

Судебно-медицинская экспертиза - кейс 2

Materials for the selected specialty

Тип: Кейсы | Образование: Высшее образование | Специализация: Судебно-медицинская экспертиза | Записей: 1 | Кейс: 2 | Вопросов: 12

Судебно-медицинская экспертиза - кейс 2

Образование: Высшее образование | Специализация: Судебно-медицинская экспертиза

1. УСЛОВИЕ СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧИ

1.1. Обстоятельства дела

03.01., в квартире по адресу: г. М. улица Р., д. 2, кв. Х был обнаружен труп гражданки Х., 58 лет. Труп находится в маленькой комнате трехкомнатной квартиры. Труп лежит на спине, руки вытянуты вдоль туловища согнуты в локтях, расположены в области груди. Труп одет в майку черного цвета и трусы черного цвета. При визуальном осмотре признаков насильственной смерти не обнаружено. Порядок в квартире не нарушен, следов борьбы и пятен бурого цвета в квартире не выявлено.

1.2. Катамнез заболевания

Со слов дочери: «...Два года назад у моей мамы была травма головы средней тяжести с кровоизлиянием, причину данной травмы нам установить не удалось, так как мама ничего не помнила. Она жаловалась на постоянные головные боли...».

1.3. Катамнез жизни

Не известен.

1.4. Исследовательская часть

Наружное исследование

На трупе надето: черная трикотажная майка, черные трикотажные шорты, розовые трикотажные трусы. Вся одежда надета в правильном порядке, умеренно поношена, без повреждений и загрязнений; нижний край майки смещен вверх до уровня верхней трети груди. Одежда сохранена для передачи родственникам. Труп женщины правильного телосложения, повышенного питания, длиной тела 175 см. Окружность груди 108 см. Кожный покров, вне трупных пятен, бледный, холодный на ощупь во всех областях, дрябловатый. Трупные пятна темно-фиолетовые, насыщенные, разлитые, располагаются на задней и заднебоковых поверхностях тела, не имеют тенденции к перемещению при изменении положения тела, бледнеют при трехкратном надавливании пальцем в поясничной области и восстанавливаются через 7 минут. Трупное окоченение резко выражено в мышцах шеи, жевательных и мимических мышцах, мышцах верхних и нижних конечностей (исследование проводилось до снятия одежды). Суправитальные реакции не определялись ввиду нецелесообразности. Трупные явления зафиксированы в 13 часов 35 минут. Повреждений на волосистой части головы нет. Кости лицевого черепа, свода черепа, хрящи носа и ушных раковин на ощупь целы. Лицо цианотичное, одутловатое; цианоз распространяется на шею и верхнюю треть груди. Глаза закрыты. Глазные яблоки упругие на ощупь. Роговицы прозрачные, радужные оболочки глаз зеленовато-коричневого цвета, зрачки диаметром по 0,4 см. Соединительные оболочки век розовато-фиолетовые, с сетью резко расширенных полнокровных кровеносных сосудов, без кровоизлияний. Из полостей рта и носа выделяется умеренное количество буровато-серой мутной жидкости. Наружные слуховые проходы свободные. Рот приоткрыт. Красная кайма губ серовато-фиолетового цвета, несколько уплотнена за счет подсыхания, без повреждений и кровоизлияний. Слизистая оболочка преддверия рта серовато-фиолетовая, влажная,

блестящая, без повреждений и кровоизлияний. Зубы естественные; коронки их с кариозными изменениями. Зубы сомкнуты, язык за линию смыкания зубов и десен не выступает. Слизистая оболочка ротовой полости фиолетовая, влажная, без повреждений и кровоизлияний. Шея развита пропорционально туловищу. Грудная клетка цилиндрическая, не деформирована, крепитации пузырьков газа под кожей при ее пальпации не определяется. Молочные железы полушаровидные, большой величины, без уплотнений при пальпации. Околососковые кружки коричневые; соски обособлены, выделений из них при надавливании нет. Живот вздут, не напряжен. Наружные половые органы сформированы правильно, по женскому типу, без повреждений и видимых болезненных изменений. Выделений из половых путей нет. Слизистая оболочка преддверия влагалища серовато-фиолетовая, без повреждений и кровоизлияний. Девственная плева в виде миртовидных сосочков. Заднепроходное отверстие сомкнуто, кожа вокруг него чистая. Кости конечностей на ощупь целы. Повреждения. В задней области правого локтя – поперечно ориентированная, прерывистая полосовидная ссадина, размерами 4×2 см, с красновато-розовой, шероховатой, мягкой, слабо западающей поверхностью и четкими границами. Каких-либо других повреждений, а также следов инъекций, при наружном исследовании трупа не обнаружено.

