×6×5,5 см. Фиброзная капсула не утолщена, снимается легко, обнажая гладкую, крупнобугристую поверхность. Ткань на разрезе красно-коричневого цвета с четким разделением коркового и пирамидального вещества. Просветы лоханок умеренно обложены жёлтым жиром. Слизистая лоханок, мочеточника серо-розового цвета, без кровоизлияний. Селезенка дряблая, размерами 10×6×3 см, капсула ее сморщена, ткань на разрезе темно-фиолетовая, малокровная, в скудном соскобе пульпа. В полости сердечной сорочки до 10 мл прозрачной жидкости, внутренняя поверхность ее гладкая. Сердце с закругленной верхушкой, дряблое, окружностью 32,0 см, размерами 12×12×7 см, весом 420 граммов. Эпикард гладкий, блестящий, тонкий, прозрачный, без кровоизлияний, под ним несколько повышенное количество жира – толщина жирового слоя до 0,7 см. Венечные артерии на поперечных разрезах спавшиеся, со стенками, несколько утолщенными за счет мелких атеросклеротических бляшек. Сердце вскрыто по току крови. В полостях сердца незначительное количество жидкой темной крови. Эндокард в виде плёнки равномерного оттенка. Клапаны сердца и крупных сосудов развиты правильно, створки их тонкие, полупрозрачные, эластичные, гладкие, блестящие, сухожильные нити средней длины, сосочковые мышцы и трабекулы рельефны. Толщина стенки левого желудочка – 1,3 см, правого – 0,3 см. Ширина аортального клапана – 7,0 см, клапана легочного ствола – 8,1 см, митрального – 9,5 см, трикуспидального – 11,4 см. Толщина стенки аорты над аортальным клапаном – 0,1 см. Толщина легочного ствола над клапаном – 0,1 см. Мышца сердца дряблая, на разрезе имеет пеструю светло-коричневую окраску неравномерного оттенка (участки желтоватого вида). Печень размерами 34×20×12×14 см, поверхность ее гладкая, желто-коричневого неравномерного оттенка (чередование темных и практически желтого цвета светлых участков). Желчные пути проходимы, в желчном пузыре до 50 мл желто-зеленой желчи, слизистая его бархатистая, цвета содержимого. Ткань печени на разрезе желто-коричневая, пестрая, характерная структура строения стерта. Поджелудочная железа в виде плотного эластического тяжа, с крупно-дольчатой структурой на разрезе, полнокровная. Желудок в форме крючка, мягко-эластичной консистенции, серозная оболочка влажная блестящая, серо-белого цвета. В полости вскрытого по большой кривизне желудка незначительное количество сероватого цвета слизи и творожистых желтоватых масс. Слизистая желудка на большем протяжении сероватая, блестящая, складчатая, в месте перехода пищевода в желудок под ней просвечивает сеть несколько расширенных полнокровных сосудов, складчатость выражена умеренно. В просвете 12-перстной кишки аналогичное желудку содержимое, слизистая бледно-серая, складчатая, блестящая, без кровоизлияний. В отделах тонкого и толстого кишечника свойственное им содержимое. Кости черепа, тела и конечностей целы.

На судебно-гистологическое исследование направлены кусочки следующих органов: головной мозг-2; легкие-2; сердце-3; печень-1; почки2.

На судебно-химическое исследование направлена жидкая кровь и моча для определения наличия и концентрации спиртов.

Труп сфотографирован.

Судебно-медицинский эксперт

СУДЕБНО – МЕДИЦИНСКИЙ ДИАГНОЗ

Алкогольная кардиомиопатия – миокард дряблый, пестрого вида, гистологически: кардиомиопатия.

Острая сердечная недостаточность – признаки отека легких, застоя крови в системе верхней полой вены, венозное полнокровие внутренних органов на фоне малокровия селезенки, темная жидкая кровь в сердце и сосудах.

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛАБОРАТОРНЫХ МЕТОДОВ ИССЛЕДОВАНИЯ

Выписка из акта судебно-химического исследования № … от … г.: “…этиловый спирт не обнаружен. Судебно-медицинский эксперт-химик …”

Выписка из акта судебно-гистологического исследования № … от … г.: «…Сердце: липоидоз-липосклероз стенок отдельных интрамуральных артерий миокарда, сужение просветов сосудов патологическим процессом на 5-10%, периваскулярный и очаги интерстициального фиброза, очажки липоматоза стромы миокарда, чередование единичных гипертрофированных миоцитов с истонченными мышечными волокнами, хаотичность расположения, разнонаправленность миоцитов, очаговая миофрагментация, разобщение пластов мышечных волокон, липофусциноз групп миоцитов, спазм, дистония, неравномерное кровенаполнение артерий и артериол, дистония, полнокровие вен, стаз эритроцитов в сосудах микроциркуляторного русла, периваскулярные геморрагии из неизмененных эритроцитов. Легкое: представлено 2 объекта, в одном из объектов лёгкого представлен периферический участок, легочная плевра утолщена, отечная, сосуды ее паретически расширены, полнокровны, в большинстве сосудов - лейкостазы и пристеночное стояние лейкоцитов; в другом срезе - дистония субсегментарного бронха, в просвете его среди десквамированных, дистрофически измененных клеток бронхиального эпителия видны сплошь расположенные сегментоядерные нейтрофилы, отек, гнойное расплавление и густая лимфо-лейкоцитарная инфильтрация бронхиальной стенки и перибронхиальной ткани; просветы альвеол на протяжении обоих срезов выполнены серозным экссудатом с примесью сплошь расположенных сегментоядерных нейтрофилов, диффузная лейкоцитарная инфильтрация ткани отечных межальвеолярных перегородок, паретическое расширение и полнокровие сосудов, стаз эритроцитов в капиллярах межальвеолярных перегородок, лейкостазы, пристеночное стояние и миграция лейкоцитов за пределы сосудистого русла. Печень: диффузная крупнокапельная жировая дистрофия большинства гепатоцитов с формированием жировых кист отдельных полей зрения, фиброзирование портальной стромы с диффузной инфильтрацией мононуклеарами, паретические расширение и полнокровие центральных вен, синусоидных капилляров и сосудов портальных трактов, стаз эритроцитов, отек перисинусоидальных пространств Диссе. Почка: дистрофические изменения нефротелиоцитов извитых и прямых почечных канальцев, набухание и некроз 60-70% нефротелиоцитов извитых канальцев, паретическое расширение и полнокровие сосудов, склероз стенок отдельных артерий, периваскулярные микрогеморрагии из неизмененных эритроцитов. Судебно-гистологический диагноз: В исследованных срезах выявлены на фоне нарушения кровообращения, венозно-венулярного полнокровия представленных объектов, признаков повышенной проницаемости сосудистых стенок выявлены следующие патологические процессы: признаки энцефалопатии, кардиомиопатии, токсического повреждения печени по типу жирового гепатоза, серозно-гнойной бронхопневмонии, субтотального кортикального некронефроза. …».

