

Документ подписан простой электронной подписью
Информация о владельце:
ФИО: Железнов Лев Михайлович
Должность: ректор
Дата подписания: 01.02.2022 16:54:19
Уникальный программный идентификатор:
7f036de85c233e341493b4c0e48bb3a18c939f31

Федеральное государственное бюджетное
образовательное учреждение высшего образования
«Кировский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации

УТВЕРЖДАЮ
И.о. ректора Л.М. Железнов
«27» июня 2018 г.

РАБОЧАЯ ПРОГРАММА ДИСЦИПЛИНЫ

«Судебная медицина»

Специальность 31.05.02 Педиатрия

Направленность (профиль) ОПОП - Педиатрия

Форма обучения очная

Срок освоения ОПОП 6 лет

Кафедра судебной медицины

Рабочая программа дисциплины (модуля) разработана на основе:

1) ФГОС ВО по специальности 31.05.02 Педиатрия, утвержденного Министерством образования и науки РФ «17»августа 2015г., приказ № 853.

2) Учебного плана по специальности 31.05.02 Педиатрия, одобренного ученым советом ФГБОУ ВО Кировский ГМУ Минздрава России «27» июня 2018 г. протокол № 5.

Рабочая программа дисциплины (модуля) одобрена:

кафедрой судебной медицины «27» июня 2018 г. (протокол № 9/1)

Заведующий кафедрой /Мальцев А.Е./

Ученым советом педиатрического факультета «27» июня 2018 г. (протокол № 6)

Председатель ученого совета факультета О.Н. Любезнова

Центральным методическим советом «27» июня 2018 г. (протокол № 1)

Председатель ЦМС Е.Н. Касаткин

Разработчик:

Доцент кафедры судебной медицины
кандидат медицинских наук

/Зыков В.В./

Рецензенты

Зав. кафедрой детской хирургии
ФГБОУ ВО Кировский ГМУ Минздрава России,
доктор медицинских наук, профессор

М.П. Разин.

Заведующий кафедрой судебных экспертиз
ФГБОУ ВО Вятский государственный университет,
кандидат юридических наук, доцент

С.А. Юрков

ОГЛАВЛЕНИЕ

Раздел 1. Перечень планируемых результатов обучения по дисциплине (модулю), соотнесенных с планируемыми результатами освоения ОПОП	4
1.1. Цель изучения дисциплины (модуля)	4
1.2. Задачи изучения дисциплины (модуля)	4
1.3. Место дисциплины (модуля) в структуре ОПОП	4
1.4. Объекты профессиональной деятельности	4
1.5. Виды профессиональной деятельности	4
1.6. Формируемые компетенции выпускника	4
Раздел 2. Объем дисциплины (модуля) и виды учебной работы	6
Раздел 3. Содержание дисциплины (модуля), структурированное по темам (разделам)	7
3.1. Содержание разделов дисциплины (модуля)	7
3.2. Разделы дисциплины (модуля) и междисциплинарные связи с обеспечиваемыми (последующими) дисциплинами	9
3.3. Разделы дисциплины (модуля) и виды занятий	10
3.4. Тематический план лекций	10
3.5. Тематический план практических занятий (семинаров)	12
3.6. Самостоятельная работа обучающегося	15
3.7. Лабораторный практикум	16
3.8. Примерная тематика курсовых проектов (работ), контрольных работ	16
Раздел 4. Перечень учебно-методического и материально-технического обеспечения дисциплины (модуля)	16
4.1. Перечень учебно-методического обеспечения для самостоятельной работы обучающихся по дисциплине (модулю)	16
4.2. Перечень основной и дополнительной литературы, необходимой для освоения дисциплины (модуля)	16
4.2.1. Основная литература	16
4.2.2. Дополнительная литература	16
4.3. Перечень ресурсов информационно-телекоммуникационной сети «Интернет», необходимых для освоения дисциплины (модуля)	17
4.4. Перечень информационных технологий, используемых для осуществления образовательного процесса по дисциплине (модулю), программного обеспечения и информационно-справочных систем	17
4.5. Описание материально-технической базы, необходимой для осуществления образовательного процесса по дисциплине (модулю)	17
Раздел 5. Методические рекомендации по организации изучения дисциплины (модуля)	18
Раздел 6. Методические указания для обучающихся по освоению дисциплины (модуля)	19
Раздел 7. Оценочные средства для проведения текущего контроля и промежуточной аттестации обучающихся по дисциплине (модулю)	20

Раздел 1. Перечень планируемых результатов обучения по дисциплине (модулю), соотнесенных с планируемыми результатами освоения ОПОП

1.1. Цель изучения дисциплины (модуля): подготовка врача, обладающего специальными знаниями в области судебной медицины.

1.2. Задачи изучения дисциплины (модуля):

- изучить алгоритм предупреждения возникновения заболеваний среди населения путем проведения профилактических и противоэпидемических мероприятий;
- изучить правила поведения экспертизы временной нетрудоспособности и участия в иных видах медицинской экспертизы;
- способствовать формированию знаний у студентов о процессуальных основах судебно-медицинской экспертной деятельности в Российской Федерации, о принципах организации и работы структурных подразделений бюро судебно-медицинской экспертизы;
- сформировать навыки по оформлению судебно-медицинской документации (заклЮчения эксперта, акта судебно-медицинского исследования трупа, акта судебно-медицинского освидетельствования, медицинского свидетельства о смерти);
- сформировать навыки описания локализации, механизма и давности образования повреждений, судебно-медицинского исследования трупа с целью установления причины смерти, освидетельствования потерпевших, обвиняемых и других лиц;
- обучить методикам определения факта и давности наступления смерти, регистрацию трупных явлений, суправитальных реакций, повреждений при осмотре трупа на месте происшествия.

1.3. Место дисциплины (модуля) в структуре ОПОП:

Дисциплина «Судебная медицина» относится к блоку Б 1. Дисциплины базовой части.

Основные знания, необходимые для изучения дисциплины формируются при изучении дисциплин: Анатомия; Гистология, эмбриология, цитология; Нормальная физиология, Патологическая анатомия, клиническая патологическая анатомия.

Является предшествующей для изучения дисциплин: Безопасность жизнедеятельности, медицина катастроф, Госпитальная педиатрия, Поликлиническая неотложная педиатрия.

1.4. Объекты профессиональной деятельности

Объектами профессиональной деятельности выпускников, освоивших рабочую программу дисциплины (модуля), являются: физические лица в возрасте от 0 до 18 лет (далее – дети, пациенты); физические лица – родители (законные представители) детей; население; совокупность средств и технологий, направленных на создание условий для охраны здоровья детей.

1.5. Виды профессиональной деятельности

Изучение данной дисциплины (модуля) направлено на подготовку к следующим видам профессиональной деятельности: медицинская.

1.6. Формируемые компетенции выпускника

Процесс изучения дисциплины (модуля) направлен на формирование у выпускника следующих компетенций:

№ п/п	Номер / индекс компетенции	Результаты освоения ОПОП (содержание компетенции)	Перечень планируемых результатов обучения по дисциплине (модулю)			Оценочные средства	
			Знать	Уметь	Владеть	Для текущего контроля	Для промежуточного контроля

1	2	3	4	5	6	7	8
1.	ОК-1	способностью к абстрактному мышлению, анализу, синтезу	33. Принципы объединения симптомов в синдромы.	У3. Анализировать симптомы патологических процессов и заболеваний, устанавливать логическую взаимосвязь между этиологическим фактором и развитием патологического процесса, анализировать механизмы развития заболеваний и патологических процессов; обосновывать принципы терапии.	В3. Навыками составления схем патогенеза патологических процессов и заболеваний.	Тесты, ситуационные задачи, собеседование	Тесты, ситуационные задачи, собеседование
2.	ПК-5	готовностью к сбору и анализу жалоб пациента, данных его анамнеза, результатов осмотра, лабораторных, инструментальных, патолого-анатомических и иных исследований в целях распознавания состояния или установления факта наличия или отсутствия заболевания	33. Причины возникновения и патогенетические механизмы развития основных клинических симптомов, синдромов при заболеваниях внутренних органов; клиническую картину, особенности течения и диагностику наиболее распространенных заболеваний Классификацию заболеваний внутренних органов (по МКБ -10 и клиническую	У3. Интерпретировать результаты обследования, поставить предварительный диагноз, наметить объем дополнительных исследований в соответствии с прогнозом болезни, для уточнения диагноза и получения достоверного результата, сформулировать клинический диагноз.	В3. Алгоритмом постановки развернутого клинического диагноза; с учетом МКБ, алгоритмами возрастной диагностики для успешной лечебно-диагностической деятельности	Тесты, ситуационные задачи, собеседование	Тесты, ситуационные задачи, собеседование

№ п/п	Номер / индекс компетенции	Результаты освоения ОПОП (содержание компетенции)	Перечень планируемых результатов обучения по дисциплине (модулю)			Оценочные средства	
			Знать	Уметь	Владеть	Для текущего контроля	Для промежуточного контроля
1	2	3	4	5	6	7	8
3.	ПК-7	готовностью к проведению экспертизы временной нетрудоспособности, участию в проведении медико-социальной экспертизы, констатации биологической смерти человека	З1. Нормативно-правовую базу врачебной экспертизы трудоспособности.	У1. Оформлять соответствующую медицинскую документацию, определять необходимость направления больного на МСЭ, проводить профилактику инвалидности.	В1. Методами оценки временной и стойкой утраты трудоспособности.	Тесты, ситуационные задачи, собеседование	Тесты, ситуационные задачи, собеседование

Раздел 2. Объем дисциплины (модуля) и виды учебной работы

Общая трудоемкость дисциплины составляет 3 зачетных единиц, 108 час.

Вид учебной работы	Всего часов	Семестры
		№ 12
1	2	3
Контактная работа (всего)	72	72
в том числе:		
Лекции (Л)	18	18
Практические занятия (ПЗ)	54	54
Самостоятельная работа (всего)	36	36
в том числе:		
- подготовка к занятиям	18	18
- подготовка к промежуточной аттестации	18	18
Вид промежуточной аттестации	зачет	+
	экзамен	
Общая трудоемкость (часы)	108	108
Зачетные единицы	3	3

Раздел 3. Содержание дисциплины (модуля), структурированное по темам (разделам)

3.1. Содержание разделов дисциплины (модуля)

№ п/п	Код компетенции	Наименование раздела дисциплины (модуля)	Содержание раздела (темы разделов)
-------	-----------------	--	------------------------------------

№ п/п	Код компетенции	Наименование раздела дисциплины (модуля)	Содержание раздела (темы разделов)
1	2	3	4
1.	ОК-1	Процессуальные основы проведения экспертизы в РФ. Структура судебно-медицинской службы в РФ.	<p>1. Понятие о судебной медицине, судебно-медицинской экспертизе.</p> <p>2. Структура судебно-медицинской службы в РФ.</p> <p>3. Процессуальные основы проведения судебно-медицинской экспертизы в РФ.</p>
2.	ПК-5, ПК-7	Танатология.	<p>1. Учение о смерти, констатация факта смерти, вероятные и достоверные признаки смерти; классификация смерти.</p> <p>2. Ранние и поздние трупные изменения, суправитальные реакции.</p> <p>3. Экспертиза трупа: поводы и основания для судебно-медицинской экспертизы (исследования трупа); цели и задачи исследования. Основные вопросы, решаемые при исследовании трупов в случаях насильственной смерти. Демонстрационное исследование трупа.</p> <p>4. Техника исследования трупа: наружный осмотр, вскрытие, осмотр полостей и извлечение органов, последовательность выполняемых действий, общие правила описания органов. Особенности вскрытия умерших после хирургических вмешательств. Правила изъятия материала на судебно-химическое и судебно-гистологическое исследования.</p> <p>5. Самостоятельное исследование трупа. Диагноз: виды, структура, принципы построения.</p> <p>6. Судебно-медицинская документация: Заключение эксперта, Акт исследования трупа, Медицинское свидетельство о смерти.</p>
3.	ПК-5, ПК-7	Экспертиза живых лиц.	<p>1. Поводы и организация проведения экспертизы. Экспертиза и освидетельствование: структура документации. Юридическая квалификация телесных повреждений (ст.ст. 111,112,115,116,117 УК РФ). Понятие о побоях, мучениях, истязании.</p> <p>2. Критерии тяжести вреда здоровью и правила определения.</p> <p>3. Вопросы половых состояний: установление пола, способности к оплодотворению, беременности и родам, установление бывших родов, аборта.</p> <p>4. Экспертиза при преступлениях против половой неприкосновенности личности: изнасилование, развратные действия.</p> <p>5. Алгоритм описания повреждений (кровоподтеки, ссадины, раны), их судебно-медицинское значение. Методика осмотра потерпевших.</p> <p>6. Демонстрационное освидетельствование потерпевших; самостоятельное освидетельствование потерпевших и изучение медицинской документации с оформлением Акта судебно-медицинского освидетельствования.</p>

№ п/п	Код компетенции	Наименование раздела дисциплины (модуля)	Содержание раздела (темы разделов)
4.	ПК-5, ПК-7	Судебно-медицинская экспертиза трупов плодов и новорожденных	<p>1. Понятие о новорожденности, доношенности, зрелости, живорожденности, жизнеспособности, продолжительности внеутробной жизни. Критерии установления этих понятий.</p> <p>2. Особенности техники исследования трупов новорожденных; техника исследования жизненных проб.</p>
5.	ПК-5, ПК-7	Механическая асфиксия.	<p>1. Понятие гипоксии (виды) и механической асфиксии. Признаки быстро наступившей смерти. Танатогенез и морфологические изменения при различных видах асфиксий.</p> <p>2. Странгуляционная асфиксия: повешение, удушение руками, удушение петлей, их дифференциальная диагностика.</p> <p>3. Компрессионная асфиксия.</p> <p>4. Обтурационная, аспирационная асфиксия.</p> <p>5. Асфиксия от закрытия отверстий рта и носа.</p> <p>6. Утопление в воде. Утопление в пресной и соленой воде. Факторы, влияющие на утопление. Диагностические признаки утопления, признаки пребывания в воде. Оценка повреждений на трупе, извлеченном из воды (посмертные, прижизненные).</p>
6.	ПК-5, ПК-7	Действие крайних температур. Электротравма.	<p>1. Общее и местное действие высокой температуры. Ожоги. Ожоговая болезнь: периоды, причины смерти и сроки ее наступления. Экспертиза трупов, обнаруженных в очаге пожара, установление прижизненности действия пламени.</p> <p>2. Общее и местное действие низкой температуры. Смерть от переохлаждения организма, условия, способствующие наступлению смерти, диагностика.</p> <p>3. Механизмы действия тока на организм и условия, способствующие поражению электротоком, диагностика. Поражение атмосферным электричеством.</p>
7.	ПК-5, ПК-7	Судебно-медицинская токсикология.	<p>1. Понятие о ядах, действие ядов, классификации.</p> <p>2. Отравление едкими ядами: кислоты, щелочи.</p> <p>3. Отравление деструктивными ядами: ртуть, свинец, мышьяк.</p> <p>4. Отравление гематотропными ядами: окись углерода.</p> <p>5. Отравление этиловым спиртом и спиртосодержащими жидкостями.</p> <p>6. Отравление фосфорорганическими соединениями.</p>
8.	ПК-5, ПК-7	Осмотр места происшествия.	<p>1. Организация и участники осмотра, задачи врача-специалиста, методика и стадии осмотра трупа, документация осмотра трупа на месте его обнаружения.</p> <p>2. Особенности осмотра трупа при транспортной травме, огнестрельных повреждениях, механической асфиксии.</p>
9	ПК-5, ПК-7	Судебно-медицинская	<p>1. Понятия «травматология», «травма», «повреждение». Классификация повреждений.</p>

№ п/п	Код компетенции	Наименование раздела дисциплины (модуля)	Содержание раздела (темы разделов)
		травматология.	<p>Факторы внешней среды, приводящие к образованию повреждений. Травматизм и его виды. Причины смерти при механических повреждениях.</p> <p>2. Повреждения тупыми твердыми предметами. Классификация ТТП. Виды деформации, Морфологическая характеристика кровоподтеков, ссадин, ран. Переломы трубчатых и плоских костей. Признаки «сжатия», «растяжения» костной ткани. Локальные и конструкционные переломы.</p> <p>3. Повреждения острыми предметами. Определение и классификация острых предметов. Механизмы повреждающего действия режущих, колющих, колюще-режущих, рубящих, пилящих предметов. Морфологическая характеристика и судебно-медицинское значение данных повреждений.</p> <p>4. Огнестрельная травма. Классификация огнестрельного оружия. Механизм выстрела и его повреждающие факторы. Определение дистанции выстрела. Морфология входного и выходного огнестрельного отверстия. Повреждения при выстреле холостым патроном, при выстреле дробью.</p> <p>5. Автомобильная травма. Виды, механизмы и фазы возникновения повреждений в случаях наезда, переезда, травмы в салоне транспортного средства. Понятие о характерных и специфических повреждениях для каждого из видов автомобильной травмы.</p>

3.2. Разделы дисциплины (модуля) и междисциплинарные связи с обеспечиваемыми (последующими) дисциплинами

№ п/п	Наименование обеспечиваемых (последующих) дисциплин	№ № разделов данной дисциплины, необходимых для изучения обеспечиваемых (последующих) дисциплин								
		1	2	3	4	5	6	7	8	9
1	Безопасность жизнедеятельности, медицина катастроф	+	+	+	+	+	+	+	+	+
2	Госпитальная педиатрия	+	+	+	+	+	+	+	+	+
3	Поликлиническая неотложная педиатрия.	+	+	+	+	+	+	+	+	+

3.3. Разделы дисциплины (модуля) и виды занятий

№ п/п	Наименование раздела дисциплины (модуля)	Л	ПЗ	ЛЗ	Сем	СРС	Всего часов
1	2	3	4	5	6	7	8
1	Процессуальные основы проведения экспертизы в РФ. Структура судебно-медицинской службы в РФ.	2	-	-	-	3	5
2	Танатология.	2	12	-	-	6	20
3	Экспертиза живых лиц.	2	12	-	-	6	20
4	Судебно-медицинская экспертиза трупов плодов и	-	2	-	-	2	4