Внутреннее исследование

Внутренняя поверхность мягких тканей головы розовато-серая, влажная, эластичная. В лобной и теменной областях, справа и слева от срединной линии, от уровня глазниц и выше, только под апоневрозом, располагается полосовидное темно-фиолетовое студневидное кровоизлияние, размерами 13×4,5×0,5 см, с четкими контурами. В подкожно-жировой клетчатке затылочной области, тотчас правее срединной линии и на уровне наружного затылочного выступа, располагается неправильно округлой формы темно-красное блестящее кровоизлияние, диаметром 3 см, толщиной 0,5 см, с четкими контурами. Других кровоизлияний в мягких тканях головы не обнаружено. Височные мышцы с поверхности и на разрезах красные, без кровоизлияний. Твердая мозговая оболочка серовато-розовая, гладкая, блестящая, напряжена, без повреждений; в синусах ее темная жидкая кровь. Крови над твердой мозговой оболочкой нет. Под твердой мозговой оболочкой, у выпуклой поверхности правой теменной доли, располагается темно-красный блестящий кровяной сверток, объемом 10 мл; также под твердой мозговой оболочкой в передней и средней черепных ямках справа сосредоточены темная жидкая кровь и мелкие темно-красные блестящие кровяные свертки, объемом около 15 мл. Указанные свертки не спаяны с внутренним листком твердой мозговой оболочки и с мягкими мозговыми оболочками; по цвету, прилегающие к сверткам мозговые оболочки, не изменены. Правая поясная извилина выступает резко влево из-под края серповидного отростка твердой мозговой оболочки. Обнаружен линейный перелом костей свода черепа: на наружной костной пластинке линия перелома начинается на правой половине затылочной кости, на 2 см ниже правой ветви лямбдовидного шва и в 1,5 см от срединной линии, а также на уровне нижнего края кровоизлияния в подкожно-жировой клетчатке затылочной области справа; в месте начала линии перелома имеется участок смятия наружной костной пластинки, размерами 0,4×0,3 см. Данная линия перелома распространяется вверх и влево; она, пересекая правую ветвь лямбдовидного шва, достигает стреловидного шва, проходит по нему на протяжении 9 см с его расхождением, пересекает посередине венечный шов и далее, в направлении кпереди и вправо, проходит по чешуе лобной кости и заканчивается у верхнего края левой глазницы не пересекая его. На внутренней костной пластинке линия перелома соответствует расположению на наружной костной пластинке; не переходит на основание черепа. Края линии перелома на внутренней костной пластинке – ровные и местами волнистые, без повреждений компактного слоя. Толщина костей черепа на распилах: лобной 0,6 см, височных по 0,4 см, теменных по 0,5 см, затылочной – 0,7 см. Продольный размер черепа 16,5 см, поперечный – 15,0 см. Мягкие мозговые оболочки тонкие, прозрачные, с сетью умеренно расширенных полнокровных кровеносных сосудов. Под паутинной оболочкой головного мозга, на всех его поверхностях, исключая затылочные доли и нижние поверхности височных долей, располагается сплошное темно-красное блестящее кровоизлияние, неравномерно выполняющее борозды и покрывающее вершины извилин. Полушария большого мозга асимметричные и (правое полушарие увеличено в объеме, набухшее), рельеф мозга резко сглажен (больше справа). Ширина прямых извилин: справа 0,9 см, слева 0,4 см; парагиппокампальных: справа 1,4 см, слева 1,0 см; крючков гиппокампа: справа 1,5 см, слева 1,3 см. На правой поясной извилине, в центральных ее отделах, имеется прерывистая борозда давления длиной около 1,5 см, глубиной до 0,3 см. Борозд давления на миндалинах мозжечка не имеется. Масса мозга 1641 г.