Судебно-медицинский эксперт

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

На основании судебно-медицинского исследования трупа, с учетом результатов лабораторных методов исследования, предварительных сведений об обстоятельствах наступления смерти, в соответствии с поставленными вопросами прихожу к следующим выводам:

1. Смерть гр. … наступила от заболевания – алкогольная кардиомиопатия, осложнившегося развитием острой сердечной недостаточности, что подтверждается результатами судебно-медицинского исследования.

2. Телесных повреждений, состоящих в причинной связи с наступлением смерти, не обнаружено.

3. Этиловый спирт не найден.

4. Обнаружены морфологические признаки заболеваний внутренних органов (энцефалопатии, токсического повреждения печени по типу жирового гепатоза, субтотального кортикального некронефроза), свидетельствующие о систематическом употреблении гр-ном … алкоголя при жизни.

Кроме того, гр-н … страдал левосторонней серозно-гнойной бронхопневмонией, не состоящей в причинной связи со смертью.

К Акту судебно-медицинского исследования прилагается Таблица изображений.

Судебно-медицинский эксперт

Критерии оценки:

Оценка «зачтено» выставляется студенту, если обучающийся обнаруживает всестороннее, систематическое и глубокое знание учебного материала, предусмотренные программой, ориентируется в основной и дополнительной литературе, проявляет творческие способности в понимании, изложении и использовании учебного программного материала.

Оценка «не зачтено» выставляется студенту, если обучающийся обнаруживает пробелы в знаниях основного учебно-программного материала, не ориентируется в основной и дополнительной литературе, неверно формирует диагноз, допускает ошибки в определении механизма и давности образования повреждений, неверно устанавливает давность смерти.

Составитель \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ А.Ю. Вавилов

29 августа 2017 г.

Федеральное государственное бюджетное образовательное

учреждение высшего образования

«Ижевская государственная медицинская академия»

Кафедра судебной медицины

**Тестовые задания текущего контроля**

**по дисциплине**

**Судебная медицина**

**Тема 1.**

Количество вопросов: 100

Примеры:

1. Право собирать доказательства УПК РФ предоставляет следующим участникам уголовного судопроизводства:

1. Дознавателю

2. Следователю

3. Прокурору

4. Суду

5. Эксперту

1. Законодательство наделяет дознавателя, следователя, прокурора и суд следующими правами:

1. Вызывать любое лицо для допроса

2. Вызывать для дачи заключения эксперта

3. Принимать решения о производстве осмотра, обыска или выемки в жилище

4. Принимать решение об истребовании предметов и документов

5. Принимать решение о проведении ревизии

1. Видами доказательств, предусмотренных УПК РФ являются:

1. Показания подозреваемого, обвиняемого

2. Показания потерпевшего, свидетеля

3. Показания прокурора и адвоката

4. Заключение эксперта

5. Протоколы следственных и судебных действий

1. Согласно УПК РФ, доказательства могут быть представлены всеми участниками уголовного судопроизводства, кроме:

1. Подозреваемого или его адвоката

2. Обвиняемого или его адвоката

3. Потерпевшего или его адвоката

4. Обвинителя

5. Эксперта

1. Оценка доказательств производится:

1. Судом

2. Прокурором

3. Следователем

4. Адвокатом

5. Экспертом

1. В качестве эксперта для производства судебной экспертизы и дачи заключения может быть вызвано:

1. Лицо, обладающее специальными знаниями и назначенное в порядке, установленном УПК РФ

2. Государственный судебный эксперт соответствующего экспертного учреждения

3. Иной специалист, обладающий специальными знаниями и назначенный дознавателем, следователем, прокурором или судом

4. Аттестованный работник государственного судебно-экспертного учреждения, производящий судебную экспертизу в порядке исполнения своих должностных обязанностей

5. Лицо, имеющее высшее медицинское или иное профессиональное образование

1. Согласно ст. 196 УПК РФ, проведение судебно-медицинской экспертизы обязательно если необходимо установить:

1. Причины смерти

2. Характер и степень вреда, причиненного здоровью

3. Психическое или физическое состояние подозреваемого, обвиняемого, когда возникает сомнение в его вменяемости или способности самостоятельно защищать свои права и законные интересы в уголовном судопроизводстве;

4. Психическое или физическое состояние свидетеля, когда возникает сомнение в его способности правильно воспринимать обстоятельства, имеющие значение для уголовного дела, и давать показания

5. Возраст подозреваемого, обвиняемого, потерпевшего, когда это имеет значение для уголовного дела, а документы, подтверждающие его возраст, отсутствуют или вызывают сомнение.