	новорожденных						
5	Механическая асфиксия.	-	4	-	-	4	8
6	Действие крайних температур. Электротравма.	-	4	-	-	4	8
7	Судебно-медицинская токсикология.	-	4	-	-	3	7
8	Осмотр места происшествия.	2	2	-	-	2	6
9	Судебно-медицинская травматология.	10	14	-	-	6	30
	Вид промежуточной аттестации:	зачет	зачет				+
		экзамен					
	Итого:	18	54	-	-	36	108

3.4. Тематический план лекций

№ п/п	№ раздела дисциплины	Тематика лекций	Содержание лекций	Трудоемкость (час.)
				№ сем. 12
1	2	3	4	5
1	1	Процессуальные основы проведения экспертизы в Российской Федерации. Структура судебно-медицинской службы в РФ. 1.1. Понятие о судебной медицине, судебно-медицинской экспертизе. 1.2. Структура судебно-медицинской службы в Российской Федерации. 1.3. Процессуальные основы проведения судебно-медицинской экспертизы в Российской Федерации.	Содержание дисциплины, ее цели и задачи. Понятие о судебной медицине, судебно-медицинской экспертизе. Структура судебно-медицинской службы в Российской Федерации. Процессуальные основы проведения судебно-медицинской экспертизы в Российской Федерации. Роль и значение судебной медицины в современном обществе и профессиональном росте квалифицированных специалистов. Место учебной дисциплины в системе медицинских, общественных и юридических наук.	2
2	2	Общие вопросы танатологии. 2.1. Констатация смерти. 2.2. Ранние и поздние трупные явления. 2.3. Методика и возможности установления давности наступления смерти.	Установление смерти, вероятные и достоверные признаки смерти. Ранние трупные явления (трупные пятна, трупное окоченение, трупное охлаждение, трупное высыхание). Поздние трупные явления. Методы фиксации трупных явлений, установления давности наступления смерти.	2
3	9	Вопросы травматологии в судебной медицине 3.1. Понятие о травме и травматизме. 3.2. Виды травматических воздействий, виды деформации, признаки сжатия и растяжения костной ткани. 3.3. Причина смерти при механических повреждениях.	Понятие о травме и травматизме. Виды травматизма, факторы, вызывающие образование повреждений. Классификация повреждений. Причина смерти при механических повреждениях. Виды деформации. Установления механизма и давности образования повреждений. Алгоритм описания повреждений.	2
4	9	Характеристика	Классификация твердых тупых	2

		повреждений тупыми предметами и их судебно-медицинская оценка. 4.1. Классификация тупых предметов, 4.2. Механизм действия тупых предметов. 4.3. Виды повреждений, причиняемых твердыми тупыми предметами.	предметов. Виды повреждений мягких тканей (кровоподтеки, ссадины, раны), их морфологические особенности и алгоритм описания. Классификация переломов костей черепа и длинных трубчатых костей. Методы установления механизма образования переломов костей скелета.	
5	9	Судебно-медицинская экспертиза автомобильной травмы. 5.1. Виды транспортной травмы, 5.2. Автомобильная травма и ее виды	Классификация транспортной травмы. Виды автомобильной травмы. Виды повреждений при автомобильной травме. Возможности решения вопроса об установлении транспортного средства по локализации и характеру повреждений.	2
6	9	Судебно-медицинская экспертиза падения с высоты. 6.1. Виды падений с высоты. 6.2. Характерные признаки повреждений, возникающих от падения с высоты. 6.3. Морфологические признаки падения на плоскости.	Виды падений с высоты. Морфологические особенности повреждений, возникающих при падении со значительной высоты в зависимости от вариантов приземлений. Падение с незначительной высоты, на лестничном марше, в замкнутом пространстве, из положения стоя. Возможности установления механизма травмы.	2
7	9	Повреждения, причиняемые острыми орудиями. 7.1. Классификация острых предметов, механизм действия и особенности причиняемых ими повреждений. 7.2. Возможности установления орудия травмы по характеру повреждений.	Классификация и конструктивные особенности острых орудий. Механизм действия острых орудий и морфологические особенности причиняемых ими повреждений. Алгоритм описания повреждений, причиняемых острыми орудиями. Причины смерти при повреждениях, причиняемыми острыми орудиями.	2
8	3	Отдельные вопросы судебно-медицинской экспертизы живых лиц. 3.1. Порядок проведения судебно-медицинской экспертизы живых лиц. 3.2. Медицинские критерии определения степени тяжести вреда, причиненного здоровью.	Судебно-медицинское и юридическое определение повреждений и вреда здоровью, юридическая классификация причиняемого здоровью вреда. Критерии установления тяжести вреда здоровью. Судебно-медицинская экспертиза половых состояний мужчин и женщин.	2
9	8	Осмотр трупа на месте его обнаружения. 9.1. Правовая регламентация осмотра места происшествия.	Правовая регламентация осмотра места происшествия. Участники осмотра и их обязанности. Задачи врача – специалиста в области судебной медицины при осмотре	2

		9.2. Задачи врача – специалиста в области судебной медицины при осмотре трупа.	трупа. Особенности осмотра при некоторых видах смерти: транспортная травма, падение с высоты, огнестрельная травма, отравления, повешения.	
Итого:				18

3.5. Тематический план практических занятий

№ п/п	№ раздела дисциплины	Тематика практических занятий (семинаров)	Содержание практических (семинарских) занятий	Трудоемкость (час.)
				№ сем. 12
1	2	3	4	5
1	2	Танатология. Демонстрационное исследование трупа.	Учение о смерти, констатация факта смерти, вероятные и достоверные признаки смерти; классификация смерти. Ранние и поздние трупные изменения, суправитальные реакции. Экспертиза трупа: поводы и основания для судебно-медицинской экспертизы (исследования трупа); цели и задачи исследования. Основные вопросы, решаемые при исследовании трупов в случаях насильственной смерти. Демонстрационное исследование трупа	6
2	2	Танатология. Самостоятельное исследование трупа.	Техника исследования трупа: наружный осмотр, вскрытие, осмотр полостей и извлечение органов, последовательность выполняемых действий, общие правила описания органов. Особенности вскрытия умерших после хирургических вмешательств. Правила изъятия материала на судебно-химическое и судебно-гистологическое исследования. Самостоятельное исследование трупа. Диагноз: виды, структура, принципы построения. Судебно-медицинская документация: Заключение эксперта, Акт исследования трупа, Медицинское свидетельство о смерти.	6
3	3	Экспертиза живых лиц. Часть 1.	Поводы и организация проведения экспертизы. Экспертиза и освидетельствование: структура документации. Юридическая квалификация телесных повреждений (ст.ст. 111,112,115,116,117 УК РФ). Понятие о побоях, мучениях, истязании. Критерии тяжести вреда здоровью и правила определения. Вопросы половых состояний: установление пола, способности к оплодотворению, беременности и родам, установление бывших родов, аборта. Экспертиза при преступлениях против	6

			половой неприкосновенности личности: изнасилование, развратные действия.	
4	3	Экспертиза живых лиц. Часть 2.	Алгоритм описания повреждений (кровоподтеки, ссадины, раны), их судебно-медицинское значение. Методика осмотра потерпевших. Демонстрационное освидетельствование потерпевших; самостоятельное освидетельствование потерпевших и изучение медицинской документации с оформлением Акта судебно-медицинского освидетельствования.	6
5	5	Механическая асфиксия.	Понятие гипоксии (виды) и механической асфиксии. Признаки быстро наступившей смерти. Танатогенез и морфологические изменения при различных видах асфиксий. - Странгуляционная асфиксия: повешение, сдавление руками, сдавление петель, их дифференциальная диагностика. - Компрессионная асфиксия. - Обтурационная, аспирационная асфиксия. - Асфиксия от закрытия отверстий рта и носа. Утопление в воде. Утопление в пресной и соленой воде. Факторы, влияющие на утопление. Диагностические признаки утопления, признаки пребывания в воде. Оценка повреждений на трупе, извлеченном из воды (посмертные, прижизненные).	4
6	4	Судебно-медицинская экспертиза трупов плодов и новорожденных	Понятие о новорожденности, доношенности, зрелости, живорожденности, продолжительности внеутробной жизни. Критерии установления этих понятий. Особенности техники исследования трупов новорожденных; техника исследования жизненных проб.	2
7	6	Действие крайних температур. Электротравма.	Общее и местное действие высокой температуры. Ожоги. Ожоговая болезнь: периоды, причины смерти и сроки ее наступления. Экспертиза трупов, обнаруженных в очаге пожара, установление прижизненности действия пламени. Общее и местное действие низкой температуры. Смерть от переохлаждения организма, условия, способствующие наступлению смерти, диагностика. Механизмы действия тока на организм и условия, способствующие поражению электротоком, диагностика. Поражение атмосферным электричеством.	4
8	8	Осмотр места	Организация и участники осмотра, задачи	2

Итого:	54
---------------	-----------

3.6. Самостоятельная работа обучающегося

№ п/п	№ семестра	Наименование раздела дисциплины (модуля)	Виды СРС	Всего часов
1	2	3	4	5
1	12	Процессуальные основы проведения экспертизы в РФ. Структура судебно-медицинской службы в РФ	Подготовка к занятиям Подготовка к промежуточной аттестации	3
2		Танатология	Подготовка к занятиям Подготовка к промежуточной аттестации	6
3		Экспертиза живых лиц	Подготовка к занятиям Подготовка к промежуточной аттестации	6
4		Судебно-медицинская экспертиза трупов плодов и новорожденных	Подготовка к занятиям Подготовка к промежуточной аттестации	2
5		Механическая асфиксия	Подготовка к занятиям Подготовка к промежуточной аттестации	4
6		Действие крайних температур. Электротравма	Подготовка к занятиям Подготовка к промежуточной аттестации	4
7		Судебно-медицинская токсикология	Подготовка к занятиям Подготовка к промежуточной аттестации	3
8		Осмотр места происшествия	Подготовка к занятиям Подготовка к промежуточной аттестации	2
9		Судебно-медицинская травматология	Подготовка к занятиям Подготовка к промежуточной аттестации	6
Итого часов в семестре:				36
Всего часов на самостоятельную работу:				36

3.7. Лабораторный практикум – не предусмотрен учебным планом:

3.8. Примерная тематика курсовых проектов (работ), контрольных работ – не предусмотрено учебным планом:

Раздел 4. Перечень учебно-методического и материально-технического обеспечения дисциплины (модуля)

4.1. Перечень учебно-методического обеспечения для самостоятельной работы обучающихся по дисциплине (модулю)

1. Зыков В.В., Мальцев А.Е., Шешунов И.В. Исследование самоубийств в Кировской области: монография. – Киров: ФГБОУ ВО Кировский ГМУ Минздрава России, 2016. – 126 с.
2. Зыков В.В., Мальцев А.Е. Автомобильная травма: учебное пособие / В.В. Зыков, А.Е. Мальцев. – Киров: ФГБОУ ВО Кировский ГМУ Минздрава России, 2017. – 158 с.

3. Зыков В.В., Мальцев А.Е. Механическая асфиксия: учебное пособие / В.В. Зыков, А.Е. Мальцев. – Киров: ФГБОУ ВО Кировский ГМУ Минздрава России, 2016. – 102 с.
4. Судебно-медицинская экспертиза степени тяжести вреда, причиненного здоровью человека: учебное пособие / В.В. Зыков, А.Е. Мальцев. – Киров: ФГБОУ ВО Кировский ГМУ Минздрава России, 2017. – 156 с.
5. Железнодорожная травма: учебное пособие / В.В. Зыков, А.Е. Мальцев. – Киров: ФГБОУ ВО Кировский ГМУ Минздрава России, 2017. – 188 с.

4.2. Перечень основной и дополнительной учебной литературы, необходимой для освоения дисциплины (модуля)

4.2.1. Основная литература

№ п/п	Наименование	Автор (ы)	Год, место издания	Кол-во экземпляров в библиотеке	Наличие в ЭБС
1	2	3	4	5	6
1	Судебная медицина и судебно-медицинская экспертиза: нац. руководство	Пиголкин Ю.И. и др.	М.: ГЭОТАР-МЕД, 2014	3 экз.	ЭБ «Консультант врача»
2	Судебная медицина в схемах и рисунках: учебное пособие	Пашинян Г.А.	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008	72 экз.	«Консультант студента»

4.2.2. Дополнительная литература

№ п/п	Наименование	Автор (ы)	Год, место издания	Кол-во экземпляров в библиотеке	Наличие в ЭБС
1	2	3	4	5	6
1	Судебная медицина. Compendium: учебное пособие	Пиголкин Ю.И.	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011	3	ЭБС «Консультант студента»
2	Атлас по судебной медицине	Пиголкин Ю.И.	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010	1	ЭБС «Консультант студента»

4.3. Перечень ресурсов информационно-телекоммуникационной сети «Интернет», необходимых для освоения дисциплины (модуля)

Организация Объединенных Наций. Режим доступа: <http://www.un.org/>, Единое окно доступа к образовательным ресурсам. Режим доступа: <http://window.edu.ru/>,

4.4. Перечень информационных технологий, используемых для осуществления образовательного процесса по дисциплине (модулю), программного обеспечения и информационно-справочных систем

В учебном процессе используется лицензионное программное обеспечение:

1. Договор Microsoft Office (версия 2003) №0340100010912000035_45106 от 12.09.2012г. (срок действия договора - бессрочный),
2. Договор Microsoft Office (версия 2007) №0340100010913000043_45106 от 02.09.2013г. (срок действия договора - бессрочный),
3. Договор Microsoft Office (версия 2010) № 340100010914000246_45106 от 23.12.2014г. (срок действия договора - бессрочный).

4. Договор Windows (версия 2003) №0340100010912000035_45106 от 12.09.2012г. (срок действия договора - бессрочный)
5. Договор Windows (версия 2007) №0340100010913000043_45106 от 02.09.2013г. (срок действия договора - бессрочный),
6. Договор Windows (версия 2010) № 340100010914000246_45106 от 23.12.2014г. (срок действия договора - бессрочный),
7. Договор Антивирус Kaspersky Endpoint Security для бизнеса – Стандартный Russian Edition. 100-149 Node 1 year Educational Renewal License от 12.07.2018, лицензии 685В-МУ\05\2018 (срок действия – 1 год),
8. Медицинская информационная система (КМИС) (срок действия договора - бессрочный),
9. Автоматизированная система тестирования Indigo Договор № Д53783/2 от 02.11.2015 (срок действия бессрочный, 1 год технической поддержки),

Обучающиеся обеспечены доступом (удаленным доступом) к современным профессиональным базам данных и информационно-справочным системам:

- 1) Научная электронная библиотека e-LIBRARY. Режим доступа: <http://www.e-library.ru/>.
- 2) Справочно-поисковая система Консультант Плюс – ООО «КонсультантКиров».
- 3) «Электронно-библиотечная система Кировского ГМУ». Режим доступа: <http://elib.kirovgma.ru/>.
- 4) ЭБС «Консультант студента» - ООО «ИПУЗ». Режим доступа: <http://www.studmedlib.ru>.
- 5) ЭБС «Университетская библиотека онлайн» - ООО «НексМедиа». Режим доступа: <http://www.biblioclub.ru>.
- 6) ЭБС «Консультант врача» - ООО ГК «ГЭОТАР». Режим доступа: <http://www.rosmedlib.ru/>
- 7) ЭБС «Айбукс» - ООО «Айбукс». Режим доступа: <http://ibooks.ru>.

4.5. Описание материально-технической базы, необходимой для осуществления образовательного процесса по дисциплине (модулю)

В процессе преподавания дисциплины используются следующие специальные помещения, расположенные по адресу: 610050, г. Киров, ул Менделеева, 15.

- учебная аудитория для проведения занятий лекционного типа – каб. № 2
- учебная аудитория для проведения занятий семинарского типа – каб. № 1
- учебная аудитория для проведения групповых и индивидуальных консультаций – кабинет-музей
- учебная аудитория для проведения текущего контроля и промежуточной аттестации – каб. №1.
- помещения для самостоятельной работы – читальный зал библиотеки г. Киров, ул. К.Маркса,137 (1 корпус).
- помещения для хранения и профилактического обслуживания учебного оборудования – каб. № 3
- помещение для проведения демонстрационных и самостоятельных исследований трупов – малая секционная отдела экспертизы трупов
- помещение для проведения экспертизы потерпевших, обвиняемых и других лиц – смотровая отдела экспертизы потерпевших, обвиняемых и других лиц.

Специальные помещения укомплектованы специализированной мебелью и техническими средствами обучения, служащими для представления учебной информации большой аудитории.

Для проведения занятий лекционного типа предлагаются наборы демонстрационного оборудования и учебно-наглядных пособий, обеспечивающие тематические иллюстрации,

соответствующие рабочей программе дисциплины (модуля).

Помещения для самостоятельной работы обучающихся оснащены компьютерной техникой с возможностью подключения к сети "Интернет" и обеспечены доступом в электронную информационно-образовательную среду организации».

Раздел 5. Методические рекомендации по организации изучения дисциплины (модуля)

Процесс изучения дисциплины предусматривает: контактную (работа на лекциях и практических занятиях) и самостоятельную работу.

Основное учебное время выделяется на практические занятия.

В качестве основных форм организации учебного процесса по дисциплине выступают классические лекционные и практические занятия (с использованием интерактивных технологий обучения), а также самостоятельная работа обучающихся.

При изучении учебной дисциплины (модуля) обучающимся необходимо освоить практические умения по судебно-медицинской экспертизе трупов, потерпевших, обвиняемых и других лиц.

При проведении учебных занятий кафедра обеспечивает развитие у обучающихся навыков командной работы, межличностной коммуникации, принятия решений, лидерских качеств (путем проведения интерактивных лекций, групповых дискуссий, ролевых игр, тренингов, анализа ситуаций и имитационных моделей, преподавания дисциплины (модуля) в форме курса, составленного на основе результатов научных исследований, проводимых Университетом, в том числе с учетом региональных особенностей профессиональной деятельности выпускников и потребностей работодателей).

Лекции:

Классическая лекция. Рекомендуется при изучении тем: «Процессуальные основы проведения экспертизы в РФ. Структура судебно-медицинской службы в РФ», «Общие вопросы танатологии», «Отдельные вопросы судебно-медицинской экспертизы живых лиц». На лекциях излагаются темы дисциплины, предусмотренные рабочей программой, акцентируется внимание на наиболее принципиальных и сложных вопросах дисциплины, устанавливаются вопросы для самостоятельной проработки. Конспект лекций является базой при подготовке к практическим занятиям, к зачету, а также для самостоятельной работы.