Артерии основания головного мозга без аномалий развития, с утолщенными стенками, полуспавшиеся, с множественными сливающимися циркулярными и полулунными фиброзными бляшками, слабо суживающими просветы артерий и занимающими более 50% площади. Вещество мозга плотноватое. При проведении серии неглубоких разрезов во всех областях головного мозга, обнаружены участки скопления сливающихся темно-фиолетовых точечных и пылевидных кровоизлияний в коре следующих областей головного мозга: на правой и левой прямых извилинах, на участках размерами 1,0×0,4 см справа и 1,3×0,4 см слева; на полюсе левой височной доли, на участке размерами 3,0×3,0 см; на полюсах правой и левой лобных долей, на участках размерами 1,5×1,0 см справа и 2,5×2,3 см слева. Вышеописанные кровоизлияния распространяются на белое вещество указанных отделов головного мозга, при этом граница между корой и белым веществом мозга, в местах расположения кровоизлияний, не различима. Вещество головного мозга на разрезах суховатое, блестящее, сильно липнет к ножу, с четкой границей серого и белого вещества (вне мест расположения кровоизлияний), с симметричным рисунком строения. Желудочки головного мозга щелевидные, содержат полупрозрачную жидкость, слабо окрашенную в розовый цвет. Эпендима желудочков гладкая, без кровоизлияний. Сосудистые сплетения бледно-фиолетовые, гроздевидные. Мозжечок на разрезах имеет обычное древовидное строение. Ствол мозга не изменен, на разрезах имеет четкое анатомическое строение. На поверхности разрезов выступают множественные кровяные точки и полосы, легко снимающиеся обухом ножа. Кист в веществе мозга не обнаружено. Произведен технический перелом спинки турецкого седла, после чего извлечен гипофиз. Гипофиз бобовидной формы, размерами 0,8×0,4×0,3 см, на разрезах серый, без кровоизлияний. Швы черепа заращены. Остальные кости свода и все кости основания черепа, а также атлантозатылочный сустав целы. Вскрыты барабанные полости среднего уха (долотом сколоты передние поверхности пирамид височных костей) и клиновидная пазуха (во фронтальной плоскости долотом разрушено тело клиновидной кости, чуть кпереди от зрительных отверстий, и турецкое седло, после чего, концы данных разрубов соединены, а образованный костный отломок удален), при этом внутренние поверхности барабанных полостей и полость клиновидной пазухи бледно-серовато-розовые; полости их пусты. Мягкие ткани передней и боковых поверхностей шеи, груди и живота без кровоизлияний. Толщина подкожно-жировой клетчатки на уровне грудины 2,0 см, на уровне пупочного кольца – 3,5 см. Органы брюшной полости расположены правильно. В брюшной полости жидкости и спаек нет. Желудок и петли кишечника неравномерно вздуты газами; наружная поверхность их серовато-фиолетовая, блестящая. Червеобразный отросток располагается в правой подвздошной ямке, не изменен, имеет вид тонкой трубки, диаметром 0,4 см, длиной 4,0 см. Брюшина серая, гладкая, блестящая, без кровоизлияний. Большой и малый сальники, брыжейка тонкой кишки без повреждений и кровоизлияний. Область солнечного сплетения без патологических изменений. Правый и левый купола диафрагмы расположены на уровне 4-го и 5-го межреберий соответственно. Органы грудной полости расположены правильно. В клетчатке переднего и заднего средостения кровоизлияний не обнаружено. Вилочковая железа полностью замещена жировой тканью. В плевральных полостях жидкости и спаек нет. Лёгкие полностью выполняют плевральные полости. Пристеночная плевро тонкая, гладкая, блестящая, без повреждений. В полости сердечной сорочки следы желтоватой прозрачной жидкости, спаяк нет; наружный и внутренний её листки серые, гладкие, блестящие. На месте вскрыты лёгочный ствол и его крупные ветви, в их просвете тёмно-красная жидкая кровь, тромбов нет. Слизистая оболочка языка серовато-розовая, с хорошо выраженным сосочковым рисунком. Мышцы языка на разрезах красновато-коричневые, без кровоизлияний и рубцов. Миндалины (язычная, глоточная и нёбные) без патологических изменений. Подъязычная кость, хрящи гортани и трахеи целы, область их без кровоизлияний. Паращитовидные железы не визуализируются. Щитовидная железа плотноэластической консистенции, правая доля, размерами 3,2×1,5×1,2 см, левая доля – 3,0×1,2×1,0 см; ткань ее на разрезах бледно-фиолетовая, мелкозернистая. Вход в гортань и пищевод свободен, голосовая щель зияет на ширину 0,3 см. Слизистая оболочка входа в гортань и пищевод бледно-серовато-розовая, блестящая, без кровоизлияний. Пищевод пуст; слизистая его фиолетовая, складчатая, без кровоизлияний и эрозий. В просвете трахеи и главных бронхов содержимого нет. Слизистая оболочка трахеи и главных бронхов розовато-желтая, гладкая, блестящая, без кровоизлияний. Паратрахеальные и бифуркационные лимфатические узлы округлые, не увеличены, диаметром от 0,4 см до 0,8 см, с поверхности и на разрезах серо-черные, однородные. Плевро лёгких тонкая, блестящая, гладкая. Лёгкие резко воздушные, красные с поверхности, без кровоизлияний под плеврой, без уплотнений при пальпации. Ткань лёгких на разрезах темно-красная, суховатая, однородная; с поверхности