1. УПК РФ наделяет эксперта следующими правами:

1. Знакомиться с материалами дела, относящимися к предмету экспертизы

2. Ходатайствовать о предоставлении ему дополнительных материалов, необходимых для дачи заключения

3. Участвовать с разрешения дознавателя, следователя, прокурора и суда в процессуальных действиях

4. Отказаться от дачи заключения по вопросам, выходящим за пределы специальных знаний

5. Производить допросы по вопросам, относящимся к предмету экспертизы

1. В соответствии со ст. 16 Федерального закона «О государственной судебно-экспертной деятельности в Российской Федерации» (Федеральный закон от 31.05.2001 № 73-ФЗ) эксперт обязан, верно все кроме:

1. Принять к производству порученную ему руководителем соответствующего государственного судебно-экспертного учреждения судебную экспертизу

2. Провести полное исследование представленных ему объектов и материалов дела, дать обоснованное и объективное заключение по поставленным перед ним вопросам

3. В случае недостаточности представленных для производства судебной экспертизы материалов, не заявляя ходатайства в их дополнении, отказаться от дачи заключения

4. Обеспечить сохранность представленных объектов исследований и материалов дела

5. Составить мотивированное письменное сообщение о невозможности дать заключение и направить данное сообщение в орган или лицу, которые назначили судебную экспертизу

1. Виды экспертиз, предусмотренные УПК РФ:

1. Первичная

2. Дополнительная

3. Повторная

4. Комиссионная

5. Независимая

**Тема 2.**

Количество вопросов: 200

Примеры:

1. Под вредом здоровью понимают:

1. Повреждение, представляющее собой нарушение структуры и функции организма человека в результате воздействия одного или нескольких факторов внешней среды

2. Нарушение анатомической целостности органов и тканей

3. Нарушение физиологической функции органов и тканей

1. Судебно-медицинская экспертиза определения тяжести вреда здоровью производится на основании следующих документов:

1. Постановления правоохранительных органов

2. Определения суда

3. Направления лечебного учреждения

4. Письменного заявления потерпевшего

5. Устной просьбы следователя

1. Результаты судебно-медицинской экспертизы определения тяжести вреда здоровью оформляются:

1. Заключением эксперта

2. Актом судебно-медицинского освидетельствования

3. Протоколом освидетельствования

4. Справкой об освидетельствовании

5. Листком нетрудоспособности

1. Квалифицирующие признаки тяжести вреда:

1. Неопасность для жизни

2. Стойкая утрата общей трудоспособности

3. Полная утрата профессиональной трудоспособности

4. Утрата органа или утрата органом его функции

5. Длительность расстройства здоровья

1. Признаки вреда здоровью средней тяжести:

1. Длительное расстройство здоровья (свыше 21 дня)

2. Стойкая утрата общей трудоспособности менее чем на одну треть (от 10 до 30%)

3. Опасность для жизни

4. Кратковременное расстройство здоровья (менее 21 дня)

1. Признаки легкого вреда здоровью:

1. Незначительная стойкая утрата трудоспособности (от 5 до 10%)

2. Кратковременное расстройство здоровья

3. Значительная стойкая утрата общей трудоспособности менее чем на одну треть

4. Опасность для жизни

5. Полная утрата профессиональной трудоспособности

1. Под длительным расстройством здоровья понимают временную утрату трудоспособности продолжительностью:

1. Более 21 дня, но не свыше 120 дней

2. Более 28 дней, но не свыше 120 дней

3. Более 28 дней

4. Более 6 дней

1. Под значительной стойкой утратой общей трудоспособности менее чем на одну треть понимают стойкую утрату общей трудоспособности в размере:

1. От 10 до 30% включительно

2. От 10 до 33%

3. Более 33%

1. Под незначительной стойкой утратой общей трудоспособности понимают стойкую утрату общей трудоспособности в размере:

1. От 0 до 5%

2. От 5 до 10%

3. От 10 до 15%

4. От 10 до 30%

5. От 15 до 33%

1. Под кратковременным расстройством здоровья понимают временную утрату трудоспособности продолжительностью:

1. Не свыше 21 дня

2. Не свыше 28 дней

3. Не свыше 60 дней

4. Не свыше 120 дней

**Тема 3.**

Количество вопросов: 300

Примеры:

1. Процесс развития асфиксии характеризуется:

1. Снижением концентрации кислорода в тканях

2. Накоплением углекислоты в тканях

3. Развитием тканевого алкалоза

4. Развитием тканевого ацидоза

1. Виды механической асфиксии:

1. Повешение

2. Странгуляционная

3. Обтурационная

4. Компрессионная

5. Аспирационная

1. Через какое время с момента развития процесса асфиксии обычно происходит потеря сознания?

1. К концу первой минуты

2. К концу третьей-четвертой минуты

3. К концу пятой-шестой минуты

4. К концу седьмой-восьмой минуты

1. Через какое время с момента развития процесса асфиксии обычно наступает смерть пострадавшего?

1. К концу первой минуты

2. К концу третьей-четвертой минуты

3. К концу пятой-шестой минуты

4. К концу седьмой-восьмой минуты

1. Факторы, обусловливающие признаки быстро наступившей смерти ("общеасфиктические"):

1. Фибриногенолиз

2. Тканевый ацидоз

3. Тканевый алкалоз

4. Патологическое депонирование крови

1. Особенности странгуляционной борозды при повешении в петле:

1. Косовосходящее направление

2. Незамкнутость, неравномерная глубина

3. Буро-коричневый цвет, плотность

4. Особенностей нет

1. Особенности странгуляционной борозды при удавлении петлей:

1. Горизонтальное направление

2. Незамкнутость, неравномерная глубина

3. Замкнутость, равномерная глубина

4. Особенностей нет

1. Положительный результат пробы Бокариуса свидетельствует:

1. О прижизненности странгуляционной борозды

2. О посмертном происхождении странгуляционной борозды

3. Доказательного значения не имеет

1. Отрицательный результат пробы Бокариуса свидетельствует:

1. О прижизненности странгуляционной борозды

2. О посмертном происхождении странгуляционной борозды

3. Доказательного значения не имеет

1. Макроскопические морфологические изменения пробой Бокариуса выявляются в следующих элементах:

1. Дно странгуляционной борозды

2. Края странгуляционной борозды

3. Валики ущемления

4. В коже по периферии борозды

**Тема 4.**

Количество вопросов: 300

Примеры:

1. Факторы образования огнестрельных повреждений:

1. Выстрел из огнестрельного оружия

2. Взрыв пороха

3. Взрыв «истинных» взрывчатых веществ

4. Выстрел из пневматического оружия

5. Выстрел из арбалета

1. Виды ручного огнестрельного оружия:

1. Боевое

2. Спортивное

3. Охотничье

4. Атипичное (переделанное)

5. Специальное

1. Параметр, определяющий калибр оружия:

1. Наружный диаметр ствола

2. Внутренний диаметр ствола

3. Диаметр пули

4. Расстояние между противоположными нарезами

5. Расстояние между противоположными полями нарезов

1. К «пороховым газам» относятся:

1. Окиси азота

2. Окиси углерода

3. Окиси водорода

4. Копоть и сажа

5. Несгоревшие порошинки

1. Пуля с высокой кинетической энергией оказывает на преграду следующие виды воздействия:

1. Разрывное

2. Пробивное

3. Клиновидное

4. Контузионное

5. Гидродинамическое

1. Пуля со средней кинетической энергией оказывает на преграду следующие виды воздействия:

1. Разрывное

2. Пробивное

3. Клиновидное

4. Контузионное

5. Гидродинамическое

1. Пуля с малой кинетической энергией оказывает на преграду следующие виды воздействия:

1. Разрывное

2. Пробивное

3. Клиновидное

4. Контузионное

5. Гидродинамическое

1. Элементы огнестрельного повреждения на теле:

1. Входное отверстие

2. Выходное отверстие

3. Просвет раневого канала

4. Края раневого канала

5. Стенки раневого канала

1. Элементы раневого канала:

1. Входное отверстие

2. Зона разрушения (собственно раневой канал)

3. Стенки раневого канала

4. Зона бокового ушиба тканей

5. Зона молекулярного сотрясения тканей

1. Среди огнестрельных повреждений различают следующие виды:

1. Сквозные

2. Слепые

3. Тупые

4. Опоясывающие

5. Касательные

**Тема 5.**

Количество вопросов: 100

Примеры:

1. Электрофорезом называется:

1. Разделение белковых молекул в зависимости от их молекулярного веса

2. Разделение белков в дисперсной среде в зависимости от значения изоэлектрической точки

3. Разделение белков под действием электрического тока в дисперсионной среде под влиянием градиента рН геля

4. Направленное движение дисперсных частиц в дисперсионной среде под действием внешнего электрического поля

1. Процентные соотношения верхнего и нижнего гелей при диск-электрофорезе для типирования гаптоглобина (Нр) в пятнах крови:

1. Верх. 4,5%. нижн. 8,1%

2. Верх. 5,4%, нижн.8,9%

3. Верх. 7%, нижн. 3%

1. Фракционирование при электрофорезе происходит в результате действия следующих факторов:

1. Структура геля

2. Градиент рН геля

3. Электрический ток

1. Гаптоглобин осуществляет в организме следующие функции:

1. Иммунная

2. Транспорт гемоглобина

3. Транспорт витаминов

1. Синтез гаптоглобина в организме человека осуществляет:

1. Печень

2. Селезенка

3. Костный мозг

4. Поджелудочная железа

1. В крови человека гаптоглобин содержится в:

1. Эритроцитах

2. Лейкоцитах

3. Тромбоцитах

4. Сыворотке крови

1. Фракции гаптоглобина при диск-электрофорезе на фореграмме располагаются:

1. Непосредственно под карманами

2. У границы раздела гелей

3. На расстоянии 1,5 см от нижнего края фореграммы

1. Фенотипирование фракции гаптоглобина не представляется возможным в следующих случаях:

1. Истинная агаптоглобинемия

2. Ложная агаптоглобинемия

3. При дефиците гаптоглобина в сыворотке крови

4. При допущенных технических погрешностях

1. Группоспецифический фактор крови — Gc относится к следующей системе:

1. Ферментной

2. Сывороточной

3. Эритроцитарной

1. Электрофоретическая подвижность фракций системы Gc в сравнении с фракциями Нр:

1. Более высокая

2. Менее высокая

3. Обладают одинаковой электрофоретической подвижностью

Критерии оценки:

Оценка «зачтено» выставляется студенту, если в ходе тестирования им продемонстрированы положительные ответы не менее чем на 70% учебных вопросов.

Оценка «не зачтено» выставляется студенту, если в ходе тестирования им продемонстрированы положительные ответы менее чем на 70% учебных вопросов

Составитель \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ А.Ю. Вавилов

29 августа 2017 г.