Изложение лекционного материала рекомендуется проводить в мультимедийной форме. Смысловая нагрузка лекции смещается в сторону от изложения теоретического материала к формированию мотивации самостоятельного обучения через постановку проблем обучения и показ путей решения профессиональных проблем в рамках той или иной темы. При этом основным методом ведения лекции является метод проблемного изложения материала.

Лекция-дискуссия - обсуждение какого-либо вопроса, проблемы, рассматривается как метод, активизирующий процесс обучения, изучения сложной темы, теоретической проблемы. Рекомендуется использовать при изучении тем: «Осмотр трупа на месте его обнаружения».

Важной характеристикой дискуссии, отличающей её от других видов спора, является аргументированность. Обсуждая дискуссионную проблему, каждая сторона, оппонируя мнению собеседника, аргументирует свою позицию. Отличительной чертой дискуссии выступает отсутствие тезиса и наличие в качестве объединяющего начала темы.

Практические занятия:

Практические занятия по дисциплине проводятся с целью приобретения практических навыков в области судебно-медицинской экспертизы трупов, потерпевших и обвиняемых.

Практические занятия проводятся в виде собеседований, обсуждений, дискуссий в микрогруппах, демонстрации тематических больных и использования наглядных пособий, отработки практических навыков на трупном материале, решения ситуационных задач, тестовых заданий.

Выполнение практической работы обучающиеся производят как в устном, так и в письменном виде, в виде презентаций и докладов.

Практическое занятие способствует более глубокому пониманию теоретического материала учебной дисциплины, а также развитию, формированию и становлению различных уровней составляющих профессиональной компетентности обучающихся.

При изучении дисциплины используются следующие формы практических занятий:

- семинар традиционный по темам: «Танатология. Демонстрационное исследование трупа», «Экспертиза живых лиц».

- семинар-дискуссия по теме: «Судебно-медицинская экспертиза трупов плодов и новорожденных».

Самостоятельная работа:

Самостоятельная работа студентов подразумевает подготовку по всем разделам дисциплины «Судебная медицина» и включает подготовку к занятиям, подготовка к промежуточной аттестации.

Работа с учебной литературой рассматривается как вид учебной работы по дисциплине «Судебная медицина» и выполняется в пределах часов, отводимых на её изучение (в разделе СРС). Каждый обучающийся обеспечен доступом к библиотечным фондам университета и кафедры. Во время изучения дисциплины обучающиеся (под контролем преподавателя) самостоятельно проводят освидетельствование потерпевших, исследование трупного материала, оформляют заключения эксперта и представляют их на занятиях. Написание заключения эксперта способствует формированию навыков использования учебной и научной литературы, глобальных информационных ресурсов, способствует формированию клинического мышления. Работа обучающегося в группе формирует чувство коллективизма и коммуникабельность.

Исходный уровень знаний обучающихся определяется тестированием, собеседованием.

Текущий контроль освоения дисциплины проводится в форме тестов, ситуационных задач, собеседования.

В конце изучения дисциплины (модуля) проводится промежуточная аттестация с использованием тестов, ситуационных задач, собеседования.

Вопросы по дисциплине включены в государственную итоговую аттестацию выпускников.

Раздел 6. Методические указания для обучающихся по освоению дисциплины (модуля) (приложение А)

Изучение дисциплины следует начинать с проработки данной рабочей программы, методических указаний, прописанных в программе, особое внимание уделяется целям, задачам, структуре и содержанию дисциплины.

Успешное изучение дисциплины требует от обучающихся посещения лекций, активной работы на практических занятиях, выполнения всех учебных заданий преподавателя, ознакомления с базовыми учебниками, основной и дополнительной литературой. Лекции имеют в основном обзорный характер и нацелены на освещение наиболее трудных вопросов, а также призваны способствовать формированию навыков работы с научной литературой. Предполагается, что обучающиеся приходят на лекции, предварительно проработав соответствующий учебный материал по источникам, рекомендуемым программой.

Основным методом обучения является самостоятельная работа студентов с учебно-методическими материалами, научной литературой, Интернет-ресурсами.

Правильная организация самостоятельных учебных занятий, их систематичность, целесообразное планирование рабочего времени позволяют обучающимся развивать умения и навыки в усвоении и систематизации приобретаемых знаний, обеспечивать высокий уровень успеваемости в период обучения, получить навыки повышения профессионального уровня.

Основной формой промежуточного контроля и оценки результатов обучения по дисциплине является зачет. На зачете обучающиеся должны продемонстрировать не только теоретические знания, но и практические навыки, полученные на практических занятиях.

Постоянная активность на занятиях, готовность ставить и обсуждать актуальные проблемы дисциплины - залог успешной работы и положительной оценки.

Подробные методические указания к практическим занятиям и внеаудиторной самостоятельной работе по каждой теме дисциплины представлены в приложении А.

Раздел 7. Оценочные средства для проведения текущего контроля и промежуточной аттестации обучающихся по дисциплине (модулю) (приложение Б)

Оценочные средства – комплект методических материалов, нормирующих процедуры оценивания результатов обучения, т.е. установления соответствия учебных достижений запланированным результатам обучения и требованиям образовательной программы, рабочей программы дисциплины.

ОС как система оценивания состоит из следующих частей:

1. Перечня компетенций с указанием этапов их формирования в процессе освоения образовательной программы.
2. Показателей и критерий оценивания компетенций на различных этапах их формирования, описание шкал оценивания.
3. Типовых контрольных заданий и иных материалов.
4. Методических материалов, определяющих процедуры оценивания знаний, умений, навыков и (или) опыта профессиональной деятельности, характеризующих этапы формирования компетенций.

Оценочные средства для проведения текущего контроля и промежуточной аттестации по дисциплине представлены в приложении Б.

Федеральное государственное бюджетное
образовательное учреждение высшего образования
«Кировский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации

Кафедра судебной медицины

Приложение А к рабочей программе дисциплины (модуля)

Методические указания для обучающихся по освоению дисциплины (модуля)

«Судебная медицина»

Специальность 31.05.02 Педиатрия

(очная форма обучения)

Раздел 1. Процессуальные основы проведения экспертизы в РФ. Структура судебно-медицинской службы в РФ.

Темы:

1.1. Понятие о судебной медицине, судебно-медицинской экспертизе.

1.2. Структура судебно-медицинской службы в Российской Федерации.

1.3. Процессуальные основы проведения судебно-медицинской экспертизы в Российской Федерации.

Цель: формирование знаний правовых основ назначения и производства судебно-медицинской экспертизы.

Задачи:

- сформировать знания прав и обязанностей врача общей практики.
- сформировать понятия о структуре судебно-медицинской службы в РФ и Кировской области.
- сформировать умения в освоении правил назначения и производства судебно-медицинской экспертизы в РФ.
- подготовить специалиста к самостоятельной профессиональной судебно-медицинской экспертной деятельности.

Обучающийся должен знать:

1. структуру судебно-медицинской службы в Российской Федерации;
2. права и обязанности эксперта;
3. порядок назначения судебно-медицинской экспертизы;
4. порядок отвода эксперта;
5. права и обязанности руководителя государственного судебно-экспертного учреждения;
6. виды экспертиз.

Обучающийся должен уметь:

- давать оценку правильности оформления постановления о назначении судебно-медицинской экспертизы;
- оценивать материалы, поступившие для производства судебно-медицинской экспертизы;
- производить запросы органу или лицу, назначившему экспертизу, о предоставлении недостающих материалов;
- взаимодействовать с органом или лицом, назначившим экспертизу и руководителем государственного судебно-экспертного учреждения;

Обучающийся должен владеть:

- методами оценки правильности оформления постановления о назначении судебно-медицинской экспертизы;
- методами оценки объема и качества материала, поступившего для производства судебно-

медицинской экспертизы;

- информацией о правах и обязанностях судебно-медицинского эксперта.

Самостоятельная внеаудиторная работа обучающихся по теме.

1. Ответить на вопросы по теме занятия.

- Какими документами регламентируются права и обязанности судебно-медицинского эксперта?
- Какими документами регламентируются права и обязанности руководителя государственного судебно-экспертного учреждения?
- В каких случаях производится отвод эксперта?
- Какова структура судебно-медицинской службы в РФ?

2. Практическая работа.

Выполнение практических заданий: разборы случаев из практики, нормативно-правовых документов, решение ситуационных задач, тестовых заданий, отработка практических навыков:

- Оценка правильности оформления постановления о назначении судебно-медицинской экспертизы:
- Разбор структуры заключения эксперта;
- Разбор спорных случаев из практики;
- Поводы назначения дополнительной, повторной, комиссионной и комплексной экспертиз.

3. Решить ситуационные задачи:

1) Алгоритм разбора задач. Пример задачи с разбором по алгоритму.

При изучении материалов, представленных для производства судебно-медицинской экспертизы, экспертом было установлено, что для ответов на поставленные вопросы необходима медицинская карта амбулаторного больного. В телефонном разговоре со следователем, назначившим экспертизу, эксперту было предложено самостоятельно изъять недостающий медицинский документ в поликлинике и провести судебную экспертизу.

Вопросы:

1. Прав ли следователь?
2. Каковы действия эксперта в соответствии с действующим законодательством?

Ответ. Согласно статье 57 УПК РФ эксперт не имеет право самостоятельно изымать материалы, для проведения судебной экспертизы. В данной ситуации следователь неправ, эксперту необходимо запросить недостающие материалы у лица, назначившего экспертизу.

2) Задачи для самостоятельного разбора на занятии

Ситуационная задача № 1.

При проведении судебной экспертизы эксперту поступил звонок от защитника обвиняемого с предложением встретиться и обсудить материалы, представленные на исследование и формулировки выводов.

Вопросы:

1. Каковы действия эксперта в соответствии с действующим законодательством?

Ответ: эксперт должен отказаться от встречи, сославшись на статью 57 УПК РФ.

Ситуационная задача № 2.

При проведении судебной экспертизы для дачи заключения необходимо провести ряд исследований с частичным и полным уничтожением объектов, представленных на исследование.

Вопросы:

1. Каковы действия эксперта в соответствии с действующим законодательством?
2. Каковы действия следователя в соответствии с действующим законодательством?

Ответ: эксперт должен получить разрешение следователя на проведение данной

экспертизы.

Ситуационная задача № 3.

В беседе со своими знакомыми эксперту было предложено рассказать о деталях проведенной им судебно-медицинской экспертизы по уголовному делу, имевшего большой социальный резонанс.

Вопросы:

1. Каковы действия эксперта в соответствии с действующим законодательством?

Ответ: в соответствии со ст.310 УК РФ эксперт несет уголовную ответственность за разглашение данных, ставших ему известными при производстве судебной экспертизы.

Ситуационная задача № 4.

При производстве судебно-медицинской экспертизы эксперт решил по собственной инициативе ответить на вопрос, не указанный в постановлении о назначении судебно-медицинской экспертизы, т.к. посчитал это важным для дальнейшего расследования.

Вопросы:

1. Прав ли эксперт?

Ответы: эксперт прав в соответствии со статьей 57 УПК РФ.

4. Задания для групповой работы – те же, что и для индивидуальной

Варианты для групповой работы аналогичны вариантам для индивидуальной работы.

Самостоятельная внеаудиторная работа обучающихся по теме

1) *Ознакомиться с теоретическим материалом по теме занятия с использованием конспектов лекций и/или рекомендуемой учебной литературы.*

2) *Ответить на вопросы для самоконтроля:*

- Какими документами регламентируются права и обязанности судебно-медицинского эксперта?
- Какими документами регламентируются права и обязанности руководителя государственного судебно-экспертного учреждения?
- В каких случаях производится отвод эксперта?
- Какова структура судебно-медицинской службы в РФ?

3) *Проверить свои знания с использованием тестового контроля*

1. Судебная медицина как наука состоит из следующих разделов:

- а) процессуально-организационного*
- б) криминалистического
- в) специального*
- г) токсикологического

2. В какой системе здравоохранения производится судебно-медицинская экспертиза:

- а) муниципальной
- б) государственной*
- в) частной

3. Судебно-медицинский эксперт – это:

- а) врач, состоящий в штате бюро СМЭ*
- б) врач, являющийся сотрудником кафедры судебной медицины*
- в) любой врач

4. Основанием для назначения судебно-медицинской экспертизы является:

- а) определение суда*
- б) направление участкового милиционера

- в) постановление следователя*
 - г) заявление гражданина
5. Основанием для назначения судебно-медицинского исследования является:
- а) определение суда
 - б) направление участкового милиционера*
 - в) постановление следователя
 - г) заявление гражданина*
6. Основные характеристики преступления:
- а) общественная опасность*
 - б) общественная вредность
 - в) виновность*
 - г) наказуемость*
7. Что такое судебная экспертиза:
- а) процессуальное действие, состоящее из исследования и дачи заключения экспертом*
 - б) применение медицинских знаний для целей судебно-следственной практики
 - в) процессуальное действие, состоящее из исследования специалистом
8. Когда производится дополнительная экспертиза:
- а) при противоречии выводов и исследовательской части
 - б) при недостаточной ясности и полноте заключения первичной экспертизы*
 - в) при исследовании объектов экспертами одной специальности
 - г) при исследовании объектов экспертами разных специальностей
9. Когда производится повторная экспертиза:
- а) при противоречии выводов и исследовательской части*
 - б) при недостаточной ясности и полноте заключения первичной экспертизы
 - в) при исследовании объектов экспертами одной специальности
 - г) при исследовании объектов экспертами разных специальностей
10. Что такое комиссионная экспертиза:
- а) исследование не менее чем двумя экспертами одной специальности*
 - б) исследование не менее чем двумя экспертами разных специальностей
 - в) исследование судебно-медицинским экспертом
11. Что такое комплексная экспертиза:
- а) исследование экспертами одной специальности
 - б) исследование экспертами разных специальностей*
 - в) исследование судебно-медицинским экспертом
12. За что наступает уголовная ответственность эксперта:
- а) за заведомо ложное заключение*
 - б) за самостоятельный сбор исследуемых материалов
 - в) за разглашение данных предварительного расследования*
 - г) за отказ в проведении экспертизы при отсутствии предоплаты
13. В чем отличие заключения эксперта от акта исследования:
- а) в заключении эксперт расписывается о предупреждении его об уголовной ответственности*
 - б) в акте исследования эксперт расписывается о предупреждении об

административной ответственности

в) в акте исследования эксперт упрощенно излагает исследовательскую часть

14. Нормативные документы, регламентирующие деятельность судебно-медицинской службы:

- а) основы законодательства об охране здоровья граждан*
- б) конституция РФ*
- в) уголовный кодекс РФ
- г) гражданский кодекс

15. Какой документ регламентирует обязанности эксперта:

- а) закон о государственной судебно-экспертной деятельности в РФ*
- б) основы законодательства об охране здоровья граждан
- в) конституция РФ
- г) уголовный кодекс РФ

16. Какой документ регламентирует права эксперта:

- а) закон о государственной судебно-экспертной деятельности в РФ
- б) основы законодательства об охране здоровья граждан
- в) конституция РФ
- г) уголовно-процессуальный кодекс РФ*

17. Какой документ предусматривает отвод эксперта:

- а) закон о государственной судебно-экспертной деятельности в РФ
- б) основы законодательства об охране здоровья граждан
- в) конституция РФ
- г) уголовно-процессуальный кодекс РФ*

18. В конфликтных случаях окончательное решение по результатам экспертизы принимает:

- а) следователь
- б) суд*
- в) руководитель бюро СМЭ
- г) адвокат

19. Обвиняемый имеет право:

- а) присутствовать при производстве экспертизы с разрешения следователя*
- б) присутствовать при производстве экспертизы с разрешения руководителя бюро СМЭ
- в) обсуждать с экспертом выводы по экспертизе
- г) задавать вопросы эксперту по результатам экспертизы с разрешения следователя*

20. Эксперт имеет право:

- а) ходатайствовать о предоставлении дополнительных материалов, необходимых для исследования*
- б) принимать поручение о производстве экспертизы от следователя
- в) участвовать в допросе потерпевшего, обвиняемого без разрешения следователя
- г) самостоятельно собирать образцы крови проходящих по делу лиц

21. Эксперт обязан:

- а) принять к производству экспертизу и провести полное исследование*
- б) знакомиться с материалами дела

- в) участвовать в процессуальных действиях и задавать вопросы
- г) явиться по вызову суда в судебное заседание*

22. Эксперт должен заявить самоотвод, если:

- а) является родственником участника процесса*
- б) обнаружил некомпетентность*
- в) находится в служебной или иной зависимости от сторон*
- г) при производстве дополнительной экспертизы

23. Что такое заключение эксперта:

- а) представленные в письменном виде выводы по вопросам, поставленным на разрешение экспертизы
- б) представленные в письменном виде содержание исследования и выводы по вопросам, поставленным на разрешение экспертизы*
- в) представленные в письменном виде краткое содержание исследования и выводы по вопросам, поставленным на разрешение экспертизы

24. Руководитель бюро СМЭ имеет право:

- а) выбора эксперта, которому будет поручено производство экспертизы*
- б) оказывать давление на эксперта при составлении выводов
- в) быть допрошенным следователем по результатам экспертизы вместо эксперта, выполнившего экспертизу

25. Кем является эксперт при допросе его следователем:

- а) свидетелем
- б) специалистом*
- в) понятым
- г) присяжным заседателем

26. К вещественным доказательствам биологического происхождения относятся:

- а) волосы*
- б) объекты, изъятые от трупа для биохимического исследования
- в) сперма*
- г) кожные лоскуты для идентификации орудия травмы

27. Кто из перечисленных ниже лиц является должностным лицом:

- а) заведующий отделением*
- б) лечащий врач
- в) ответственный дежурный по приёмному покою*
- г) медицинская сестра отделения

28. К уголовно наказуемым профессиональным правонарушениям медицинских работников относятся:

- а) халатность*
- б) незаконное врачевание*
- в) нарушение противоэпидемических правил*
- г) врачебная ошибка

29. Врач может быть привлечен к уголовной ответственности за:

- а) врачебную ошибку
- б) ятрогенное заболевание
- в) несчастный случай в медицинской практике со смертельным исходом*
- г) халатность