разрезов стекает немного темной крови, жидкости не стекает. Стенки внутрилегочных бронхов не утолщены, эластичные, выступают над поверхностью разрезов; просветы их свободны. Масса правого легкого 543 г, левого легкого – 449 г. Сердце конусовидной формы, размерами 12×8,5×7,0 см, массой 423 г, верхушка его закруглена. Камеры сердца расширены, в них жидкая темная кровь и темно-красные эластичные блестящие кровяные свертки. Эпикард тонкий, блестящий, гладкий. Эпикардальная клетчатка умеренно выражена по всем поверхностям. Под эпикардом кровоизлияний нет. Венечные артерии с тонкими стенками, просветы их расширены, зияют до концевых отделов; на внутренних поверхностях располагаются единичные бледно-желтые липидные пятна, занимающие около 10-20% площади. Устья венечных артерий проходимы, не сужены. Тип кровоснабжения сердца правый. Клапанный аппарат сердца и крупных сосудов сформирован правильно. Створки и заслонки клапанов не утолщены, гладкие, подвижные, смыкаются полностью. Ширина раскрытых клапанов: легочной артерии – 7,2 см, аорты – 7,9 см, двустворчатого (митрального) клапана – 10,0 см, трехстворчатого – 10,8 см. Периметр аорты над клапаном равен 7,5 см. Мышца сердца плотноватая, бледно-серовато-красная, с немногочисленными белесоватыми тонкими прослойками соединительной ткани. Сосочковые мышцы утолщены, сухожильные хорды не укорочены. Эндокард тонкий, полупрозрачный, кровоизлияний под ним нет. Толщина мышцы левого желудочка 1,6 см, правого – 0,2 см, межжелудочковой перегородки – 1,3 см. Интима аорты желтая, с множественными слабо возвышающимися фиброзными бляшками на всем протяжении, занимающими более 50% площади. В просвете нижней полой вены темная жидкая кровь; внутренняя поверхность ее серая, гладкая, блестящая. Надпочечники листовидной формы, размерами по 3,5×1,5×0,3 см; на разрезах с желтым корковым и коричневым мозговым веществом. Околопочечная клетчатка умеренно развита. Почки бобовидной формы, плотные на ощупь. Правая почка, размерами 10,0×6,0×3,5 см, массой 122 г; левая почка, размерами 10,5×5,0×3,5 см, массой 114 г. Капсулы почек снимаются легко, обнажая фиолетовые, чуть мелкозернистые поверхности, без выраженных рубцовых западений. Ткань почек на разрезах с четкой границей розовато-фиолетовой коры, толщиной 0,4 см, и фиолетовых пирамидок. Лоханки почек не расширены; слизистая оболочка их серая, гладкая, блестящая, без кровоизлияний. Мочеточники проходимы; слизистая оболочка их сероватая, складчатая, без кровоизлияний. В мочевом пузыре следы желтой мутной мочи; слизистая его серая, складчатая, без кровоизлияний. Матка грушевидной формы, размерами 8,0×6,0×3,0 см, плотноватая, гладкая с поверхности. Ткань матки на разрезах розовато-серая. В толще мышечного слоя тела передней стенки матки располагается один плотный на ощупь, шаровидной формы, четко отграниченный узел, диаметром от 0,5 см, ткань которого на разрезах желтоватая, волокнистая. Наружный зев матки овальной формы; шейный канал содержит следы бесцветной вязкой слизи. Полость матки щелевидная, без содержимого; слизистая оболочка полости серая, гладкая. Яичники бобовидной формы, размерами по 2,0×1,0×0,7 см, плотные при пальпации; ткань их на разрезах желтая, дольчатая. Желудок имеет форму рога, в нем около 300 мл розовато-серого неоднородного кашицеобразного содержимого; слизистая оболочка его розовато-серая, слабоскладчатая, без кровоизлияний и эрозий. В просвете двенадцатиперстной кишки серое густое содержимое; слизистая ее серая, складчатая, без кровоизлияний и эрозий. Фатеров сосочек не изменен. Желчные пути проходимы. В желчном пузыре около 15 мл оливкового цвета желчи и не менее 3 неправильно шаровидной формы, гладких и темно-зеленых с поверхности камней, диаметром 0,4 см, 1,3 см и 1,5 см. Слизистая пузыря бархатистая, стенка не утолщена. Поджелудочная железа в виде тяжа на всем протяжении, размерами 17×2,8×1,5 см, плотноватая; ткань ее на разрезах розовато-серая, дольчатая. Селезенка имеет вид уплощенной и удлинненной полусферы, размерами 11×8×3,5 см, массой 173 г, дряблая на ощупь. Капсула селезенки серая, тонкая, гладкая; ткань ее на разрезах вишневая, с обильным соскобом пульпы. Печень, размерами 25×17×14×10 см, массой 1683 г, плотноватая, гладкая с поверхности, нижний край закруглен. Ткань печени на разрезах желтовато-розовато-коричневая, однородная. В тонкой и толстой кишках обычное для их отделов содержимое; слизистая оболочка кишечника сероватая, складчатая, без кровоизлияний и эрозий. Ключицы, ребра, тела позвонков, кости таза целы. Со стороны передней поверхности тела произведено вскрытие шейного и грудного отделов позвоночного столба способом Цибаня (справа и слева от срединной линии, через тела позвонков производится два параллельных распила; после удаления образованного костного фрагмента осуществляется доступ к осмотру и извлечению спинного мозга и его оболочек): твердая мозговая оболочка спинного мозга бледно-серая, гладкая, блестящая, без повреждений. Крови над и под твердой мозговой оболочкой спинного мозга нет. Вещество спинного мозга