Федеральное государственное бюджетное образовательное

учреждение высшего образования

«Ижевская государственная медицинская академия»

Кафедра судебной медицины

**Тестовые задания итоговой аттестации**

**по дисциплине**

**Судебная медицина**

1. Отверстие в девственной плеве измеряют при помощи:
* Пальца;
* Стеклянной линейки;
* Гименометра;
* Стеклянной палочки;
1. "Отпечатки" ребер на легких характерны для:
* Удавления руками;
* Утопления;
* Удавления петлей;
* Повешения;
1. 'При проведении судебно-медицинской экспертизы судебно-медицинский эксперт оформляет:
* Акт судебно-медицинского исследования;
* Протокол судебно-медицинского исследования;
* Заключение эксперта;
* Справку;
1. Изменение цвета кровоподтека с течением времени определяется;
* Глубиной кровоподтека;
* Областью тела, где он расположен;
* Степенью распада гемоглобина;
* Силой, с которой было нанесено воздействие;
1. Объективными признаками смерти являются все перечисленные кроме:
* Трупные пятна;
* Понижение температуры тела до 23 град.;
* Отсутствие реакции зрачков на свет;
* Трупное окоченение;
1. Содружественное действие нескольких ядов, при котором общий эффект превышает сумму действий каждого из них в отдельности:
* Называется кумуляцией;
* Называется синергизмом;
* Называется потенцированием;
* Называется суммированием;
1. Для входной огнестрельной раны характерно;
* щелевидная форма;
* неровные края;
* дефект ткани (минус-ткань);
* большие размеры раны;
1. На диатомовый анализ при подозрении на утопление наиболее целесообразно направлять:
* Жидкость из желудка;
* Жидкость из водоема;
* Почку;
* Легкое;
1. Неоказание врачом медицинской помощи больному относится к:
* Врачебной ошибке;
* Незаконному врачеванию;
* Умышленному преступлению в медицинской деятельности;
* Несчастному случаю;
1. Для какой раны характерно: края неровные, размозженные, осадненные, несколько отслоенные?
* Рваная;
* Ушибленная;
* Рассеченная;
* Резаная;
1. Для проведения термометрии, датчики термометра можно вводить во все описанные диагностические зоны кроме:
* Полость черепа;
* Пищевод;
* Печень;
* Спинной мозг;
1. Едкие яды наиболее выражено действуют:
* Местно;
* Резорбтивно;
* Кумулятивно;
* Сочетание этих действие;
1. Типичная выходная огнестрельная рана формируется за счет;
* пробивного действия снаряда;
* клиновидного действия снаряда;
* разрывного действия снаряда;
* контузионного действия снаряда;
1. Положительный результат пробы Бокариуса свидетельствует о;
* Прижизненности странгуляционной борозды;
* Посмертности странгуляционной борозды;
* Доказательного значения не имеет;
1. Судебно-медицинская экспертиза определения степени вреда здоровью проводится на основании:
* Направления органов следствия;
* Направления лечащего учреждения;
* Письменной просьбы потерпевшего;
* Постановления органов следствия;
1. Вид травматического воздействия, приводящий к образованию переломов позвоночника:
* Удар;
* Кручение;
* Растягивание;
* Трение;
1. К поздним трупным явлениям не относится:
* Аутолиз;
* Мумификация;
* Гниение;
* Торфяное дубление;
1. В результате местного действия щелочей в тканях развиваются:
* Колликвационный некроз;
* Коагуляционный некроз;
* Гнойное воспаление;
1. Одним из специфических признаков выстрела в упор является;
* округлая форма раны;
* наличие штанцмарки;
* поясок обтирания;
* ввернутые края раны;
1. Обнаружение в просвете крупных сосудов рыхлых красных свертков свидетельствует о:
* Смерти без агонального периода;
* Коротком агональном периоде;
* Длительной агонии;
* Не является диагностическим признаком;
1. Одним из признаков тяжкого телесного повреждения является:
* Опасность для жизни;
* Частичная утрата профессиональной трудоспособности;
* Стойкая утрата общей трудоспособности менее чем на 1/3;
* Незначительная стойкая утрата общей трудоспособности;
1. При сдавлении грудной клетки в переднезаднем направлении между двумя твердыми тупыми предметами возникают переломы:
* Симметрично по окологрудинным линиям;
* Симметрично по подмышечным линиям;
* Симметрично по лопаточным линиям;
* Симметрично по околопозвоночным линиям;
1. Признаки трупного высыхания можно обнаружить во всех зонах кроме:
* Переходная кайма губ;
* Мошонка;
* Склеры глаз;
* Слизистой оболочке рта;
1. Судебно-медицинская диагностика смертельных отравлений ядами основывается на всех данных кроме:
* Макроскопического исследования трупа;
* Микроскопических изменений тканей и органов;
* Судебно-химического исследования органов трупа;
* Данных анамнеза;
1. По особенностям огнестрельного снаряда, извлеченного из тела потерпевшего, не представляется возможным судить о:
* Калибре оружия;
* Виде оружия;
* Количеству нарезов в стволе оружия;
* Дистанции выстрела;
1. Для аспирационного типа утопления не характерно наличие:
* Мелкопузырчатой пены у отверстий рта и носа;
* Воздушной эмболии левого отдела сердца;
* Отека стенки и ложа желчного пузыря;
* Пятен Рассказова-Лукомского-Пальтауфа;
1. Под значительной стойкой утратой общей трудоспособности понимают ее утрату в размере:
* До 33 процентов;
* Более 33 процентов;
* До 15 процентов;
* До 10 процентов;
1. Кровоизлияния под эндокардом (пятна Минакова) являются диагностическим признаком:
* Острой кровопотери;
* Обильной кровопотери;
* Травматического шока;
* Воздушной эмболии;
1. При далеко зашедших гнилостных процессах судебно-медицинское исследование трупа:
* Проводить не целесообразно;
* Провести исследование, но не вскрывать череп;
* Вскрыть череп, не исследовать внутренние органы;
* Провести полное исследование;
1. Наиболее частой причиной смерти при отравлении мышьяком является:
* Уремия;
* Первичная остановка сердца;
* Паралич дыхательного центра;
* Острая печеночная недостаточность;
1. Металл в области входной огнестрельной раны можно выявить методом;
* гистологическим;
* люминесцентным;
* спектральным анализом;
* непосредственной микроскопией;
1. Для асфиктического типа утопления не характерно:
* Увеличение объема легких;
* Разрывы межальвеолярных перегородок;
* Мелкопузырчатая пена у отверстий рта и носа;
* Воздушная эмболия левого отдела сердца;
1. Предотвращение смертельного исхода, обусловленное оказанием мед. помощи при оценке степени тяжести вреда здоровью:
* Должно приниматься во внимание;
* Не должно приниматься во внимание;
* Принимается во внимание в некоторых случаях;
1. Соединительно-тканные перемычки между краями раны характерны для:
* Рубленых ран;
* Резаных ран;
* Ушибленых ран;
* Колотых ран;