30. Судебно-медицинская экспертиза так называемых врачебных дел проводится:
- а) в медицинских государственных учреждениях Бюро СМЭ*
 - б) в медицинских муниципальных учреждениях Бюро СМЭ
 - в) врачом, привлеченным для производства экспертизы на основании постановления следователя*
 - г) в медицинских государственных и муниципальных учреждениях по письменному заявлению граждан
31. Независимая экспертиза может проводиться по заявлению граждан при несогласии с результатами:
- а) судебно-медицинской экспертизы
 - б) военно-врачебной экспертизы*
 - в) судебно-психиатрической экспертизы
 - г) патологоанатомического вскрытия*
32. Независимая экспертиза может проводиться по постановлению суда при несогласии с результатами:
- а) судебно-медицинской экспертизы*
 - б) судебно-психиатрической экспертизы*
33. Главный судебно-медицинский эксперт Минздравсоцразвития РФ в организационно-методическом плане подчиняется:
- а) верховному суду РФ
 - б) генеральной прокуратуре РФ
 - в) министерству юстиции РФ
 - г) ни одной из вышеперечисленных организаций*
34. Судебно-медицинская экспертиза производит все перечисленные виды экспертиз, кроме:
- а) экспертизы трупа
 - б) идентификации орудия травмы по особенностям повреждений
 - в) идентификация личности методом дактилоскопии*
 - г) идентификация личности по стоматологическому статусу
35. Права эксперта регламентированы следующим законодательным актом:
- а) уголовным кодексом
 - б) уголовно-процессуальным кодексом*
 - в) гражданским кодексом
 - г) трудовым кодексом
36. Обязанности эксперта регламентированы следующим законодательным актом:
- а) уголовным кодексом
 - б) федеральным законом №73-ФЗ о государственной судебно-экспертной деятельности в РФ*
 - в) гражданским кодексом
 - г) трудовым кодексом
37. Права эксперта регламентированы следующей статьей законодательного акта:
- а) ст.14 Уголовного кодекса
 - б) ст.57 Уголовно-процессуального кодекса*
 - в) ст. 85 Гражданского кодекса
 - г) ст. 13 Трудового кодекса

38. Процедура допроса эксперта регламентирована следующим законодательным актом:
- а) уголовным кодексом
 - б) уголовно-процессуальным кодексом*
 - в) гражданским кодексом
 - г) трудовым кодексом
39. Понятие преступления определено следующим законодательным актом:
- а) уголовным кодексом*
 - б) уголовно-процессуальным кодексом
 - в) гражданским кодексом
 - г) трудовым кодексом
40. Процедура отвода эксперта регламентирована следующим законодательным актом:
- а) уголовным кодексом
 - б) уголовно-процессуальным кодексом*
 - в) гражданским кодексом
 - г) гражданско-процессуальным кодексом*
41. Экспертиза производится в обязательном порядке во всех случаях, кроме как:
- а) для определения характера повреждений
 - б) для установления физического или психического здоровья
 - в) для определения причин смерти
 - г) для идентификации групповых и индивидуальных свойств орудия травмы*
42. Каков минимальный количественный состав комиссионной судебно-медицинской экспертизы:
- а) 2 специалиста*
 - б) 3 специалиста
 - в) 4 специалиста
 - г) 5 специалистов
43. Кто определяет количественный и качественный состав судебно-медицинской экспертной комиссии:
- а) прокурор
 - б) следователь
 - в) судья
 - г) начальник Бюро СМЭ*
44. Начальник Бюро СМЭ в организационно-методическом плане подчиняется:
- а) областному судье по уголовным и гражданским делам
 - б) прокурору области
 - в) главному судебно-медицинскому эксперту Минздравсоцразвития*
 - г) ни одному из указанных должностных лиц
45. Ответственность за заведомо ложное заключение эксперта следует:
- а) по ст.57 УПК РФ
 - б) по ст.85 ГПК
 - в) по ст.307 УК*
 - г) по ст.14 УК
46. Количественный и качественный состав судебно-медицинской экспертной комиссии определяется:

- а) постановлением следователя
- б) постановлением судьи
- в) особенностями конкретной экспертизы*
- г) пожеланиями родственников умершего или самим пострадавшим

47. Какая экспертиза имеет для суда большее значение:

- а) первичная экспертиза
- б) повторная экспертиза
- в) комиссия экспертиза
- г) все экспертизы имеют равную силу*

48. Порядок организации и производства судебно-медицинской экспертизы определяется следующими законодательными актами:

- а) УПК РФ*
- б) ГПК РФ*
- в) Основами законодательства РФ об охране здоровья граждан*
- г) Законом о прокуратуре РФ

49. Какие из перечисленных объектов подлежат судебно-медицинскому исследованию (экспертизе):

- а) трупы*
- б) живые лица*
- в) вещественные доказательства биологического происхождения*
- г) материалы дела*

50. Судебно-медицинский эксперт может с разрешения следователя участвовать в следующих следственных действиях:

- а) в следственном эксперименте*
- б) в освидетельствовании*
- в) в осмотре места происшествия*
- г) в допросе подозреваемого или свидетеля*

Рекомендуемая литература:

4.2.1. Основная литература

№ п/п	Наименование	Автор (ы)	Год, место издания	Кол-во экземпляров в библиотеке	Наличие в ЭБС
1	2	3	4	5	6
1	Судебная медицина и судебно-медицинская экспертиза: нац. руководство	Пиголкин Ю.И. и др.	М.: ГЭОТАР-МЕД, 2014	3 экз.	ЭБ «Консультант врача»
2	Судебная медицина в схемах и рисунках: учебное пособие	Пашинян Г.А.	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008	72 экз.	ЭБ «Консультант студента»

4.2.2. Дополнительная литература

№ п/п	Наименование	Автор (ы)	Год, место издания	Кол-во экземпляров в библиотеке	Наличие в ЭБС
1	2	3	4	5	6
1	Судебная медицина.	Пиголкин Ю.И.	М.: ГЭОТАР-	3	«Консультант

№ п/п	Наименование	Автор (ы)	Год, место издания	Кол-во экземпляров в библиотеке	Наличие в ЭБС
	Compendium: учебное пособие		Медиа, 2011		студента»
2	Атлас по судебной медицине	Пиголкин Ю.И.	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010	1	«Консультант студента»

Законодательные и нормативно-правовые документы в соответствии с профилем дисциплины

- Федеральный закон «О государственной судебно-экспертной деятельности в Российской Федерации» № 73-ФЗ от 31 мая 2001 года.
- Приказ Минздравсоцразвития России от 12.05.2010 № 346н «Об утверждении порядка организации и производства судебно-медицинских экспертиз в государственных судебно-экспертных учреждениях Российской Федерации».
- Приказ Минздравсоцразвития России от 24.04.2008 № 194н "Об утверждении медицинских критериев определения степени тяжести вреда причиненного здоровью человека».
- Постановление Правительства РФ от 17 августа 2007 г. № 522 «Об утверждении правил определения степени тяжести вреда причиненного здоровью человека».

Раздел 2. Танатология

Темы:

2.1. Танатология. Демонстрационное исследование трупа.

2.2. Танатология. Самостоятельное исследование трупа.

Цель: подготовка квалифицированного врача, обладающего системой общекультурных и профессиональных компетенций, способного и готового для самостоятельной профессиональной деятельности по специальности «Лечебное дело».

Задачи:

- сформировать обширный объем базовых, фундаментальных медицинских знаний судебно-медицинской танатологии, формирующих профессиональные компетенции врача, способного успешно решать свои профессиональные задачи.
- сформировать особенности определения факта и давности наступления смерти, регистрацию трупных явлений, суправитальных реакций, повреждений при осмотре трупа на месте происшествия;
 - изучить особенности описания ранних и поздних трупных явлений;
 - подготовить специалиста, умеющего провести дифференциально-диагностический поиск, оказать в полном объеме помощь судебным и следственным органам, способного успешно решать свои профессиональные задачи;
 - изучить особенности формулировки судебно-медицинского диагноза и правил заполнения медицинского свидетельства о смерти.

Обучающийся должен знать:

1. динамику процесса умирания организма;
2. правила констатации смерти;
3. достоверные и вероятные признаки смерти;
4. особенности фиксации ранних и поздних трупных явлений;
5. определение давности наступления смерти;
6. причины смерти при механической травме;
7. особенности формулировки судебно-медицинского диагноза и правила заполнения медицинского свидетельства о смерти.

Обучающийся должен уметь:

- давать оценку динамики процесса умирания организма;

- констатировать факт смерти;
- выявлять ранние и поздние трупные явления;
- определять давности наступления смерти;
- устанавливать причину смерти при механической травме.

Обучающийся должен владеть:

- методами оценки констатации факта смерти;
- правилами описания ранних и поздних трупных явлений;
- устанавливать давность наступления смерти;
- устанавливать причину смерти при механической травме;
- особенностями формулировки судебно-медицинского диагноза и правилами заполнения медицинского свидетельства о смерти.

Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:

1. Ответить на вопросы по теме занятия.

- | | | | |
|----|----------------------------------|----------|----------|
| 1. | Динамика | процесса | умирания |
| | организма. | | |
| 2. | Правила констатации смерти. | | |
| 3. | Достоверные и вероятные признаки | | |
| | смерти. | | |
| 4. | Особенности фиксации ранних и | | |
| | поздних трупных явлений. | | |
| 5. | Определение давности наступления | | |
| | смерти. | | |
| 6. | Причины смерти при механической | | |
| | травме. | | |

2. Практическая работа.

Выполнение практических заданий: разборы случаев из практики, судебно-медицинское исследование трупа, решение ситуационных задач, тестовых заданий, отработка практических навыков:

- Проведение исследования ранних трупных явлений;
- Проведение исследования поздних трупных явлений;
- Фиксация достоверных признаков смерти на трупе;
- Установление причины смерти при проведении судебно-медицинского исследования трупа;
- Интерпретация дополнительных лабораторных методов исследования.

3. Решить ситуационные задачи:

1) Алгоритм разбора задач. Пример задачи с разбором по алгоритму.

Труп неизвестного мужчины обнаружен на чердаке дома. На шее трупа обнаружена петля из капронового шпагата. При исследовании трупа установлено: на шее трупа в верхней трети одиночная, замкнутая, косовосходящая, неравномерно выраженная, пергаментированная странгуляционная борозда с кровоизлияниями в мягких тканях; кровоизлияния в области прикрепления грудино-ключично-сосцевидных мышц к груди (признак Вальхера); выраженная разность концентрации глюкозы из синусов твердой оболочки головного мозга и бедренной вены (2,9 раза); интенсивная синюшно-фиолетовая окраска и разлитой характер трупных пятен; циркулярное расположение трупных пятен в области голени, бедер, предплечий и кистей; синюшность лица; точечные кровоизлияния в соединительнотканых оболочках глаз; точечные кровоизлияния под висцеральной плеврой (пятна Тардье); жидкое состояние крови.

1. Установить и обосновать причину смерти.
2. Сформулировать судебно-медицинский диагноз.

Эталон ответа:

Для документации судебно-медицинского диагноза необходимо учитывать следующие данные:

1. Обстоятельства происшествия (обнаружение трупа неизвестного мужчины на чердаке дома в петле).

2. Данные наружного исследование трупа: на шее трупа в верхней трети одиночная, замкнутая, косовосходящая, неравномерно выраженная, пергаментированная странгуляционная борозда с кровоизлияниями в мягких тканях шеи. Морфологические особенности странгуляционной борозды свидетельствуют о сдавлении шеи петлей при повешении. Интенсивная синюшно-фиолетовая окраска и разлитой характер трупных пятен; синюшность лица; точечные кровоизлияния в соединительнотканых оболочках глаз свидетельствуют о наступлении смерти от асфиксии. Циркулярное расположение трупных пятен в области голеней, бедер, предплечий и кистей указывает на длительное нахождение трупа в вертикальном положении.

3. Данные внутреннего исследование трупа: кровоизлияния в области прикрепления грудино-ключично-сосцевидных мышц к груди (признак Вальхера); точечные кровоизлияния под висцеральной плеврой (пятна Тардье); жидкое состояние крови являются общеасфиксическими признаками. Выраженная разность концентрации глюкозы из синусов твердой оболочки головного мозга и бедренной вены (в 2,9 раза) указывает на наличие странгуляционной асфиксии.

Таким образом, смерть наступила в результате механической странгуляционной асфиксии от сдавления органов шеи петлей при повешении. Учитывая данные осмотра места происшествия, результаты наружного и внутреннего исследования трупа, результаты судебно-биохимического исследования, установлен судебно-медицинский диагноз:

Основной: механическая странгуляционная асфиксия от сдавления органов шеи петлей при повешении - на шее трупа в верхней трети одиночная, замкнутая, косовосходящая, неравномерно выраженная, пергаментированная странгуляционная борозда с кровоизлияниями в мягких тканях; кровоизлияния в области прикрепления грудино-ключично-сосцевидных мышц к груди (признак Вальхера); выраженная разность концентрации глюкозы из синусов твердой оболочки головного мозга и бедренной вены (2,9 раза); интенсивная синюшно-фиолетовая окраска и разлитой характер трупных пятен; циркулярное расположение трупных пятен в области голеней, бедер, предплечий и кистей; синюшность лица; точечные кровоизлияния в соединительнотканых оболочках глаз; точечные кровоизлияния под висцеральной плеврой (пятна Тардье); жидкое состояние крови.

3) Задачи для самостоятельного разбора на занятии

ЗАДАЧА № 1

Гр-н Э., 1 год, обнаружен в квартире. В соответствии с данными объяснения матери ребенка ребенок уснул лежа на животе, через час ребенка на диване не оказалось, он был обнаружен на полу между двумя диванами, расстояние между которыми было менее 15 см. Ребенок лежал на левом боку, левая рука лежала под туловищем, правая рука располагалась вдоль туловища сверху, голова была повернута влево, лицо обращено вниз. Под головой ребенка, возле стены на полу лежала мягкая игрушка. Ребенок лежал, не подавая признаков жизни, уткнувшись лицом в игрушку, голову он повернуть не мог ввиду небольшого расстояния между диванами. Согласно данным карты вызова скорой медицинской помощи смерть гр-на Э. констатирована от неизвестной причины до прибытия бригады скорой медицинской помощи.

При проведении наружного исследования трупа установлено: кровоизлияние в слизистую оболочку верхней губы по центру, диффузный розовато-синюшный оттенок лица.

При внутреннем исследовании трупа: очаговое кровоизлияние в стенке гортани слева, множественные кровоизлияния под лёгочной плеврой обоих лёгких и наружной оболочкой сердца; жидкое состояние крови в полостях сердца и крупных сосудов, интенсивная окраска и

разлитой характер трупных пятен.

По данным гистологического исследования: неравномерно выраженный отёк стромы миокарда, периваскулярный и перицеллюлярный отек головного мозга, очаговая острая альвеолярная эмфизема, альвеолярный отек и мелкоочаговые кровоизлияния в легком; венозное полнокровие сосудов внутренних органов и головного мозга.

1. Установить и обосновать причину смерти.
2. Сформулировать судебно-медицинский диагноз.

Эталон ответа:

Для документации судебно-медицинского диагноза необходимо учитывать следующие данные:

1. Обстоятельства происшествия: в соответствии с данными объяснения матери ребенка ребенок уснул лежа на животе, через час ребенка на диване не оказалось, он был обнаружен на полу между двумя диванами, расстояние между которыми было менее 15 см. Ребенок лежал на левом боку, левая рука лежала под туловищем, правая рука располагалась вдоль туловища сверху, голова была повернута влево, лицо обращено вниз. Под головой ребенка, возле стены на полу лежала мягкая игрушка. Ребенок лежал, не подавая признаков жизни, уткнувшись лицом в игрушку, голову он повернуть не мог, ввиду небольшого расстояния между диванами. Согласно данным карты вызова скорой медицинской помощи смерть гр-на Э. констатирована от неизвестной причины до прибытия бригады скорой медицинской помощи. Указанные обстоятельства соответствуют о возможном закрытии отверстий рта и носа.

2. Данные судебно-медицинского исследования трупа. При проведении наружного исследования трупа установлено: кровоизлияние в слизистую оболочку верхней губы по центру, диффузный розовато-синюшный оттенок лица. При внутреннем исследовании трупа: очаговое кровоизлияние в стенке гортани слева, множественные кровоизлияния под лёгочной плеврой обоих лёгких и наружной оболочкой сердца; жидкое состояние крови в полостях сердца и крупных сосудов, интенсивная окраска и разлитой характер трупных пятен.

3. Результаты судебно-гистологического исследования. По данным гистологического исследования: неравномерно выраженный отёк стромы миокарда, периваскулярный и перицеллюлярный отек головного мозга, очаговая острая альвеолярная эмфизема, альвеолярный отек и мелкоочаговые кровоизлияния в легком; венозное полнокровие сосудов внутренних органов и головного мозга.

На основании данных представленной медицинской карты стационарного больного, судебно-медицинского исследования трупа и дополнительных методов исследований установлен диагноз:

Основной: механическая обтурационная асфиксия от закрытия отверстий рта и носа эластичным предметом: кровоизлияние в слизистую и подслизистую оболочки верхней губы по центру (в проекции диастемы верхних первых зубов), диффузный розовато-синюшный оттенок лица, очаговое кровоизлияние в стенке гортани слева, множественные кровоизлияния под лёгочной плеврой обоих лёгких и наружной оболочкой сердца (эпикардом) (пятна Тардье); неравномерно выраженный отёк стромы миокарда, периваскулярный и перицеллюлярный отек головного мозга, очаговая острая альвеолярная эмфизема, альвеолярный отек и мелкоочаговые кровоизлияния в легком; венозное полнокровие сосудов внутренних органов и головного мозга, жидкое состояние крови в полостях сердца и крупных сосудов, интенсивная окраска и разлитой характер трупных пятен.

Таким образом, смерть гр-на Э., наступила в результате механической обтурационной асфиксии от закрытия отверстий рта и носа эластичным предметом, что подтверждается данными секционной картины и дополнительных лабораторных методов исследования.

4. Задания для групповой работы – те же, что и для индивидуальной
Варианты для групповой работы аналогичны вариантам для индивидуальной работы

Самостоятельная внеаудиторная работа обучающихся по теме:

1) Ознакомиться с теоретическим материалом по теме занятия с использованием конспектов лекций и/или рекомендуемой учебной литературы.

2) Ответить на вопросы для самоконтроля:

1. Динамика процесса умирания организма.
2. Правила констатации смерти.
3. Достоверные и вероятные признаки смерти.
4. Особенности фиксации ранних и поздних трупных явлений.
5. Определение давности наступления смерти.
6. Причины смерти при механической травме.
7. Особенности формулировки судебно-медицинского диагноза и правила заполнения медицинского свидетельства о смерти.