дрябловатое, на разрезах суховатое, блестящее, липнет к ножу, с нечеткой границей серого и белого вещества, без кровоизлияний. После разреза от наружного затылочного выступа до крестца, послойно исследованные мягкие ткани задней поверхности шеи и туловища, при этом кровоизлияний в них не обнаружено. Лопатки, остистые и поперечные отростки позвонков, межостистые и межпоперечные связки целы. Во время вскрытия от полостей и органов трупа ощущался запах алкоголя.

1.5. Лабораторные и/или инструментальные экспертные исследования

10.01.... Заключение судебно-медицинского (химического) исследования: При судебно-химическом исследовании крови и почки от трупа обнаружен этиловый спирт в концентрации: в крови – 2,4‰, в почке – 1,9‰. Не обнаружено: метилового и пропиловых спиртов.

12.01..... Заключение судебно-медицинского (биологического) исследования: «Кровь трупа относится к группе Аβ».

01.02..... Заключение судебно-гистологического исследования: Инфильтрирующее кровоизлияние в «мягких тканях затылочной области справа» с отеком, с наличием малочисленных лейкоцитов в краевой зоне и единичных лейкоцитов в перифокальной зоне. Множественные сливающиеся разнокалиберные периваскулярные кровоизлияния в коре большого полушария головного мозга без лейкоцитарной реакции. Отек головного мозга, единичные диапедезные кровоизлияния в стволовом отделе. Распространенная фрагментация, участки волнообразной деформации кардиомиоцитов. Преимущественная эмфизема, участки дистелектазов, единичные диапедезные интраальвеолярные кровоизлияния в легком. Склероз артерий, сосудистые конвульсии, кривизны, участки периваскулярного энцефалолиза в головном мозге. Периваскулярный и очаговый стромальный кардиосклероз, разрастание жировой ткани вокруг отдельных сосудов миокарда, распространенное сочетание атрофии и гипертрофии кардиомиоцитов с очагами хаотичного расположения волокон.

1. План экспертизы (исследования)

1. Вопрос

Описанные изменения при наружном исследовании: «...Лицо цианотичное, одутловатое; цианоз распространяется на шею и верхнюю треть груди», в данном случае свидетельствуют о целесообразности

1. вскрытия вен нижних конечностей

2. вскрытия лёгочной артерии и её ветвей на месте

3. формирования подозрения о механической асфиксии

4. выявления возможного отёка мозга травматического генеза

Правильный ответ: вскрытия лёгочной артерии и её ветвей на месте

«в необходимых случаях для обнаружения (или исключения) наличия тромбоэмболии или инородных тел в дыхательных путях производят на месте рассечения и осмотр основного ствола и главных ветвей легочной артерии либо соответственно гортани и трахеи».

Приказ Минздравсоцразвития РФ от 12.05.2010 N 346н "Об утверждении Порядка организации и производства судебно-медицинских экспертиз в государственных судебно-экспертных учреждениях Российской Федерации" (зарегистрировано в Минюсте РФ 10.08.2010 N 18111), раздел IV. Особенности порядка организации и проведения экспертизы трупа, п. 48.5.