1. Гнилостные процессы на трупе проявляются всеми наружными признаками кроме:
* Зеленой окраски кожи;
* Гнилостной венозной сети;
* Уплотнением мягких тканей;
* Трупной эмфиземой;
1. Механизмом действия окиси углерода является:
* Нарушение дыхательной функции клеток;
* Перевод атома железа в геме в неактивное состояние;
* Связывание гемоглобина;
* Связывание железа в молекуле миоглобина;
1. Копоть и пороховые зерна в области входной огнестрельной раны можно обнаружить;
* хроматографическим исследованием;
* цитологическим исследованием;
* непосредственной микроскопией;
* люминисцентным методом;
1. Пятна Рассказова-Лукомского под легочной плеврой наблюдаются при:
* Аспирационном типе утопления;
* Асфиктическом типе утопления;
* Рефлекторном типе утопления;
1. Среди повреждений черепа к опасным для жизни относятся:
* Ушиб головного мозга легкой степени тяжести;
* Открытые переломы лицевого скелета;
* Проникающие ранения черепа;
* Трещина наружной костной пластинки;
1. Характер переломов трубчатых костей, возникающих от деформации кручения:;
* Поперечные;
* Поперечно-косые;
* Винтообразные;
* Оскольчатые;
1. Одним из морфологических признаков гипертонической болезни является:;
* Атеросклероз аорты;
* Гипертрофия левого желудочка;
* Общая гипертрофия сердца;
* Кардиосклероз;
1. Физиологическим содержанием карбоксигемоглобина в крови считается:
* До 5 процентов;
* 5-10 процентов;
* 10-2- процентов;
* До 40-50 процентов;
1. Для определения калибра оружия наиболее целесообразно исследовать следующие ткани;
* плоские кости;
* внутренние органы;
* связки;
* фасции органов;
1. К диагностической тетраде при смерти от утопления (по В.А.Свешникову) не относится признак:
* Жидкость в пазухе основной кости;
* Жидкость в желудке и отделах кишечника;
* Пятна Рассказова-Лукомского;
* Лимфогемия;
* Острая эмфизема легких;
1. Вопрос о изгладимости либо неизгладимости телесных повреждений решает:
* Судебно-медицинский эксперт;
* Врач-косметолог;
* Суд;
* Визажист;
1. О направлении переезда тела рельсовым транспортом можно судить по всем признакам кроме:
* Контур края разделения тела;
* Характер переломов ребер;
* Характер складок (замятий) одежды;
* Направления частиц эпидермиса полосы осаднения;
1. В каком порядке обычно исчезает трупное окоченение:
* В обратном порядке;
* В том же, в каком начиналось;
* Беспорядочно;
1. Причиной смерти при отравлениях метгемоглобинобразующими ядами является:
* Гемическая аноксия;
* Тканевая аноксия;
* Паралич дыхательного центра;
* Гипоксическая аноксия;
1. Основным признаком выстрела с упором компенсатора является:
* Отложение копоти на коже в виде фигур;
* Отпечаток переднего торца ствола;
* Массивное кровотечение из раны;
* Значительные разрывы кожи;
1. Тканевая гипоксия развивается при:
* Утоплении;
* Отравлении цианидами;
* Отравлении окисью углерода;
* Закрытии дыхательных отверстий;
1. Потеря всех пальцев руки при сохраненной кисти квалифицируется по признаку:
* Опасности для жизни;
* Утраты органа;
* Длительности расстройства здоровья;
* Стойкой утраты трудоспособности;
1. Повреждения во вторую фазу фронтального центрального столкновения легкового автомобиля с человеком возникают от:
* Непосредственного удара телом о части автомобиля;
* Трения о тело выступающих частей автомобиля;
* Трения телом о дорогу;
* Падения тела на грунт и ударе об него;
1. К ранним трупным изменениям относятся:
* Пятна Рассказова-Лукомского;
* Пятна Вишневского;
* Пятна Лярше;
* Пятна Тардье;
1. Механизм действия сероводорода на организм человека проявляется:
* Параличом центральной нервной системы;
* Блокированием тканевых дыхательных ферментов;
* Поражением почек, приводящее к развитию уремии;
* Развитием жировой дистрофии печени;
1. Кольцо "воздушного осаднения" образуется при дистанции выстрела:
* Выстрел в упор;
* Выстрел с расстояния 3-5 см;
* Выстрел с расстояния 10-50 см;
* Выстрел с расстояния более 50 см;
1. Циркуляторная гипоксия развивается при
* Утоплении;
* Отравлении цианидами;
* Заболеваниях сердечно-сосудистой системы;
* Закрытии дыхательных отверстий;
1. Разрыв девственной плевы квалифицируется по признаку;
* Опасности для жизни;
* Стойкой утраты трудоспособности;
* Длительность расстройства здоровья;
* Утрата профессиональной трудоспособности;
1. Вариант столкновения грузового автомобиля с человеком, при котором вторая фаза - падение тела человека на капот отсутствует:
* Фронтальное центральное;
* Фронтальное краевое;
* Тангенциальное;
* При всех вариантах столкновения;
1. Одной из суправитальных реакций, имеющих важное значение для определения давности наступления смерти, является:
* Уплотнение мягких тканей;
* Подвижность сперматозоидов;
* Секреторная функция потовых желез;
* Быстрое развитие аутолиза;
1. Смерть при отравлении снотворными веществами наступает от:
* Паралича дыхательной мускулатуры;
* Паралича сосудодвигательного центра;
* Паралича дыхательного центра;
* Острой почечной недостаточности;
1. При исследовании множественных входных ран большее количество смазки обнаруживается;
* вокруг первого раневого отверстия;
* вокруг второго раневого отверстия;
* вокруг третьего раневого отверстия;
* вокруг четвертого раневого отверстия;
1. Групповые признаки петли, сдавливающей шею, нельзя установить по:
* Локализации странгуляционной борозды;
* Ее форме и рельефу дна;
* Ширине дна;
* Наличию или отсутствию промежеточного валика;
1. Открытые ранения органов забрюшинного пространства квалифицируются по признаку:
* Опасности для жизни;
* Стойкой утраты трудоспособности;
* Длительность расстройства здоровья;
* Утрата профессиональной трудоспособности;
1. "Хлыстообразные" переломы шейного отдела позвоночника при травме от столкновения возникают в результате:
* Кручения шеи;
* Разгибания шеи;
* Бокового сгибания шеи;
* Приложении силы по оси позвоночника;
1. При исследовании трупных пятен для установления давности наступления смерти может использоваться;
* Колориметр;
* Динамометр;
* Манометр;
* Ареометр;
1. Опьянению легкой степени обычно соответствует концентрация этанола в крови:
* До 0,5 промилле;
* 0,5-1,5 промилле;
* 1,5-2,5 промилле;
* Более 2,5 промилле;
1. Какие особенности повреждений плоских костей характерны для второго выстрела?
* Трещины от второго ранения пересекают трещины от первого;
* Трещины от второго ранения не пересекают трещин от первого;
* Все трещины пересекаются;
* Закономерностей не обнаружено;
1. Для смерти от закрытия отверстий рта и носа не характерен признак:
* Сcадины в области рта и носа;
* Анизокория;
* Повреждения на слизистой преддверия рта;
* Бледность носогубного треугольника;
1. Оценка степени тяжести телесного повреждения по его исходу производится:
* У опасных для жизни повреждениях;
* У неопасных для жизни повреждениях;
* У все телесных повреждений;
* Квалификация повреждений по исходу не производится;
1. Общее направление смещения эпидермиса при переезде гусеницей трактора через тело:;
* По направлению движения трактора;
* В направлении, противоположном движению трактора;
* От краев к середине зоны повреждения;
* Особенностей не отмечается;
1. Наиболее часто используемым методом исследования внутренних органов является:
* Метод по Абрикосову А.И.;
* Метод по Киари-Марешу;
* Метод по Попову Н.В.;
* Метод по Шору Г.В.;
1. Наиболее токсичным продуктом биотрансформации этанола является:
* Формальдегид;
* Щавелевая кислота;
* Уксусная кислота;
* Ацетальдегид;
1. Гидродинамическое действие пули проявляется:
* Разрывами тканей по ходу раневого канала;
* Множественными переломами основания черепа;
* Разрывами паренхиматозных органов;
* Разрывами полых органов;
1. О причине смерти - утоплении в пресной воде по истинному типу не свидетельствует признак:
* Острая эмфизема легких;
* Лимфогемия;
* Мацерация кожи кистей и стоп;
* Жидкость в клиновидной пазухе;
1. В случаях половых преступления мазки из половых путей женщины следует брать не позже:
* Первых часов после изнасилования;
* 2-3-х дней;
* 5-7-и дней;
* 8-10-и дней;
1. Место внедрения острия колюще-режущего орудия можно определить по:
* Искривлению основного надреза;
* Наличию надреза у края раны;
* Максимальному осаднению краев;
* Минимальному осаднению краев;
1. Наиболее часто используемым методом исследования головного мозга является:
* Метод по Громову С.А.;
* Метод по Буяльскому И.В.;
* Метод по Вирхову Р.;
* Метод по Флексигу;
1. При отравлении солями ртути преимущественно поражаются:
* Печень;
* Головной мозг;
* Тонкий кишечник;
* Почки;
1. Пулевой канал в плоских костях имеет форму:
* Цилиндрическую;
* Конусовидную;
* В виде песочных часов;
* Любую;
1. Синдром Мендельсона развивается при попадании в дыхательные пути:
* Воды;
* Инородного тела;
* Желудочного содержимого;
* Жидкой крови;
1. Внезапной согласно рекомендациям ВОЗ, принято считать смерть, последовавшую от начала клинических проявлений болезни не более чем через:
* 6 часов;
* 10 часов;
* 12 часов;
* 18 часов;
* 24 часа;
1. В первые минуты после смерти окраска кровоподтека:
* Сине-багровая;
* Багрово-красная;
* Красная с коричневатым оттенком;
* Коричневато-желтая;
* Буровато-зеленоватая;
1. Соединительно-тканные перемычки между краями характерны для:
* Резаных ран;
* Рубленых ран;
* Рвано-ушибленных ран;
* Колотых ран;
* Огнестрельных ран;
1. При гипертонической болезни кровоизлияния наиболее часто локализуются:
* Под оболочками головного мозга;
* В желудочках головного мозга;
* В больших полушариях головного мозга;
* В мозжечке и стволовых структурах мозга;
* Не имеют типичной локализации;
1. При сосудистых поражениях головного мозга кровоизлияния наиболее часто локализуются;
* Под оболочками головного мозга;
* В желудочках головного мозга;
* В больших полушариях головного мозга;
* В мозжечке и стволовых структурах мозга;
* Не имеют типичной локализации;
1. Типичной локализацией ишемических инфарктов головного мозга является;
* Кора больших полушарий;
* Белое вещество больших полушарий и стволовой отдел мозга;
* Мозжечок;
* Не имеют типичной локализации;
1. Для какой степени алкогольного опьянения характерны повышенная утомляемость, эмоциональная неустойчивость, нарушение координации мелких движений:
* Легкой;
* Средней;
* Сильной;
* Тяжелой;
1. Для какой степени алкогольного опьянения характерны значительная эмоциональная неустойчивость, шаткая походка, неясная речь, нарушения психики и ориентировки, сонливость:
* Легкой;
* Средней;
* Сильной;
* Тяжелой;
1. Для какой степени алкогольного опьянения характерны снижение болевой чувствительности вплоть до потери, ступорозное состояние:
* Легкой;
* Средней;
* Сильной;
* Тяжелой;
1. Назначение судебно-медицинской экспертизы согласно действующего УПК является обязательным при необходимости установления:
* Причины смерти;
* Тяжести вреда здоровью;
* Физического и психического состояния подозреваемого, обвиняемого, потерпевшего или свидетеля;
* Возраста подозреваемого, обвиняемого или потерпевшего;
1. Основанием для проведения судебно-медицинской экспертизы является:
* Постановление органов следствия;
* Направление лечебного учреждения;
* Постановление органов дознания;
* Предложение учреждения медицинского страхования;
1. К ранним посмертным явлениям относят:
* Мышечное окоченение;
* Охлаждение тела;
* Трупные пятна;
* Аутолиз;
1. Исследование трупных пятен позволяет установить:
* Давность наступления смерти;
* Вероятную причину смерти;
* Особенности рельефа поверхности, на которой лежал труп;
* Изменение положения трупа;
1. Значение мышечного окоченения состоит в том, что оно:
* Является несомненным доказательством смерти;
* Позволяет судить о давности наступления смерти;
* Может ориентировать эксперта в отношении причины смерти;
1. Участвуя в осмотре трупа на месте происшествия врач-специалист в области судебной медицины должен:
* Убедиться в наступлении смерти потерпевшего;
* Направить на лабораторное исследование вещественные доказательства;
* Установить имеющиеся на теле потерпевшего повреждения;
* Составить протокол осмотра места происшествия;
1. К ориентирующим признакам смерти относят отсутствие:
* Реакции зрачков на свет;
* Сознания;
* Пульса на крупных артериях;
* Дыхания;
1. Достоверным признаком смерти является:
* Отсутствие биоэлектрической активности сердца;
* Мидриаз;
* Температура тела менее 20°С;
* Отсутствие сознания;
1. К признакам быстро наступившей смерти относят:
* Цианоз кожного покрова;
* Насыщенную окраску трупных пятен;
* Субконъюнктивальные экхимозы;
* Жидкое состояние крови;
1. Для установления давности наступления смерти используют:
* Ректальную термометрию;
* Стадию развития трупных пятен;
* Степень выраженности мышечного окоченения;
* Реакцию поперечно-полосатых мышц на механическое воздействие;
1. Для установления давности наступления смерти используют:
* Реакцию зрачков на введение атропина и пилокарпина;
* Механическую возбудимость мышц;
* Электрическую возбудимость мышц;
* Реакцию потоотделения на подкожное введение адреналина;