3) Проверить свои знания с использованием тестового контроля

1. Выделяют следующие категории смерти:

- а) ненасильственная*
- б) убийство
- в) самоубийство
- г) насильственная*

2. Выделяют следующие рода смерти:

- а) ненасильственная
- б) убийство*
- в) самоубийство*
- г) несчастный случай*

3. К ориентировочным (вероятностным) признакам наступления смерти относят:

- а) отсутствие сознания*
- б) трупное окоченение
- в) отсутствие реакции на болевые и обонятельные раздражители*
- г) трупные пятна

4. Виды насильственной смерти:

- а) убийство
- б) самоубийство
- в) действие крайних температур*
- г) отравление*

5. Объективными признаками биологической смерти являются:

- а) трупные пятна*
- б) понижение температуры тела до 23 градусов*
- в) отсутствие реакции зрачков на свет
- г) трупное окоченение*

6. К ранним трупным изменениям относятся:

- а) трупное высыхание*
- б) трупное охлаждение*
- в) трупные пятна*
- г) торфяное дубление

7. К поздним трупным изменениям относятся:

- а) гниение*
- б) аутолиз

- в) мумификация*
- г) образование жировоска*

8. Признаки трупного высыхания обнаруживаются в:

- а) переходной кайме губ*
- б) мошонке*
- в) слизистой оболочке полости рта

9. Терминальное состояние характеризуется:

- а) Критическим падением артериального давления*
- 2) Нарушением выделительной функции*
- 3) Глубоким нарушением газообмена*
- 4) Нарушением метаболизма*

10. В условиях комнатной температуры трупные пятна обнаруживаются в среднем:

- а) в первые 30-40 минут после наступления смерти
- б) через 2-4 часа после наступления смерти*
- в) через 7-12 часов после наступления смерти
- в) через 18-24 часа после наступления смерти

11. В условиях высокой (32-40 градусов по Цельсию) температуры трупные пятна обнаруживаются в среднем:

- а) в первые 30-40 минут наступления смерти*
- б) через 2-4 часа после наступления смерти
- в) через 7-12 часов после наступления смерти
- г) через 18-24 часа после наступления смерти

12. В первые часы после наступления смерти в условиях комнатной температуры, температура трупа:

- а) снижается*
- б) остается без изменений
- в) повышается при некоторых видах смерти*

13. Трупы новорожденных детей по сравнению с трупами взрослых людей:

- а) охлаждаются медленнее
- б) охлаждаются в одинаковой степени
- в) охлаждаются быстрее*

14. Идиомускулярная опухоль вызывается в скелетной мышце трупа в условиях комнатной температуры:

- а) в пределах 9-10 часов после наступления смерти*
- б) 10-13 часов после наступления смерти
- в) 13-18 часов после наступления смерти
- г) 18-24 часа после наступления смерти

15. К условиям окружающей среды, способствующим мумификации трупа относятся:

- а) повышенная температура*
- б) хорошая аэрация*
- в) влажная, плотная почва
- г) сухая, пористая почва*

16. Наличие трупных пятен на разных поверхностях тела и в разных стадиях развития позволяет определить:

- а) давность наступления смерти
- б) факт изменения позы трупа*
- в) сроки изменения позы трупа*
- г) факт наступления смерти

17. Суправитальные реакции органов и тканей, имеющие экспертное значение для определения давности смерти:

- а) реакция зрачка на свет
- б) подвижность сперматозоидов
- в) механическая возбудимость мышц*
- г) электрическая возбудимость мышц*

18. Внешними наружными проявлениями гнилостных процессов на трупе являются:

- а) зеленая окраска кожных покровов*
- б) пятна Ларше
- в) гнилостная венозная сеть*
- г) гнилостные пузыри с жидкостью*

19. К условиям окружающей среды, способствующим развитию жировоска относятся:

- а) недостаток или отсутствие аэрации*
- б) сухая пористая почва
- в) глинистая, влажная почва*
- г) хорошая аэрация

20. Признаком длительного агонального периода является:

- а) желтовато-белые свертки крови в полостях сердца и сосудов*
- б) красные свертки крови в полостях сердца и сосудов
- в) жидкое состояние крови

21. Средняя продолжительность периода клинической смерти составляет:

- а) 5-6 минут*
- б) 3-5 минут
- в) 5-10 минут
- г) 10-20 минут

22. К видам ненасильственной смерти относятся:

- а) от заболеваний сердечно-сосудистой системы*
- б) от механической асфиксии
- в) от инфекционных заболеваний*
- г) от механических повреждений

23. На скорость охлаждения трупа влияет:

- а) выраженность подкожного жирового слоя*
- б) характер одежды*
- в) масса тела*
- г) температура окружающей среды*

24. После наступления смерти температура тела может повышаться при:

- а) столбняке*
- б) отравлениях*
- в) сепсисе*
- г) сыпном тифе*

25. Охлаждение трупа в первую очередь отмечается:
- а) в области кистей и лица*
 - б) в паховых областях
 - в) в подмышечных областях
26. Локализация трупных пятен зависит от:
- а) положения тела трупа*
 - б) температуры воздуха
 - в) причины смерти
27. Степень выраженности трупных пятен зависит от:
- а) причины смерти*
 - б) положения тела трупа
 - в) длительности агонального периода*
28. В стадии гипостаза трупные пятна при надавливании:
- а) исчезают*
 - б) бледнеют
 - в) не бледнеют
29. В стадии диффузии (стаза) трупные пятна при надавливании:
- а) исчезают
 - б) бледнеют*
 - в) не бледнеют
30. В стадии имбибии трупные пятна при надавливании:
- а) исчезают
 - б) бледнеют
 - в) не бледнеют*
31. Трупное окоченение при комнатной температуре разрешается:
- а) к концу 2-х – началу 3-х суток*
 - б) через 1 сутки
 - в) через 3-5 суток
 - г) через 5-10 суток
32. Трупное окоченение развивается быстрее при:
- а) повышенной температуре окружающей среды*
 - б) сухом воздухе*
 - в) пониженной температуре окружающей среды
 - г) влажном воздухе
33. Хорошо развитая мускулатура трупа способствует:
- а) замедлению развития трупного окоченения
 - б) ускорению развития трупного окоченения*
 - в) не влияет на скорость развития трупного окоченения
34. Каталептическое трупное окоченение может возникать в случае:
- а) когда смерти предшествовали резкие судороги*
 - б) при повреждении продолговатого мозга*
 - в) при механической асфиксии
 - б) при скоропостижной смерти

35. Трупное окоченение показывает

- а) факт наступления смерти*
- б) давность наступления смерти*
- в) прижизненную позу человека*

36. Посмертное подсыхание роговиц глаз носит название:

- а) пятен Лярше*
- б) пятен Тардые
- в) пятен Пальтауфа-Лукомского-Рассказова

37. Участки посмертного высыхания с поврежденным эпидермисом носят название:

- а) пергаментных пятен*
- б) ссадин
- в) кровоподтеков

38. Аутолиз связан с:

- а) дезорганизацией ферментных систем*
- б) разложением органических веществ под действием микроорганизмов
- в) распадом органических веществ под действием ферментных систем и микроорганизмов

39. Процесс гниения происходит за счет:

- а) дезорганизацией ферментных систем
- б) разложением органических веществ под действием микроорганизмов*
- в) распадом органических веществ под действием ферментных систем и микроорганизмов

40. Наиболее интенсивно развивается под воздействием микроорганизмов, относящихся к группе:

- а) аэробов*
- б) анаэробов

41. Наиболее оптимальные условия для гниения трупа создаются при температуре окружающей среды:

- а) 20-30 градусов
- б) 30-40 градусов*
- в) 40-50 градусов
- г) свыше 50 градусов

42. Наиболее быстро гниение развивается:

- а) на воздухе*
- б) в воде
- в) в почве

43. Гниение обычно начинается:

- а) в сердце
- б) в печени
- в) в почках
- г) в толстом кишечнике*

44. Трупная зелень вначале появляется:

- а) в подвздошных областях*
- б) в поясничной области

- в) в области лица
- г) в области груди

45. Трупная зелень при комнатной температуре начинает появляться через:

- а) 1 день
- б) 1-3 дня
- в) 3-5 дней
- г) 5-10 дней

46. Гнилостная венозная сеть при комнатной температуре появляется на:

- а) 1-2 день
- б) 3-4 день*
- в) 5-7 день
- г) 7-10 день

47. Мумификация трупа взрослого человека наступает не ранее, чем через:

- а) 3 месяца
- б) 6-12 месяцев*
- в) 1-2 года
- г) 3-4 года

48. Стадия гипостаза трупных пятен продолжается до :

- а) 12-14 часов*
- б) 14-24 часа
- в) 24-36 часов

49. Стадия гипостаза трупных пятен продолжается:

- а) 12-14 часов
- б) 14-24 часа*
- в) 24-36 часов

50. Стадия имбибиции наступает после:

- а) 12-14 часов
- б) 14-24 часа
- в) 24 часов
- г) 48 часов*

51. Наибольшее развитие трупного окоченения наблюдается через:

- а) 5 часов
- б) 10 часов
- в) 24 часа*
- г) 48 часов

52. При введении 1% раствора атропина или пилокарпина наблюдается реакция зрачка в течение:

- а) 10 часов
- б) 24 часов*
- в) 48 часов
- г) до 5 суток

53. При введении 1% раствора атропина наблюдается:

- а) расширение зрачка*
- б) сужение зрачка

54. При введении 1% раствора пилокарпина наблюдается:

- а) расширение зрачка
- б) сужение зрачка*

55. Мумификация трупа новорожденного может наступить через:

- а) 1 месяц
- б) 3-4 месяца*
- в) 6-12 месяцев

56. Начало образования жировоска в трупе взрослого субъекта может наблюдаться через:

- а) 1 месяц
- б) 2-3 месяца*
- в) 6-12 месяцев
- г) свыше 12 месяцев

57. Поводами для судебно-медицинской экспертизы (исследования) трупа являются:

- а) насильственная смерть*
- б) скоропостижная смерть*
- в) неизвестная причина смерти*
- г) обнаружение трупов неизвестных лиц при случайных обстоятельствах*

58. При судебно-медицинском исследовании трупа на лабораторные исследования направляют:

- а) кровь и мочу для определения содержания этанола*
- б) кусочки внутренних органов для гистологического исследования*
- в) органы и ткани для определения наличия и количественного содержания отравляющих веществ*
- г) кровь для определения антигенной принадлежности*

59. В понятие «терминальное состояние» входят:

- а) тяжелые формы шока*
- б) предагональное состояние *
- в) терминальная пауза*
- г) агония и клиническая смерть*

60. Первым этапом умирания является:

- а) предагональное состояние*
- б) терминальная пауза
- в) агональный период
- г) клиническая смерть

61. Вторым этапом умирания является:

- а) предагональное состояние
- б) терминальная пауза*
- в) агональный период
- г) клиническая смерть

62. Третьим этапом умирания является:

- а) предагональное состояние
- б) терминальная пауза
- в) агональный период*
- г) клиническая смерть

63. Для предагонального состояния характерно:

- а) угнетение*
- б) возбуждение
- в) слабая реакция на внешние раздражители*
- г) ослабление рефлексов*

64. Для терминальной паузы характерно:

- а) отсутствие сознания*
- б) возбуждение
- в) остановка дыхания*
- г) отсутствие пульса*

65. Для агонального периода характерно

- а) отсутствие сознания*
- б) судороги*
- в) остановка дыхания
- г) отсутствие пульса

66. Признаками быстро наступившей смерти являются:

- а) жидкое состояние крови*
- б) кровоизлияния под серозные оболочки*
- в) разлитой характер трупных пятен*
- г) белесовато-красные свертки в полостях сердца и сосудов

67. Принципами построения судебно-медицинского диагноза являются:

- а) нозологический*
- б) структурная завершенность*
- в) отражение локализации, травмы*
- г) документация нозологической единицы*

68. Основным документом судебно-медицинского эксперта является:

- а) заключение эксперта*
- б) медицинское свидетельство о смерти
- в) медицинская карта стационарного больного

69. Во вводной части заключения эксперта указывается:

- а) основание проведения экспертизы
- б) длина тела трупа
- в) вопросы, поставленные на разрешение*
- г) стаж работы судебно-медицинского эксперта*

70. В исследовательской части заключения эксперта указывается:

- а) основание проведения экспертизы
- б) описание исследования объекта*
- в) вопросы, поставленные на разрешение
- г) выводы

71. В заключительной части заключения эксперта указывается:

- а) права и обязанности эксперта
- б) описание исследования объекта
- в) вопросы, поставленные на разрешение
- г) выводы*

72. Акт судебно-медицинского исследования трупа составляется на основании:

- а) постановления о назначении экспертизы
- б) письменного направления органа дознания, следователя

73. Судебно-медицинский диагноз включает в себя:

- а) основное заболевание*
- б) осложнение основного заболевания*
- в) сопутствующие заболевания*
- г) выводы

74. Конкурирующими называются:

- а) два заболевания, каждое из которых могло привести к смерти*
- б) такие заболевания, каждое из которых не является причиной смерти, но в совокупности отягощают течение друг друга и ведут к смерти
- в) заболевания, которые сыграли существенную роль в возникновении и неблагоприятном течении основного заболевания и способствовали возникновению осложнений

75. Сочетанными называются:

- а) два заболевания, каждое из которых могло привести к смерти
- б) такие заболевания, каждое из которых не является причиной смерти, но в совокупности отягощают течение друг друга и ведут к смерти*
- в) заболевания, которые сыграли существенную роль в возникновении и неблагоприятном течении основного заболевания и способствовали возникновению осложнений

76. Фоновыми называются:

- а) два заболевания, каждое из которых могло привести к смерти
- б) такие заболевания, каждое из которых не является причиной смерти, но в совокупности отягощают течение друг друга и ведут к смерти
- в) заболевания, которые сыграли существенную роль в возникновении и неблагоприятном течении основного заболевания и способствовали возникновению осложнений*

77. При наружном исследовании трупа описываются:

- а) одежда трупа*
- б) длина тела, телосложение, питание*
- в) кожные покровы, трупные явления*
- г) внутренние органы

78. При внутреннем исследовании трупа описывается:

- а) трупные пятна
- б) головной мозг*
- в) сердце*
- г) трупное окоченение

79. При описании сердца указывают:

- а) размеры*
- б) массу*
- в) содержимое полостей*
- г) толщину желудочков*

80. Повторное исследование трупа может производиться

- а) до захоронения*
- б) после захоронения*

81. Извлечение из могилы захороненного трупа называется:

- а) эксгумация*
- б) осмотр места происшествия
- в) повторная экспертиза
- г) заключение эксперта

82. При проведении эксгумации составляется:

- а) протокол эксгумации*
- б) заключение эксперта
- в) акт судебно-медицинского исследования трупа

83. Протокол эксгумации составляет:

- а) судебно-медицинский эксперт
- б) следователь*
- в) судья

84. Протокол эксгумации подписывается:

- а) следователем и судебно-медицинским экспертом
- б) следователем и техническими работниками кладбищ
- в) всеми присутствовавшими лицами*

85. Аутопсия лиц, умерших в лечебных учреждениях, характеризуется:

- а) значительными изменениями картины повреждений*
- б) трудности судебно-медицинской диагностики повреждений*
- в) наличием дополнительных повреждений, причиненных при проведении медицинских манипуляций *
- г) значительной сложностью исследований*

86. При судебно-медицинском исследовании трупов, умерших в лечебных учреждениях, необходимо:

- а) предварительно ознакомиться с медицинской документацией*
- б) пригласить лечащих врачей*
- в) вносить в заключение эксперта данные медицинских документов*

87. Взятие материала на судебно-гистологическое исследование производится:

- а) во всех случаях*
- б) по усмотрению эксперта

88. Взятие материала на судебно-химическое исследование производится:

- а) во всех случаях*
- б) по усмотрению эксперта

89. Кровь на судебно-химическое исследование изымают:

- а) из бедренной вены*
- б) из полостей сердца
- в) из полостей трупа

90. Изъятие материала на судебно-гистологическое исследование производится:

- а) секционным ножом*

- б) ножницами
- в) кусачками

91. Общая танатология изучает:

а) изучает общие закономерности процесса умирания, трупные изменения и их зависимость от внешней среды, особенности исследования трупа для определения причины смерти и т.д.*

б) рассматривает особенности умирания при различных заболеваниях, повреждениях, отравлениях и других причинах смерти*

92. В зависимости от причин, обуславливающих наступление смерти, у высших животных и человека различают:

а) смерть естественную (физиологическую), наступающую в результате длительного, последовательно развивающегося угасания основных жизненных отправления организма*

б) смерть преждевременную (патологическую), вызываемую болезненными состояниями организма, поражениями жизненно важных органов (мозга, сердца, легких и др.). Преждевременная смерть может быть скоропостижной, т. е. наступить в течение нескольких минут и даже секунд на фоне кажущегося здоровья (инфаркт, инсульт)*

93. терминальные состояние имеют следующие особенности:

а) предшествуют наступлению смерти*

б) могут продолжаться от нескольких минут до часов и даже суток*

в) происходят патофункциональные изменения, в основе которых лежат нарастающая гипоксия всех тканей, ацидоз и интоксикация токсическими продуктами нарушенного обмена*

94. Во время терминальных состояний происходит нарушение функций:

а) сердечно-сосудистой системы*

б) дыхательной системы*

в) центральной нервной системы*

г) метаболизма*

95. В зависимости от выраженности терминальных состояний и продолжительности терминального периода выделяют темпы наступления смерти:

а) агональная смерть*

б) острая смерть*

в) насильственная смерть

96. Признаки агональной смерти:

а) слабо выраженные, бледные трупные пятна*

б) слабая выраженность трупного окоченения*

в) белые свертки в полостях сердца*

г) жидкое состояние крови

97. Убийство – это:

а) смерть от воздействия внешних факторов посредством посторонней руки *

б) действие внешнего фактора направлено на самого себя

в) стечение неблагоприятных условий, ведущих к причинению повреждений и наступлению смерти.

98. Самоубийство – это:

а) смерть от воздействия внешних факторов посредством посторонней руки

б) действие внешнего фактора направлено на самого себя*

в) стечение неблагоприятных условий, ведущих к причинению повреждений и

наступлению смерти.