ПРИКАЗ от 12 мая 2010 г. N 346н ОБ УТВЕРЖДЕНИИ ПОРЯДКА ОРГАНИЗАЦИИ И ПРОИЗВОДСТВА СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКИХ ЭКСПЕРТИЗ В ГОСУДАРСТВЕННЫХ СУДЕБНО-ЭКСПЕРТНЫХ УЧРЕЖДЕНИЯХ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

(1)

2. Вопрос

Детализация признаков сжатия и растяжения костной ткани и указание их локализации при описании перелома необходимо в данном случае для последующего установления

1. вида деформации кости в различных участках перелома

2. инерционного характера травмы
3. давности образования перелома
4. силы травматического воздействия

Правильный ответ: вида деформации кости в различных участках перелома

При оценке процессов разрушения большое значение придается анализу морфологии поверхности разъединения материала... В пластинах (свод или основание черепа, таз) могут иметь место как изгиб, так и рост трещины не в поперечном по отношению к толщине направлении, а параллельно поверхности пластины. Изолированные изгибные разрушения в таких конструктивных образованиях являются по преимуществу локальными. Конструктивные разрушения в них чаще связаны с местной неустойчивостью пластины (оболочки).

«Руководство по судебной медицине» под редакцией В.Н. Крюкова и И.В. Буромского. НОРМА ИНФРА-М, Москва, 2019, глава 10, стр. 67-69.

3. Вопрос

Обнаруженный перелом черепа относится к группе

1. изолированных трещин
2. локально-конструктивных
3. множественных линейных
4. локальных линейных

Правильный ответ: локально-конструктивных

Наиболее часто от деформации прогиба в месте в месте соударения формируются локально-конструктивные линейные переломы. Образовавшаяся первоначально сквозная трещина на внутренней костной пластинке носит признаки разрыва, на наружной – умеренно выраженные признаки долома. Далее она распространяется в направлении удара... .

«Руководство по судебной медицине» под редакцией Крюкова В.Н. и И.В. Буромского. НОРМА ИНФРА-М, Москва, 2019, глава 14, стр.120.

4. Вопрос

В данном случае измерение толщины чешуи лобной, височных, теменных и затылочной костей на распиле было обусловлено

1. обязательностью выполнения
2. обнаружением перелома костей черепа
3. необходимостью расчёта прочностных свойств костей черепа
4. очевидностью черепно-мозговой травмы

Правильный ответ: обязательностью выполнения

«При исследовании головы... измеряют толщину чешуи лобной, височных, теменных и затылочной костей на распиле, а также продольный и поперечный размеры черепа (при черепно-мозговой травме); исследуют повреждения костей свода черепа, отмечают состояние швов черепа».

Приказ Минздравсоцразвития РФ от 12.05.2010 N 346н "Об утверждении Порядка организации и производства судебно-медицинских экспертиз в государственных судебно-экспертных учреждениях Российской Федерации" (зарегистрировано в Минюсте РФ 10.08.2010 N 18111), раздел IV. Особенности порядка организации и проведения экспертизы трупа, п. 48.9.

ПРИКАЗ от 12 мая 2010 г. N 346н ОБ УТВЕРЖДЕНИИ ПОРЯДКА ОРГАНИЗАЦИИ И ПРОИЗВОДСТВА СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКИХ ЭКСПЕРТИЗ В ГОСУДАРСТВЕННЫХ СУДЕБНО-ЭКСПЕРТНЫХ УЧРЕЖДЕНИЯХ

5. Вопрос

В данном случае измерение продольного и поперечного размеров черепа было обусловлено

1. необходимостью установления формы черепа
2. обязательностью выполнения во всех случаях
3. необходимостью расчёта прочностных свойств костей черепа
4. личной инициативой эксперта

Правильный ответ: необходимостью установления формы черепа

«При исследовании головы... измеряют толщину чешуи лобной, височных, теменных и затылочной костей на распилах, а также продольный и поперечный размеры черепа (при черепно-мозговой травме); исследуют повреждения костей свода черепа, отмечают состояние швов черепа».

Приказ Минздравсоцразвития РФ от 12.05.2010 N 346н "Об утверждении Порядка организации и производства судебно-медицинских экспертиз в государственных судебно-экспертных учреждениях Российской Федерации" (зарегистрировано в Минюсте РФ 10.08.2010 N 18111), раздел IV. Особенности порядка организации и проведения экспертизы трупа, п. 48.9.