Критерии оценки:

Оценка «зачтено» выставляется студенту, если в ходе тестирования им продемонстрированы положительные ответы не менее чем на 70% учебных вопросов.

Оценка «не зачтено» выставляется студенту, если в ходе тестирования им продемонстрированы положительные ответы менее чем на 70% учебных вопросов

Составитель \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ А.Ю. Вавилов

29 августа 2017 г.

Федеральное государственное бюджетное образовательное

учреждение высшего образования

«Ижевская государственная медицинская академия»

Кафедра судебной медицины

**Перечень практических навыков**

**по дисциплине**

**Судебная медицина**

* Судебно-медицинское исследование (экспертиза) трупа, в частности:

а) изъятие органов и тканей трупа для гистологических, судебно-химических, судебно-биологических и др. исследований;

б) проба на воздушную эмболию;

в) проба на пневмоторакс.

* Судебно-медицинское освидетельствование (экспертиза) живого лица для определения:

а) Характера телесных повреждений;

б) Тяжести телесных повреждений;

в) Давности телесных повреждений;

г) Механизма возникновения повреждений.

* Составление акта судебно-медицинское исследования трупа (заключение эксперта) и судебно-медицинского освидетельствования живого лица (заключение эксперта).
* Установление критериев возраста.
* Составление судебно-медицинского заключения по медицинским документам.
* Физико-химические методы исследования:

а) Спектральное исследование жидкой крови;

б) Установление наличия и видовой принадлежности крови в пятне;

в) Установление наличия и видовой принадлежности волос, регионарная диагностика волос человека;

г) Установление наличия спермы;

д) Применение контактно-диффузионного метода для выявления металлизации одежды и кожи;

е) Судебно-медицинская экспертиза костных останков, установление биологического возраста и пола по черепу.

* Умение заполнять врачебное свидетельство о смерти.
* Владение навыками работы при осмотре трупа на месте его обнаружения.
* Умение анализировать неблагоприятные исходы в медицин­ской практике с ясным пониманием существа врачебных ошибок, не­счастных случаев и профессиональных правонарушений медицинских работников.

Критерии оценки:

Оценка «зачтено» выставляется студенту, если обучающийся обнаруживает полное владение практическими навыками, предусмотренными программой, свободно ориентируется в методах, применяемых в судебной медицине для решения экспертных задач, возникающие в практической деятельности врача, способен выполнять их самостоятельно.

Оценка «не зачтено» выставляется студенту, если обучающийся обнаруживает критические пробелы в практических навыках, что не позволяет ему самостоятельно решать экспертные задачи, возникающие в практической деятельности врача.

Составитель \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ А.Ю. Вавилов

29 августа 2017 г.