99. Несчастный случай – это:

- а) смерть от воздействия внешних факторов посредством посторонней руки
- б) действие внешнего фактора направлено на самого себя
- в) стечение неблагоприятных условий, ведущих к причинению повреждений и наступлению смерти*

100. Виды насильственной смерти:

- а) от механических повреждений*
- б) от механической асфиксии*
- в) от отравлений*
- г) от действия крайних температур*

Рекомендуемая литература:

4.2.1. Основная литература

№ п/п	Наименование	Автор (ы)	Год, место издания	Кол-во экземпляров в библиотеке	Наличие в ЭБС
1	2	3	4	5	6
1	Судебная медицина и судебно-медицинская экспертиза: нац. руководство	Пиголкин Ю.И. и др.	М.: ГЭОТАР-МЕД, 2014	3 экз.	ЭБ «Консультант врача»
2	Судебная медицина в схемах и рисунках: учебное пособие	Пашинян Г.А.	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008	72 экз.	ЭБ «Консультант студента»

4.2.2. Дополнительная литература

№ п/п	Наименование	Автор (ы)	Год, место издания	Кол-во экземпляров в библиотеке	Наличие в ЭБС
1	2	3	4	5	6
1	Судебная медицина. Compendium: учебное пособие	Пиголкин Ю.И.	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011	3	ЭБ «Консультант студента»
2	Атлас по судебной медицине	Пиголкин Ю.И.	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010	1	ЭБ «Консультант студента»

Законодательные и нормативно-правовые документы в соответствии с профилем дисциплины

- Федеральный закон «О государственной судебно-экспертной деятельности в Российской Федерации» № 73-ФЗ от 31 мая 2001 года.
- Приказ Минздравсоцразвития России от 12.05.2010 № 346н «Об утверждении порядка организации и производства судебно-медицинских экспертиз в государственных судебно-экспертных учреждениях Российской Федерации».
- Приказ Минздравсоцразвития России от 24.04.2008 № 194н "Об утверждении медицинских критериев определения степени тяжести вреда, причиненного здоровью человека».
- Постановление Правительства РФ от 17 августа 2007 г. № 522 «Об утверждении правил определения степени тяжести вреда причиненного здоровью человека».

Раздел 3. Экспертиза живых лиц

Темы:

3.1. Экспертиза живых лиц. Часть 1.

3.2. Экспертиза живых лиц. Часть 2.

Цель: подготовка квалифицированного специалиста врача, обладающего системой общекультурных и профессиональных компетенций, способного и готового для самостоятельной профессиональной деятельности по специальности «Лечебное дело»

Задачи:

- сформировать обширный объем базовых, фундаментальных медицинских знаний судебно-медицинской экспертизы потерпевших, обвиняемых и других лиц, формирующих профессиональные компетенции врача, способного успешно решать свои профессиональные задачи.

- сформировать понятия о поводах и организации судебно-медицинской экспертизы живых лиц:

- изучить юридическую классификацию повреждений, понятия о побоях мучениях, истязаниях;

- освоить критерии определения степени тяжести вреда причиненного здоровью человека;
- изучить особенности экспертизы половых состояний: установления пола, способности к оплодотворению, беременности и родам, установление бывших родов, аборта;
- изучить правила оформления судебно-медицинской документации при экспертизе живых лиц;
- изучить алгоритм описания повреждений.

Обучающийся должен знать:

- поводы и организацию судебно-медицинской экспертизы живых лиц;
- юридическую классификацию повреждений, понятия о побоях мучениях, истязаниях;
- критерии определения степени тяжести вреда причиненного здоровью человека;
- особенности экспертизы половых состояний: установления пола, способности к оплодотворению, беременности и родам, установление бывших родов, аборта;
- правила оформления судебно-медицинской документации при экспертизе живых лиц;
- алгоритм описания повреждений.

Обучающийся должен уметь:

- давать оценку морфологических особенностей повреждений;
- определять степень тяжести вреда причиненного здоровью человека;
- устанавливая степень утраты общей трудоспособности;
- проводить экспертизу при половых преступлениях и спорных половых состояниях;
- оформлять судебно-медицинскую документацию.

Обучающийся должен владеть:

- методами оценки морфологических особенностей повреждений;
- правилами описания повреждений;
- устанавливая степень тяжести вреда причиненного здоровью человека;
- правилами оформления судебно-медицинской документации.

Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:

1. Ответить на вопросы по теме занятия.

1. Поводы и организация проведения экспертизы. Экспертиза и освидетельствование: структура документации. Юридическая квалификация повреждений (ст.ст. 111,112,115,116,117 УК РФ). Понятие о побоях, мучениях, истязании.
2. Критерии тяжести вреда здоровью и правила определения.
3. Вопросы половых состояний: установление пола, способности к оплодотворению, беременности и родам, установление бывших родов, аборта.
4. Экспертиза при преступлениях против половой неприкосновенности личности: изнасилование, развратные действия.

5. Алгоритм описания повреждений (кровоподтеки, ссадины, раны), их судебно-медицинское значение. Методика осмотра потерпевших.
6. Демонстрационное освидетельствование потерпевших; самостоятельное освидетельствование потерпевших и изучение медицинской документации с оформлением Акта судебно-медицинского освидетельствования.

2. Практическая работа.

Выполнение практических заданий: разборы случаев из практики, судебно-медицинская экспертиза потерпевших, обвиняемых, решение ситуационных задач, тестовых заданий, отработка практических навыков:

- Описание кровоподтеков, ран, ссадин;
- Определение степени тяжести вреда причиненного здоровью человека;
- Экспертиза при половых преступлениях и спорных половых состояниях;
- Оформление заключения эксперта и выводов под контролем преподавателя.

3. Решить ситуационные задачи:

ЗАДАЧА № 1

Гр-н Е., 44 лет. 03 января во дворе дома подросток бросил куском льда в лицо. Данные освидетельствования 08 января: в центре лба на 4 см выше переносицы овальная ссадина, 3x2 см, покрытая плотной темно-бурой корочкой, слегка отслаивающейся по периферии. На верхних веках обоих глаз распространенные багрово-синие кровоподтеки с желтоватым оттенком в верхней части.

1. Установить и обосновать причину смерти.
2. Сформулировать судебно-медицинский диагноз.

Эталон ответа:

1. Установлены повреждения - кровоподтек в лобной области по центру и на веках глаз, ссадина в лобной области по центру.
2. Данные повреждения квалифицируются как не причинившие вреда здоровью в соответствии с пунктом 9 Приказа Министерства здравоохранения и социального развития РФ № 194н от 24 апреля 2008 года «Об утверждении медицинских критериев определения степени тяжести вреда, причиненного здоровью человека» Без вреда здоровью. Данные повреждения образовались в результате ударного воздействия твердого тупого предмета с ограниченной травмирующей поверхностью.

ЗАДАЧА № 2

Гр-н М., 29 лет, вечером был ограблен и избит на улице. Оказал сопротивление нападавшим, которые во время драки ударили ножом в правую голень. Самостоятельно дошел домой. Через 1 час резко отекала правая голень. Вызванной машиной скорой помощи доставлен в больницу. Из истории болезни: при поступлении жалуется на боли и резкий отек правой голени. Пульс 92 в 1 минуту. Артериальное давление 120/70 мм рт.ст. На передней поверхности правой голени в средней трети косо расположенная рана линейной формы с ровными краями 1,5x1 см. Рана не кровоточит. Окружность правой голени на 7 см больше левой. Пульс на тыле правой стопы отсутствует. Под местной анестезией произведена первичная хирургическая обработка раны голени. После рассечения раны (для ревизии) опорожнилась гематома около 150 мл, началось артериальное кровотечение. Обнаружено повреждение (пересечение) передней большеберцовой артерии, которая перевязана. Наложены швы, которые сняты через 10 дней. Трудоспособен через 4 недели. Клинический диагноз: ножевое ранение правой голени с повреждением большеберцовой артерии без массивной кровопотери.

1. Какие повреждения установлены?
2. Каков механизм образования повреждений?
3. Какова степень тяжести вреда здоровью?

Эталон ответа:

У гр-на М. 29 лет, установлено повреждение: колото-резаное ранение правой голени с повреждением передней большеберцовой артерии. Данное повреждение квалифицируется как причинившее средней тяжести вред здоровью в соответствии с пунктом 7.1 Приказа Министерства здравоохранения и социального развития РФ № 194н от 24 апреля 2008 года «Об утверждении медицинских критериев определения степени тяжести вреда, причиненного здоровью человека» по признаку длительного расстройства здоровья на срок более 21 дня. Данное повреждение образовалось в результате ударного воздействия плоского колюще-режущего орудия.

ЗАДАЧА № 3

Гр-н Д., 37 лет. 5/ХП в троллейбусе пьяный мужчина ударил кулаком по правому уху. Обратился к отоларингологу 6/ХП. Из амбулаторной карты известно, что 6/ХП при осмотре на правой ушной раковине распространенный темно-синюшный кровоподтек. В слуховом проходе темно-красные свертки крови. На барабанной перепонке имеется посттравматическая перфорация с неровными кровоподтечными краями. При обследовании слух почти полностью отсутствует. Диагноз: травматический отит. Находился на амбулаторном лечении до 2/1, явления острого воспаления постепенно стихли, слух на правое ухо не восстановился. Слух на левое ухо сохранен. Данные освидетельствования 10/1. Правое ухо: перфорация барабанной перепонки затянута грубым рубцом. Образовались спайки с внутренней стенкой барабанной полости. На аудиограмме резкое снижение слуха по типу нарушения звукопроводящей системы. Воспринимает крик ушной раковины. Слух на левое ухо сохранен. Диагноз: адгезивный правосторонний отит.

1. Какие повреждения установлены?
2. Каков механизм образования повреждений?
3. Какова степень тяжести вреда здоровью?

Эталон ответа:

У гр-на Д., 37 лет. установлено повреждение: посттравматическая перфорация барабанной перепонки справа. Данные повреждения квалифицируются как причинившие средней тяжести вред здоровью в соответствии с пунктом 7.2 Приказа Министерства здравоохранения и социального развития РФ № 194н от 24 апреля 2008 года «Об утверждении медицинских критериев определения степени тяжести вреда, причиненного здоровью человека» по признаку значительной стойкой утраты общей трудоспособности в размере 25%. Данные повреждения образовались в результате ударного воздействия твердого тупого предмета с ограниченной травмирующей поверхностью.

4. Задания для групповой работы – те же, что и для индивидуальной
Варианты для групповой работы аналогичны вариантам для индивидуальной работы

Самостоятельная внеаудиторная работа обучающихся по теме:

1) *Ознакомиться с теоретическим материалом по теме занятия с использованием конспектов лекций и/или рекомендуемой учебной литературы.*

2) *Ответить на вопросы для самоконтроля:*

1. Поводы и организация проведения экспертизы. Экспертиза и освидетельствование: структура документации. Юридическая квалификация повреждений (ст.ст. 111,112,115,116,117 УК РФ). Понятие о побоях, мучениях, истязании.
2. Критерии тяжести вреда здоровью и правила определения.
3. Вопросы половых состояний: установление пола, способности к оплодотворению, беременности и родам, установление бывших родов, аборта.
4. Экспертиза при преступлениях против половой неприкосновенности личности: изнасилование, развратные действия.
5. Алгоритм описания повреждений (кровоподтеки, ссадины, раны), их судебно-медицинское значение. Методика осмотра потерпевших.

6. Демонстрационное освидетельствование потерпевших; самостоятельное освидетельствование потерпевших и изучение медицинской документации с оформлением Акта судебно-медицинского освидетельствования.

3) Проверить свои знания с использованием тестового контроля

1. В соответствии со статьей 111 УК РФ предусмотрены следующие виды вреда здоровью:

- 1) вред здоровью, опасный для жизни человека
- 2) вред здоровью, повлекший за собой потерю зрения, речи, слуха либо какого-либо органа или утрату органом его функций
- 3) вред здоровью, вызвавший значительную стойкую утрату общей трудоспособности не менее чем на одну треть
- 4) вред здоровью, вызвавший заведомо для виновного полную утрату профессиональной трудоспособности

2. Статья 112 УК РФ предусматривает следующие виды вреда здоровью:

- 1) вред здоровью, не опасный для жизни человека
- 2) вред здоровью, вызвавший длительное расстройство здоровья
- 3) вред здоровью, вызвавший значительную стойкую утрату общей трудоспособности менее чем на одну треть
- 4) вред здоровью, не опасный для жизни человека

3. Статья 115 УК РФ предусматривает следующие виды вреда здоровью:

- 1) вред здоровью, вызвавший кратковременное расстройство здоровья
- 2) вред здоровью, вызвавший незначительную стойкую утрату общей трудоспособности
- 3) вред здоровью, вызвавший длительное расстройство здоровья
- 4) вред здоровью, вызвавший значительную стойкую утрату общей трудоспособности менее чем на одну треть

4. Степень тяжести вреда, причиненного здоровью человека, определяется в:

- 1) в медицинских учреждениях государственной системы здравоохранения врачом судебно-медицинским экспертом
- 2) в учреждениях медико-социальной экспертизы
- 3) в медицинских учреждениях государственной системы здравоохранения врачом-патологоанатомом
- 4) органами следствия и дознания

5. К вреду здоровью, опасному для жизни человека, создающему непосредственную угрозу для жизни, относятся повреждения:

- 1) рана головы, проникающая в полость черепа, в том числе без повреждения головного мозга
- 2) сотрясение головного мозга
- 3) ушиб головного мозга легкой степени
- 4) ушиб головного мозга тяжелой степени

6. Рана шеи, проникающая в просвет гортани, квалифицируется как причинившая:

- 1) без вреда здоровью
- 2) легкий вред здоровью
- 3) средней тяжести вред здоровью
- 4) тяжкий вред здоровью

7. Резаная рана правого плеча, требующая ушивания, не вызвавшая развития угрожающего жизни состояния, квалифицируется как причинившая:

- 1) без вреда здоровью

- 2) легкий вред здоровью
- 3) средней тяжести вред здоровью
- 4) тяжкий вред здоровью

8. Сотрясение головного мозга квалифицируется как повреждение, причинившее легкий вред здоровью по признаку:

- 1) опасности для жизни
- 2) длительного расстройства здоровья на срок более 21 дня
- 3) кратковременного расстройства здоровья на срок менее 21 дня
- 4) незначительной стойко утраты общей трудоспособности менее 10%

9. Юридическими критериями средней тяжести вреда здоровью являются:

- 1) предотвращение смертельного исхода операции
- 2) отсутствие опасности для жизни
- 3) длительное расстройство здоровья
- 4) значительная стойкая утрата трудоспособности менее чем на 1/3

10. К опасным для жизни повреждениям относятся те, которые:

- 1) вызывают незначительные повреждения головного мозга
- 2) угрожают жизни в момент нанесения
- 3) при обычном течении заканчиваются смертью
- 4) для устранения которых необходима экстренная операция

11. К повреждениям, опасным для жизни, относятся:

- 1) открытые переломы костей свода и основания черепа
- 2) переломы костей лицевого черепа
- 3) проникающие ранения черепа
- 4) закрытые переломы костей голени

12. К повреждениям, опасным для жизни, относятся:

- 1) шок легкой степени
- 2) проникающие ранения глотки, гортани
- 3) потеря зрения, слуха
- 4) проникающие ранения трахеи, пищевода

13. К повреждениям, опасным для жизни, относят:

- 1) термические ожоги 2 степени, затрагивающие 20% поверхности тела
- 2) шок тяжелой степени
- 3) кровопотерю, вызвавшую коллапс
- 4) жировую и воздушную эмболии

14. Под потерей производительной способности понимают

- 1) потерю способности к трудовой деятельности
- 2) потерю способности к совокуплению
- 3) потерю способности к оплодотворению
- 4) потерю способности к зачатию

15. Под полной потерей зрения как тяжком телесном повреждении понимают:

- 1) состояние, при котором острота зрения до 0,04*
- 2) полную слепоту на оба глаза
- 3) состояние, при котором острота зрения 0,5
- 4) резкое уменьшение зрения на один глаз

16. Изгладимым называется такое повреждение лица, которое:

- 1) установлено косметологом
- 2) исчезает или уменьшается с течением времени без хирургического вмешательства
- 3) устраняется хирургическим путем
- 4) устраняется нехирургическим путем

17. Перелом шейного отдела позвоночника квалифицируется по признаку:

- 1) опасности для жизни
- 2) значительной стойкой утраты общей трудоспособности не менее чем на одну треть
- 3) значительной стойкой утраты общей трудоспособности менее чем на одну треть
- 4) как вызвавшее угрожающее жизни состояние

18. Закрытое повреждение (размозжение, отрыв, разрыв) органов грудной полости квалифицируется по признаку:

- 1) опасности для жизни
- 2) значительной стойкой утраты общей трудоспособности не менее чем на одну треть
- 3) значительной стойкой утраты общей трудоспособности менее чем на одну треть
- 4) как вызвавшее угрожающее жизни состояние

19. Термические ожоги, вызвавшие развитие ожоговой болезни, квалифицируются по признаку:

- 1) опасности для жизни
- 2) значительной стойкой утраты общей трудоспособности не менее чем на одну треть
- 3) значительной стойкой утраты общей трудоспособности менее чем на одну треть
- 4) как вызвавшее угрожающее жизни состояние

20. К вреду здоровью, опасному для жизни человека, вызвавшему развитие угрожающего жизни состояния, относятся:

- 1) острая кровопотеря
- 2) острая печеночная недостаточность
- 3) шок тяжелой степени
- 4) сепсис

21. Укажите правильное соответствие:

- | | |
|--------------------------------------|----------------------------------|
| 1) Линейный перелом затылочной кости | 1) Без вреда здоровью |
| 2) Сотрясение головного мозга | 2) Легкий вред здоровью |
| 3) Поверхностная ушибленная рана | 3) Средней тяжести вред здоровью |
| 4) Перелом нижней челюсти | 4) Тяжкий вред здоровью |

22. Укажите правильное соответствие:

- | | |
|---|----------------------------------|
| 1) Проникающее колото-резаное ранение груди | 1) Без вреда здоровью |
| 2) Перелом носовых костей без смещения отломков | 2) Легкий вред здоровью |
| 3) Ссадина в лобной области справа | 3) Средней тяжести вред здоровью |
| 4) Перелом локтевой кости | 4) Тяжкий вред здоровью |

Рекомендуемая литература:

Основная литература

№ п/п	Наименование	Автор (ы)	Год, место издания	Кол-во экземпляров в библиотеке	Наличие в ЭБС
-------	--------------	-----------	--------------------	---------------------------------	---------------

1	2	3	4	5	6
1	Судебная медицина и судебно-медицинская экспертиза: нац. руководство	Пиголкин Ю.И. и др.	М.: ГЭОТАР-МЕД, 2014	3 экз.	ЭБ «Консультант врача»
2	Судебная медицина в схемах и рисунках: учебное пособие	Пашинян Г.А.	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008	72 экз.	ЭБ «Консультант студента»

Дополнительная литература

№ п/п	Наименование	Автор (ы)	Год, место издания	Кол-во экземпляров в библиотеке	Наличие в ЭБС
1	2	3	4	5	6
1	Судебная медицина. Compendium: учебное пособие	Пиголкин Ю.И.	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011	3	ЭБ «Консультант студента»
2	Атлас по судебной медицине	Пиголкин Ю.И.	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010	1	ЭБ «Консультант студента»

Законодательные и нормативно-правовые документы в соответствии с профилем дисциплины

- Федеральный закон «О государственной судебно-экспертной деятельности в Российской Федерации» № 73-ФЗ от 31 мая 2001 года.
- Приказ Минздравсоцразвития России от 12.05.2010 № 346н «Об утверждении порядка организации и производства судебно-медицинских экспертиз в государственных судебно-экспертных учреждениях Российской Федерации».
- Приказ Минздравсоцразвития России от 24.04.2008 № 194н "Об утверждении медицинских критериев определения степени тяжести вреда, причиненного здоровью человека».
- Постановление Правительства РФ от 17 августа 2007 г. № 522 «Об утверждении правил определения степени тяжести вреда причиненного здоровью человека».