ПРИКАЗ от 12 мая 2010 г. N 346н ОБ УТВЕРЖДЕНИИ ПОРЯДКА ОРГАНИЗАЦИИ И ПРОИЗВОДСТВА СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКИХ ЭКСПЕРТИЗ В ГОСУДАРСТВЕННЫХ СУДЕБНО-ЭКСПЕРТНЫХ УЧРЕЖДЕНИЯХ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

6. Вопрос

Измерение ширины симметричных анатомических структур на основании головного мозга производилось в данном случае для выявления

1. боковой дислокации головного мозга
2. объёмных внутримозговых образований
3. асимметричного отёка мозга
4. каудальной дислокации мозга

Правильный ответ: боковой дислокации головного мозга

Установлено, что патоморфологическая характеристика поверхностных (главным образом, базальных) образований мозга может количественно характеризовать отёк и степень выраженности дислокационных изменений, однако наиболее объективная и демонстративная оценка данных патологических состояний определяется при сравнении линейных и угловых замеров срединно-сагиттальных структур при ЧМТ...».

Пиголкин Ю.И., Дубровин И.А., Леонов С.В., Горностаев Д.В. «Черепно-мозговая травма. Механогенез, морфология и судебно-медицинская оценка». М, 2018, стр.136.

Черепно-мозговая травма. Диагностика и лечение / Л. Б. Лихтерман. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 488 с. - ISBN 978-5-9704-3104-7.

2. Судебно-медицинский диагноз

7. Вопрос

Основным заболеванием в данной экспертной ситуации является

1. Субдуральное кровоизлияние правой гемисферы
2. Линейный перелом правой теменной кости

3. Открытая черепно-мозговая травма

4. Закрытая черепно-мозговая травма

Правильный ответ: Закрытая черепно-мозговая травма

В ряде случаев повреждение само по себе может обусловить наступление смерти, например, разрушение тела или жизненно важных органов... Чаще, однако, заболевание или повреждение приводит к смерти через развитие вызванных и непосредственно связанных с ним патологических процессов, являющихся по отношению к нему осложнениями – отек головного мозга с дислокацией ... С учетом этого выделяют основную причину смерти (главную, первичную, начальную) – первоначальное заболевание или травму (предусмотренную МКБ 10 нозологическую форму) ... Основная причина смерти может быть представлена одним каким то заболеванием или повреждением....

«Руководство по судебной медицине» под редакцией В.Н. Крюкова и И.В. Буромского. НОРМА ИНФРА-М, Москва, 2019, глава 39, стр. 360-361.

К закрытой ЧМТ относят повреждения, при которых отсутствуют нарушения целостности покровов головы либо имеются поверхностные раны мягких тканей без повреждения апоневроза. Переломы костей свода, не сопровождающиеся ранением прилежащих мягких тканей и апоневроза, включают в закрытые повреждения черепа.

Клиническое руководство по черепно-мозговой травме / Под редакцией академика РАМН А.Н. Коновалова, профессора Л.Б. Лихтермана, профессора А.А. Потапова. – Москва «АНТИДОР», 1998. – том 1. – с. 52.

По характеру с учетом опасности инфицирования внутричерепного содержимого черепно-мозговую травму (ЧМТ) делят на закрытую и открытую.

Черепно-мозговая травма. Диагностика и лечение / Л. Б. Лихтерман. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 488 с. - ISBN 978-5-9704-3104-7.

(1)

9. Судебно-медицинский диагноз

9.1. Закрытая черепно-мозговая травма

8. Вопрос

К непосредственной причине смерти относят

1. кровоизлияние в желудочки мозга
2. острое нарушение мозгового кровообращения
3. вторичные кровоизлияния в ствол мозга

4. отек и дислокацию головного мозга

Правильный ответ: отек и дислокацию головного мозга

К осложнениям основного заболевания (повреждения) относят нозологические формы, синдромы, симптомы, патологические процессы, не считающиеся его проявлением, но прямо или косвенно патогенетически связанные с ним. Перечисляют из в патогенетический или временной последовательности. Осложнение (ближайшее или отдалённое), несовместимое с жизнью, рассматривается как непосредственная причина смерти.

«Руководство по судебной медицине» под редакцией Крюкова В.Н. и И.В. Буромского. НОРМА ИНФРА-М, Москва, 2019, глава 39, стр.363

Патоморфологически сдавление мозга характеризуется объемным скоплением жидкой и/или свернувшейся крови (над- или подболочечным, внутримозговым или внутрижелудочковым), либо ликвора (субдуральным), либо детрита в смеси с кровью (внутримозговым), либо воздуха (подболочечным), вызывающими местную и общую компрессию вещества мозга со смещением срединных структур, деформацией и сжатием вместилищ ликвора, дислокацией и ущемлением ствола.

Клиническое руководство по черепно-мозговой травме / Под редакцией академика РАМН А.Н. Коновалова, профессора Л.Б. Лихтермана, профессора А.А. Потапова. – Москва «АНТИДОР», 1998. – том 1. – с. 63.

Черепно-мозговая травма. Диагностика и лечение / Л. Б. Лихтерман. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 488 с. - ISBN 978-5-9704-3104-7.

(1)

3. Выводы

9. Вопрос

Черепно-мозговая травма в данном экспертном случае могла возникнуть в условиях

1. столкновения пешехода с движущимся автотранспортом
- 2. падения из положения стоя (с высоты роста)**
3. воздействия предмета с плоской ограниченной поверхностью
4. собственно падения с высоты

Правильный ответ: падения из положения стоя (с высоты роста)

Падение из положения стоя может быть у стоящего или идущего человека. Самопроизвольным или с приданием ускорения. При приземлении тела образуются повреждения, чаще всего ЧМТ, которая чаще чем другие повреждения, приводит к смерти.

Судебная медицина: национальное руководство / под ред. Ю. И. Пиголкина. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2018. – раздел 2, глава 6. – стр. 146.

10. Вопрос

Ссадина задней области правого локтя по степени вреда здоровью квалифицируется, как повреждение

1. причинившее легкий вред здоровью
2. повлекшее незначительную стойкую утрату общей трудоспособности
- 3. не причинившее вреда здоровью**
4. повлекшее кратковременное расстройство здоровья

Правильный ответ: не причинившее вреда здоровью

«Поверхностные повреждения, в том числе ссадина, кровоподтек и гематому, ушиб мягких тканей, включающий кровоподтек и гематому, поверхностная рана и другие повреждения, не влекущие за собой кратковременного расстройства здоровья и незначительной стойкой утраты общей трудоспособности, расцениваются как повреждения, не причинившие вред здоровью человека».

п. 9 Приложения к приказу Минздравсоцразвития РФ от 24.04.2008 года № 194н «Об утверждении Медицинских критериев определения степени тяжести вреда, причиненного здоровью человека».

ПРИКАЗ от 24 апреля 2008 г 194н ОБ УТВЕРЖДЕНИИ МЕДИЦИНСКИХ КРИТЕРИЕВ ОПРЕДЕЛЕНИЯ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ ВРЕДА ПРИЧИНЕННОГО ЗДОРОВЬЮ ЧЕЛОВЕКА

(1)

11. Вопрос

В данном случае в пользу образования повреждений в области головы от падения навзничь свидетельствует

1. массивный сливной характер субарахноидальных кровоизлияний
- 2. преобладание субарахноидальных кровоизлияний на стороне противоудара**

3. преобладание субарахноидальных кровоизлияний на стороне удара

4. односторонняя локализация субдуральных гематом

Правильный ответ: преобладание субарахноидальных кровоизлияний на стороне противоудара

«В случае падения типичным является ... преобладание субарахноидальных кровоизлияний и очагов ушиба ткани мозга соответственно области противоудара. В случаях импрессионной травмы – локализация раны на границе затылочной и теменной областей, ... преобладание субарахноидальных кровоизлияний и очагов ушиба ткани мозга соответственно месту удара».

Руководство по судебной медицине под редакцией заслуженного деятеля науки РСФСР, доктора медицинских наук, профессора В.Н. Крюкова, доктора медицинских наук И.В. Буромского. Издательство Норма Инфра-Н. Москва, 2019 год.-глава 15, стр. 132.

12. Вопрос

Местом приложения силы при ударе явилась + _____ + область

1. лобная
2. теменная
3. височная

4. затылочная

Правильный ответ: затылочная

Место приложения силы удара – область тела, подвергшаяся воздействию повреждающего предмета. Определение места приложения силы удара возможно по ранам, которые могут образовываться на любом участке поверхности тела, все-таки чаще всего их находят там, где к поверхности кожи близко прилежит кость, например, на голове.

Судебная медицина и судебно-медицинская экспертиза: национальное руководство / под ред. Ю. И. Пиголкина. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2018. – раздел 2, глава 4. – стр. 74.