Раздел 4. Судебно-медицинская экспертиза трупов плодов и новорожденных

Темы:

4.1. Судебно-медицинская экспертиза трупов плодов и новорожденных.

Цель: подготовка квалифицированного специалиста, обладающего системой общекультурных и профессиональных компетенций, способного и готового для самостоятельной профессиональной деятельности по специальности «Лечебное дело».

Задачи:

- сформировать обширный объем базовых, фундаментальных медицинских знаний судебно-медицинской экспертизы трупов плодов и новорожденных, формирующих профессиональные компетенции врача судебно-медицинского эксперта, способного успешно решать свои профессиональные задачи.

- сформировать понятия новорожденности, живорожденности, жизнеспособности:
- изучить юридические аспекты экспертизы трупов плодов и новорожденных;
- освоить особенности техники вскрытия плодов и новорожденных;
- изучить причины смерти плодов и новорожденных;
- изучить особенности осмотра трупов плодов и новорожденных.

Обучающийся должен знать:

- принципы установления новорожденности, живорожденности, жизнеспособности;
- юридические аспекты экспертизы трупов плодов и новорожденных;

- особенности техники вскрытия плодов и новорожденных;
- причины смерти плодов и новорожденных;
- особенности осмотра трупов плодов и новорожденных.

Обучающийся должен уметь:

- давать оценку новорожденности, живорожденности, жизнеспособности;
- юридические аспекты экспертизы трупов плодов и новорожденных;
- проводить вскрытие трупов плодов и новорожденных;
- оформлять судебно-медицинскую документацию.

Обучающийся должен владеть:

- методами оценки новорожденности, живорожденности, жизнеспособности;
- юридическими аспектами экспертизы трупов плодов и новорожденных;
- методиками вскрытия трупов плодов и новорожденных;
- правилами оформления судебно-медицинской документации.

Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:

1. Ответить на вопросы по теме занятия.

1. Понятие о новорожденности, доношенности, зрелости, живорожденности, жизнеспособности, продолжительности внеутробной жизни.
2. Критерии установления этих понятий.
3. Особенности техники исследования трупов новорожденных; техника исследования жизненных проб.

2. Практическая работа.

Выполнение практических заданий: разборы случаев из практики, судебно-медицинская экспертиза потерпевших, обвиняемых, решение ситуационных задач, тестовых заданий, отработка практических навыков:

- Проведение описания кровоподтеков, ран, ссадин;
- Определение степени тяжести вреда причиненного здоровью человека;
- Экспертиза трупов плодов и новорожденных;
- Оформление заключения эксперта и выводов под контролем преподавателя.

3. Задания для групповой работы – те же, что и для индивидуальной

Варианты для групповой работы аналогичны вариантам для индивидуальной работы

Самостоятельная внеаудиторная работа обучающихся по теме:

1) *Ознакомиться с теоретическим материалом по теме занятия с использованием конспектов лекций и/или рекомендуемой учебной литературы.*

2) *Ответить на вопросы для самоконтроля:*

1. Понятие о новорожденности, доношенности, зрелости, живорожденности, жизнеспособности, продолжительности внеутробной жизни.
2. Критерии установления этих понятий.
3. Особенности техники исследования трупов новорожденных; техника исследования жизненных проб.

3) *Проверить свои знания с использованием тестового контроля*

1. Новорожденность определяется по наличию при наружном исследовании:

- а) родовой опухоли *
- б) мекония *
- в) сыровидной смазки *
- г) пуповины *

2. Доношенность «плода» определяется по:

- а) длине тела *

- б) массе тела *
 - в) наличие развитого подкожного жирового слоя *
 - г) наличие пушковых волос только в области плечевого пояса *
3. Плод при массе менее 1000 г и длиной менее 35 см считается:
- а) жизнеспособным
 - б) нежизнеспособным *
 - в) зрелым
 - г) доношенным
4. Для установления живорожденности младенца проводят:
- а) легочную пробу *
 - б) желудочно-кишечную пробу *
 - в) гистологическое исследование легких и пуповины *
 - г) рентгенографию легких и желудочно-кишечного тракта *
5. Вскрытие трупов новорожденных рекомендуется начинать:
- а) полостей тела *
 - б) головы
 - в) позвоночного канала
 - г) последовательность не имеет значения
6. Оптическая проба на живорожденность – это:
- а) наличие пузырьков воздуха на поверхности дышавших легких *
 - б) наличие воздуха в полости желудка
 - в) наличие жидкости в пазухе клиновидной кости
 - г) наличие воздуха в плевральной полости
7. Легочная проба считается положительной если:
- а) кусочки легких плавают *
 - б) кусочки легких тонут
8. Легочная и желудочно-кишечная пробы считаются недостоверными:
- а) при гнилостных изменениях трупа *
 - б) если кусочки легких плавают
 - в) если кусочки легких тонут
 - г) если желудок и кишечник плавают
9. Желудочно-кишечная проба считается положительной в случае если:
- а) желудок и кишечник плавают, а при их вскрытии выделяются пузырьки воздуха *
 - б) желудок и кишечник тонут
10. Ядра Беклера определяют:
- а) в дистальном эпифизе бедренной кости *
 - б) в пяточной кости
 - в) в таранной кости
 - г) в эпифизах плечевой кости
11. В судебно-медицинском понимании период живорожденности исчисляется до:
- а) до 1 суток *
 - б) до 7 суток
 - в) до 4 недель
 - г) до 1 года

12. Новорожденность определяется по наличию при наружном исследовании по:

- а) наличие мекония в кишечнике *
- б) отсутствию пищи в желудке *
- в) недышавшим легким *
- г) врожденному ателектазу легких *

13. Демаркационная линия в области пупочного кольца образуется через:

- а) 6-12 часов после рождения *
- б) 5-10 суток после рождения
- в) 10-15 суток после рождения
- г) 15-20 суток после рождения

14. Пуповина отпадает через:

- а) 1-3 суток после рождения
- б) 3-5 суток после рождения
- в) 5-7 суток после рождения *
- г) 10-15 суток после рождения

15. Об отсутствии ухода за новорожденным свидетельствует:

- а) обнаружение трупа в «ненадлежащих» местах *
- б) отсутствие одежды на теле *
- в) наличие оборванной, неперевязанной пуповины *
- г) отсутствие следов кормления *

16. Меконий выделяется из кишечника в течение

- а) первых суток
- б) 2-3 суток *
- в) до 7 суток
- г) до 15 суток

17. Наличие воздуха только в желудке указывает на продолжительность жизни после родов в течение:

- а) нескольких минут
- б) до 20-30 минут *
- в) до нескольких часов
- г) до нескольких суток

18. Полное заживление пупочного кольца наступает на:

- а) 5 сутки после родов
- б) 5-10 сутки после родов
- в) 12-15 сутки после родов *
- г) 15-20 сутки после родов

19. Боталлов проток зарастает на протяжении:

- а) 1 месяца
- б) 2 месяцев *
- в) 3 месяцев
- г) 5 месяцев

20. Родовая опухоль исчезает в первые:

- а) сутки
- б) 2 суток *
- в) 5 суток
- г) 10 суток

21. Смерть плода может быть:

- а) антенатальной *
- б) интранатальной *
- в) постнатальной *

22. Смерть плода до родов может наступить от:

- а) заболеваний плаценты *
- б) заболеваний плода *
- в) заболеваний матери *
- г) слабой родовой деятельности *

23. Насильственная смерть новорожденного ребенка может наступить от:

- а) механической травмы *
- б) механической асфиксии *
- в) действия крайних температур *
- г) отравления *

24. Ненасильственная смерть новорожденного ребенка после родов может наступить от:

- а) уродств, несовместимых с жизнью *
- б) инфекционных заболеваний *
- в) механической травмы
- г) отравлений

25. Смерть ребенка во время родов может быть обусловлена следующими причинами:

- а) узкий таз матери *
- б) слабая родовая деятельность *
- в) разрыв матки *
- г) поперечное или косое положение плода *

Рекомендуемая литература:

№ п/п	Наименование	Автор (ы)	Год, место издания	Кол-во экземпляров в библиотеке	Наличие в ЭБС
1	2	3	4	5	6
1	Судебная медицина и судебно-медицинская экспертиза: нац. руководство	Пиголкин Ю.И. и др.	М.: ГЭОТАР-МЕД, 2014	3 экз.	ЭБ «Консультант врача»
2	Судебная медицина в схемах и рисунках: учебное пособие	Пашинян Г.А.	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008	72 экз.	ЭБ «Консультант студента»

Дополнительная литература

№ п/п	Наименование	Автор (ы)	Год, место издания	Кол-во экземпляров в библиотеке	Наличие в ЭБС
1	2	3	4	5	6
1	Судебная медицина. Compendium:	Пиголкин Ю.И.	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011	3	ЭБ «Консультант студента»

№ п/п	Наименование	Автор (ы)	Год, место издания	Кол-во экземпляров в библиотеке	Наличие в ЭБС
	учебное пособие				
2	Атлас по судебной медицине	Пиголкин Ю.И.	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010	1	ЭБ «Консультант студента»

Законодательные и нормативно-правовые документы в соответствии с профилем дисциплины

- Федеральный закон «О государственной судебно-экспертной деятельности в Российской Федерации» № 73-ФЗ от 31 мая 2001 года.
- Приказ Минздравсоцразвития России от 12.05.2010 № 346н «Об утверждении порядка организации и производства судебно-медицинских экспертиз в государственных судебно-экспертных учреждениях Российской Федерации».
- Приказ Минздравсоцразвития России от 24.04.2008 № 194н "Об утверждении медицинских критериев определения степени тяжести вреда, причиненного здоровью человека».
- Постановление Правительства РФ от 17 августа 2007 г. № 522 «Об утверждении правил определения степени тяжести вреда причиненного здоровью человека».

Раздел 5. Механическая асфиксия

Темы:

5.1. Механическая асфиксия

Цель: подготовка квалифицированного специалиста, обладающего системой общекультурных и профессиональных компетенций, способного и готового для самостоятельной профессиональной деятельности по специальности «Лечебное дело».

Задачи:

- сформировать обширный объем базовых, фундаментальных медицинских знаний судебно-медицинской экспертизы в случаях механической асфиксии, формирующих профессиональные компетенции врача судебно-медицинского эксперта, способного успешно решать свои профессиональные задачи.
- сформировать понятия о поводах и организации судебно-медицинской экспертизы механической асфиксии:
 - изучить этиологию, патогенез и классификацию механической асфиксии;
 - освоить критерии постановки диагноза при механической асфиксии;
 - изучить технику исследования трупов при механической асфиксии.

Обучающийся должен знать:

- поводы и организацию судебно-медицинской экспертизы механической асфиксии;
- этиологию, патогенез и классификацию механической асфиксии;
- критерии постановки судебно-медицинского диагноза в случаях механической асфиксии;
- технику исследования трупов при механической асфиксии.

Обучающийся должен уметь:

- установить и документировать судебно-медицинский диагноз в случаях механической асфиксии;
- проводить судебно-медицинское исследование трупов при механической асфиксии;
- использовать дополнительные методы исследования при механической асфиксии.

Обучающийся должен владеть:

- методами оценки морфологических и лабораторных признаков механической асфиксии;
- правилами постановки судебно-медицинского диагноза при механической асфиксии;
- использовать дополнительные методы исследования при механической асфиксии.

Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:

1. Ответить на вопросы по теме занятия.

1. Понятие гипоксии (виды) и механической асфиксии. Признаки быстро наступившей смерти. Танатогенез и морфологические изменения при различных видах асфиксий.
2. Странгуляционная асфиксия: повешение, сдавление руками, сдавление петель, их дифференциальная диагностика.
3. Компрессионная асфиксия.
4. Обтурационная, аспирационная асфиксия.
5. Асфиксия от закрытия отверстий рта и носа.
6. Утопление в воде. Утопление в пресной и соленой воде. Факторы, влияющие на утопление. Диагностические признаки утопления, признаки пребывания в воде. Оценка повреждений на трупе, извлеченном из воды (посмертные, прижизненные).

2. Практическая работа.

Выполнение практических заданий: разборы случаев из практики, судебно-медицинская экспертиза потерпевших, обвиняемых, решение ситуационных задач, тестовых заданий, отработка практических навыков:

- Проведение описания видовых и общеасфиксических признаков;
- Определение степени тяжести вреда причиненного здоровью человека при механической асфиксии;
- Установление механизма причинения повреждений;
- Экспертиза трупов лиц, погибших от механической асфиксии;
- Оформление заключения эксперта и выводов под контролем преподавателя.

3. Решить ситуационные задачи:

ЗАДАЧА № 1

Труп неизвестного мужчины, обнаружен на чердаке дома. На шее трупа обнаружена петля из капронового шпагата. При исследовании трупа установлено: на шее трупа в верхней трети одиночная, замкнутая, косовосходящая, неравномерно выраженная, пергаментированная странгуляционная борозда с кровоизлияниями в мягких тканях; кровоизлияния в области прикрепления грудино-ключично-сосцевидных мышц к грудице (признак Вальхера); выраженная разность концентрации глюкозы из синусов твердой оболочки головного мозга и бедренной вены (2,9 раза); интенсивная синюшно-фиолетовая окраска и разлитой характер трупных пятен; циркулярное расположение трупных пятен в области голени, бедер, предплечий и кистей; синюшность лица; точечные кровоизлияния в соединительнотканых оболочках глаз; точечные кровоизлияния под висцеральной плеврой (пятна Тардье); жидкое состояние крови.

1. Установить и обосновать причину смерти.
2. Сформулировать судебно-медицинский диагноз.

Эталон ответа:

Для документации судебно-медицинского диагноза необходимо учитывать следующие данные:

1. Обстоятельства происшествия (обнаружение трупа неизвестного мужчины на чердаке дома в петле).

2. Данные наружного исследования трупа: на шее трупа в верхней трети одиночная, замкнутая, косовосходящая, неравномерно выраженная, пергаментированная странгуляционная борозда с кровоизлияниями в мягких тканях шеи. Морфологические особенности странгуляционной борозды свидетельствуют о сдавлении шеи петлей при повешении. Интенсивная синюшно-фиолетовая окраска и разлитой характер трупных пятен; синюшность лица; точечные кровоизлияния в соединительнотканых оболочках глаз свидетельствуют о наступлении смерти от асфиксии. Циркулярное расположение трупных пятен в области

голеней, бедер, предплечий и кистей указывает на длительное нахождение трупа в вертикальном положении.

3. Данные внутреннего исследования трупа: кровоизлияния в области прикрепления грудино-ключично-сосцевидных мышц к груди (признак Вальхера); точечные кровоизлияния под висцеральной плеврой (пятна Тардье); жидкое состояние крови являются общеасфиксическими признаками. Выявленная разность концентрации глюкозы из синусов твердой оболочки головного мозга и бедренной вены (в 2,9 раза) указывает на наличие странгуляционной асфиксии.

Таким образом, смерть наступила в результате механической странгуляционной асфиксии от сдавления органов шеи петлей при повешении. Учитывая данные осмотра места происшествия, результаты наружного и внутреннего исследования трупа, результаты судебно-биохимического исследования, установлен судебно-медицинский диагноз:

Основной: механическая странгуляционная асфиксия от сдавления органов шеи петлей при повешении - на шее трупа в верхней трети одиночная, замкнутая, косовосходящая, неравномерно выраженная, пергаментированная странгуляционная борозда с кровоизлияниями в мягких тканях; кровоизлияния в области прикрепления грудино-ключично-сосцевидных мышц к груди (признак Вальхера); выраженная разность концентрации глюкозы из синусов твердой оболочки головного мозга и бедренной вены (2,9 раза); интенсивная синюшно-фиолетовая окраска и разлитой характер трупных пятен; циркулярное расположение трупных пятен в области голеней, бедер, предплечий и кистей; синюшность лица; точечные кровоизлияния в соединительнотканых оболочках глаз; точечные кровоизлияния под висцеральной плеврой (пятна Тардье); жидкое состояние крови.

ЗАДАЧА № 2

У ребенка С., возраст 3 года, внезапно ухудшилось состояние, внезапно закашлялся, запрокинул голову, цианоз лица, затем потерял сознание и перестал дышать. Отец ребенка самостоятельно проводил реанимационные мероприятия, вызвал бригаду скорой медицинской помощи. На момент осмотра врачом скорой помощи кожные покровы бледные, зрачки расширены, реакция на свет отсутствует, дыхание, сердечные тоны отсутствуют. Лечебные мероприятия: введение воздуховодной трубки, непрямой массаж сердца, искусственная вентиляция легких мешком Амбу, адреналин, преднизолон, без эффекта. Констатирована смерть до прибытия бригады скорой медицинской помощи. При проведении судебно-медицинского исследования трупа установлено: наличие инородного тела (фрагмента зерна миндаля) на уровне бифуркации трахеи; разлитой характер трупных пятен, точечные кровоизлияния в соединительнотканых оболочках глаз, кровоизлияния под висцеральной плеврой (пятна Тардье), очаговая острая альвеолярная эмфизема в сочетании с альвеолярным отеком в легком, полнокровие сосудов внутренних органов, умеренно выраженный периваскулярный и перичеллюлярный отек головного мозга; тотальная десквамация эпителия слизистой оболочки трахеи.

1. Установить и обосновать причину смерти.
2. Сформулировать судебно-медицинский диагноз.

Эталон ответа:

Для документации судебно-медицинского диагноза необходимо учитывать следующие данные:

1. Обстоятельства происшествия (внезапное ухудшение состояния с появлением кашля, запрокидывания головы, цианоза лица, последующей потерей сознания и остановкой дыхания).

2. Данные наружного исследования трупа с установлением общеасфиксических признаков: разлитой характер трупных пятен, точечные кровоизлияния в соединительнотканых оболочках глаз.

3. Данные внутреннего исследования трупа: наличие инородного тела (фрагмента зерна миндаля) на уровне бифуркации трахеи; кровоизлияния под висцеральной плеврой (пятна Тардье), очаговая острая альвеолярная эмфизема в сочетании с альвеолярным отеком в легком,

полнокровие сосудов внутренних органов, умеренно выраженный периваскулярный и перицеллюлярный отек головного мозга; тотальная десквамация эпителия слизистой оболочки трахеи. Данные признаки свидетельствуют о наличии механической обтурационной асфиксии от закрытия дыхательных путей инородным телом – зерном миндаля.

Таким образом, смерть наступила в результате механической обтурационной асфиксии от закрытия дыхательных путей инородным телом (зерном миндаля). Учитывая обстоятельства происшествия, результаты наружного и внутреннего исследования трупа, результаты судебно-биохимического исследования, установлен судебно-медицинский диагноз:

Основной: механическая обтурационная асфиксия от закрытия дыхательных путей инородным телом (зерном миндаля) - наличие инородного тела (фрагмента зерна миндаля) на уровне бифуркации трахеи; разлитой характер трупных пятен, точечные кровоизлияния в соединительнотканых оболочках глаз, кровоизлияния под висцеральной плеврой (пятна Тардье), очаговая острая альвеолярная эмфизема в сочетании с альвеолярным отеком в легком, полнокровие сосудов внутренних органов, умеренно выраженный периваскулярный и перицеллюлярный отек головного мозга; тотальная десквамация эпителия слизистой оболочки трахеи; катamnестические данные (внезапное ухудшение состояния с появлением кашля, запрокидывания головы, цианоза лица, последующей потерей сознания и остановкой дыхания).

ЗАДАЧА № 3

Труп гр-на Б., 35 лет, обнаружен в частном доме. При осмотре трупа на месте происшествия в соединительно-тканых оболочках левого глаза обнаружены единичные мелкоточечные кровоизлияния темно-красного цвета, множественные кровоизлияния в слизистой оболочке губ, кровоподтеки в области передней поверхности груди. На шее трупа двойная замкнутая петля с узлом, расположенным на передней поверхности шеи, выполненная из провода с сердечником из тонкой медной проволоки и оплеткой из черного синтетического материала. Определяются кровоподтеки в области шеи. На шее трупа одиночная замкнутая горизонтально ориентированная, равномерно выраженная странгуляционная борозда с эластичным дном серовато-синюшного цвета. При проведении судебно-медицинского исследования трупа установлено: на шее трупа в средней трети одиночная замкнутая горизонтальная странгуляционная борозда, с кровоизлияниями в мягких тканях шеи, косо-поперечный разгибательный перелом левого верхнего рога щитовидного хряща, с кровоизлиянием в окружающие мягкие ткани, поперечный сгибательный перелом щитовидного хряща по передней срединной линии, с кровоизлиянием под слизистой гортани и в мягких тканях в окружности перелома щитовидного хряща, мелкоочаговая острая альвеолярная эмфизема легких, кровоизлияния в соединительные оболочки левого глаза и правого нижнего века глаза, под легочную плевро и наружную оболочку сердца (пятна Тардье), выраженная разница в содержании глюкозы в крови головного мозга и туловища (составила 2,6 раза), признаки быстро наступившей смерти (жидкое состояние крови, синюшность лица, венозное полнокровие сосудов внутренних органов и усиленное кровенаполнение вен сердца всех калибров, отек мягкой мозговой оболочки и вещества головного мозга).

1. Установить и обосновать причину смерти.
2. Сформулировать судебно-медицинский диагноз.

Эталон ответа:

Для документации судебно-медицинского диагноза необходимо учитывать следующие данные:

1. Данные осмотра трупа на месте происшествия: единичные мелкоточечные кровоизлияния в соединительнотканых оболочках левого глаза, множественные кровоизлияния в слизистой оболочке губ, кровоподтеки в области передней поверхности груди. На шее трупа двойная петля с узлом, расположенным на передней поверхности шеи, выполненная из провода. На шее трупа одиночная замкнутая горизонтально ориентированная, равномерно выраженная странгуляционная борозда с эластичным дном серовато-синюшного цвета. Наличие общеасфиксических признаков и горизонтально ориентированной и равномерно

выраженной странгуляционной борозды в средней трети шеи свидетельствуют о механической странгуляционной асфиксии от сдавления органов шеи петлей при удавлении.

2. Данные наружного исследования трупа: на шее трупа в средней трети одиночная замкнутая горизонтально ориентированная странгуляционная борозда, кровоизлияния в соединительнотканые оболочки левого глаза и нижнего века правого глаза, синюшность лица. Наличие горизонтально ориентированной и равномерно выраженной странгуляционной борозды в средней трети шеи свидетельствуют о механической странгуляционной асфиксии от сдавления органов шеи петлей при удавлении.

3. Данные внутреннего исследования трупа: кровоизлияния в мягких тканях шеи в проекции странгуляционной борозды. Косопоперечный разгибательный перелом левого верхнего рога щитовидного хряща, с кровоизлиянием в окружающие мягкие ткани, поперечный сгибательный перелом щитовидного хряща по передней срединной линии, с кровоизлиянием под слизистой гортани и в мягких тканях в окружности перелома щитовидного хряща, кровоизлияния под легочную плевру и наружную оболочку сердца (пятна Тардье), жидкое состояние крови). Данные признаки свидетельствуют о странгуляционной асфиксии.

4. Данные результатов судебно-гистологического исследования (мелкоочаговая острая альвеолярная эмфизема легких, венозное полнокровие сосудов внутренних органов и усиленное кровенаполнение вен сердца всех калибров, отек мягкой мозговой оболочки и вещества головного мозга).

5. Данные результатов судебно-биохимического исследования (выраженная разница в содержании глюкозы в крови головного мозга и туловища (составила 2,6 раза), что свидетельствует о наличии странгуляционной асфиксии).

Таким образом, смерть наступила в результате механической странгуляционной асфиксии от сдавления органов шеи петлей при удавлении. Учитывая обстоятельства происшествия, результаты наружного и внутреннего исследования трупа, результаты судебно-гистологического и судебно-биохимического методов исследования, установлен судебно-медицинский диагноз:

Основной: механическая странгуляционная асфиксия от сдавления органов шеи петлей при удавлении - на шее трупа в средней трети одиночная замкнутая горизонтальная странгуляционная борозда, с кровоизлияниями в мягких тканях шеи, косо-поперечный разгибательный перелом левого верхнего рога щитовидного хряща, с кровоизлиянием в окружающие мягкие ткани, поперечный сгибательный перелом щитовидного хряща по передней срединной линии, с кровоизлиянием под слизистой гортани и в мягких тканях в окружности перелома щитовидного хряща, мелкоочаговая острая альвеолярная эмфизема легких, кровоизлияния в соединительные оболочки левого глаза и нижнего века правого глаза, под легочную плевру и наружную оболочку сердца (пятна Тардье), выраженная разница в содержании глюкозы в крови головного мозга и туловища (составила 2,6 раза), признаки быстро наступившей смерти (жидкое состояние крови, синюшность лица, венозное полнокровие сосудов внутренних органов и усиленное кровенаполнение вен сердца всех калибров, отек мягкой мозговой оболочки и вещества головного мозга).

4. Задания для групповой работы – те же, что и для индивидуальной
Варианты для групповой работы аналогичны вариантам для индивидуальной работы

Самостоятельная внеаудиторная работа обучающихся по теме:

1) *Ознакомиться с теоретическим материалом по теме занятия с использованием конспектов лекций и/или рекомендуемой учебной литературы.*

2) *Ответить на вопросы для самоконтроля:*

1. Понятие гипоксии (виды) и механической асфиксии. Признаки быстро наступившей смерти. Танатогенез и морфологические изменения при различных видах асфиксий.
2. Странгуляционная асфиксия: повешение, удавление руками, удавление петлей, их

дифференциальная диагностика.

3. Компрессионная асфиксия.
4. Обтурационная, аспирационная асфиксия.
5. Асфиксия от закрытия отверстий рта и носа.
6. Утопление в воде. Утопление в пресной и соленой воде. Факторы, влияющие на утопление. Диагностические признаки утопления, признаки пребывания в воде. Оценка повреждений на трупе, извлеченном из воды (посмертные, прижизненные).

3) Проверить свои знания с использованием тестового контроля

1. Первой стадией развития асфиксии является:

- а) инспираторная одышка *
- б) экспираторная одышка
- в) кратковременная остановка дыхания
- г) терминальные дыхательные движения

2. К общим признакам асфиксии при наружном исследовании трупа являются:

- а) мелкие кровоизлияния в соединительнотканые оболочки глаз, кожу лица, слизистую оболочку рта, носа *
- б) сокращение мошонки и втягивание яичек в паховые каналы
- в) цианоз лица и шеи *
- г) следы выделения мочи, кала, спермы *

3. К общим признакам асфиксии при внутреннем исследовании трупа являются:

- а) жидкое состояние крови *
- б) мелкие кровоизлияния в серозные оболочки *
- в) переполнение мочевого пузыря
- г) пятна Вишневского

4. По конструкции петли разделяют на:

- а) открытые *
- б) незатягивающиеся *
- в) затягивающиеся скользящие *
- г) широкие

5. По роду смерти повешение чаще всего:

- а) убийство
- б) самоубийство *
- в) несчастный случай
- г) способ казни

6. При повешении странгуляционная борозда имеет следующие особенности:

- а) имеет косовосходящее направление *
- б) горизонтально расположена
- в) неравномерно выражена *
- г) высоко расположена *

7. Видовым признаком при повешении является:

- а) странгуляционная борозда *
- б) кровоизлияния в соединительнотканые оболочки глаз
- в) жидкое состояние крови
- г) пятна Тардье

8. Для повешения характерно:

- а) высунутый и ущемленный между зубами язык *
- б) трупные пятна на нижних частях тела при вертикальном положении *
- в) надрывы внутренних оболочек сонных артерий *
- г) горизонтальная, равномерно выраженная, низко расположенная странгуляционная борозда

9. При удушении петлей странгуляционная борозда имеет следующие особенности:

- а) имеет косовосходящее направление
- б) горизонтально расположена *
- в) равномерно выражена *
- г) высоко расположена

10. При удушении руками видовыми признаками являются:

- а) линейные или полулунной формы ссадины и кровоподтеки в области шеи *
- б) надрывы внутренних оболочек сонных артерий
- в) странгуляционная борозда
- г) высунутый и ущемленный между зубами язык

11. При асфиксии от закрытия отверстий рта и носа основными признаками являются:

- а) пятна Пальтауфа-Рассказова-Лукомского
- б) небольшие линейные и полулунные ссадины и кровоподтеки в окружности рта и носа, кровоизлияния в слизистой губ *
- в) признак Пупарева
- г) наличие стойкой мелкопузырчатой пены в области отверстий рта и носа

12. Признаками компрессионной асфиксии являются:

- а) карминовый отек легких *
- б) признак Амюсса
- в) экхимотическая маска *
- г) странгуляционная борозда

13. Виды утопления:

- а) аспирационный *
- б) компрессионный
- в) асфиксический *
- г) рефлекторный *

14. Признаками аспирационного типа утопления являются:

- а) наличие стойкой мелкопузырчатой пены в области отверстий рта и носа *
- б) наличие жидкости в пазухе клиновидной кости
- в) пятна Пальтауфа-Рассказова-Лукомского *
- г) серовато-синюшный цвет трупных пятен *

15. Признаками асфиксического типа утопления являются:

- а) наличие стойкой мелкопузырчатой пены в области отверстий рта и носа
- б) наличие жидкости в пазухе клиновидной кости *
- в) пятна Пальтауфа-Рассказова-Лукомского
- г) пятна Тардье *

16. Признаками рефлекторного типа утопления являются:

- а) отсутствие изменений со стороны легких *
- б) бледность кожных покровов и скелетной мускулатуры *
- в) пятна Пальтауфа-Рассказова-Лукомского

г) признаки быстро наступившей смерти *

17. Острая форма гипоксии развивается в течение:

- а) 45-90 секунд
- б) от нескольких минут до нескольких десятков минут *
- в) нескольких часов
- г) нескольких часов

18. В стадию инспираторной одышки происходит:

- а) артериальное давление снижается *
- б) венозное давление повышается *
- б) нарушение сознания по типу оглушения *
- в) удлинение вдоха *

19. В стадию экспираторной одышки происходит:

- а) артериальное давление повышается *
- б) замедление частоты сердечных сокращений *
- б) непроизвольное выделение кала, мочи, спермы, кристаллеровской слизистой пробки *
- в) выдох преобладает над вдохом *

20. Биоэлектрическая активность мозга исчезает:

- а) в стадию экспираторной одышки
- б) в стадию инспираторной одышки
- в) в стадию кратковременной остановки дыхания *
- в) в стадию терминальных дыхательных движений

21. При повешении различают следующие положения петли:

- а) переднее *
- б) заднее *
- в) боковое *
- г) опоясывающее *

22. Странгуляционную борозду следует дифференцировать:

- а) со следами давления предметов одежды у гнилостно измененных трупов *
- б) при расположении шеи трупа на предметах, имеющих ребро *
- в) у грудных детей при повышенном питании и опрелостями в складках кожи *
- г) с кровоподтеками

23. Степень выраженности странгуляционной борозды зависит от:

- а) длительности висения *
- б) массы тела *
- в) атмосферного давления
- г) материала петли *

24. Вопрос о прижизненном или посмертном происхождении странгуляционной борозды может быть разрешен при:

- а) судебно-химическом исследовании
- б) судебно-гистологическом исследовании *
- в) судебно-биологическом исследовании
- г) медико-криминалистическом исследовании

25. Циркулярное расположение трупных пятен в области конечностей может свидетельствовать о:

- а) повешении *
- б) удушении петлей
- в) компрессионной асфиксии
- г) обтурационной асфиксии

26. В подавляющем большинстве случаев удушение петлей – это:

- а) самоубийство
- б) убийство *
- в) несчастный случай
- г) ритуальное действие

27. Обтурационная асфиксия возникает при:

- а) попадании инородного тела в дыхательные пути *
- б) сдавлении груди и живота
- в) сдавлении органов шеи петлей
- г) вдыхании газовых смесей с низким содержанием кислорода

28. Пятна Тардье могут быть обнаружены при:

- а) общем охлаждении тела
- б) повешении *
- в) ожоговой болезни
- г) удушении руками *

29. Диатомовый планктон во внутренних органах и костном мозге можно обнаружить при:

- а) аспирационном типе утопления *
- б) асфиксическом типе утопления
- в) рефлекторном типе утопления
- г) смешанном типе утопления *

30. Гемолиз эритроцитов наблюдается при:

- а) аспирационном типе утопления *
- б) асфиксическом типе утопления
- в) рефлекторном типе утопления
- г) смешанном типе утопления

31. Асфиксический процесс завершается смертью, как правило, через:

- а) 1-2 минуты
- б) 4-6 минут *
- в) 8-10 минут
- г) 10-15 минут

32. Формы гипоксии:

- а) гемическая *
- б) циркуляторная *
- в) тканевая *
- г) смешанная *

33. Надрывы интимы общей сонной артерии (признак Амюсса) возникают при:

- а) повешение в петле с неполным висением тела
- б) удушение петлей
- в) удушение руками
- г) повешение в петле с полным висением тела

34. При пребывании трупа в воде полное отделение эпидермиса от собственно кожи происходит на:

- а) 3-5 сутки
- б) 7-10 сутки
- в) 10-15 сутки
- г) к концу 1-го месяца *

35. При пребывании трупа в воде полное облысение может наступить на:

- а) 3-5 сутки
- б) 7-10 сутки
- в) 10-15 сутки
- г) к концу 1-го месяца *

36. Обнаружение фитопланктона только в легких свидетельствует о:

- а) о пребывании трупа в воде
- б) об асфиксическом типе утопления
- в) об аспирационном типе утопления
- г) о рефлекторном типе утопления *

37. К признакам пребывания трупа в воде относят:

- а) мацерацию эпидермиса *
- б) пятна Пальтауфа-Лукомского-Расказова
- в) облысение за счет разрыхления кожи головы *
- г) признак Свешникова

38. Пятна Пальтауфа-Лукомского-Расказова исчезают после пребывания трупа в воде свыше:

- а) 2 недель *
- б) 2 суток
- в) 1 месяца
- г) 1 года

39. Наличие планктона в крови, внутренних органах и костях свидетельствует о:

- а) асфиксическом типе утопления
- б) аспирационном типе утопления *
- в) рефлекторном типе утопления
- г) пребывании трупа в воде

40. Кровоизлияния в области прикрепления грудино-ключично-сосцевидных мышц к грудице встречается при:

- а) повешении *
- б) давлении петель
- в) давлении руками
- г) утоплении

41. Для микроскопической картины странгуляционной борозды характерно:

- а) повреждение рогового слоя эпидермиса *
- б) уплощение ядер шиповатого слоя эпидермиса *
- в) сглаженность гребешков сосочкового слоя дермы *
- г) гомогенизация коллагеновых волокон сетчатого слоя дермы *

42. К странгуляционной асфиксии относятся:

- а) повешение *

- б) сдавление петлей *
- в) сдавление руками *
- г) закрытие дыхательных путей инородным телом

43. Компрессионная асфиксия-это:

- а) сдавление груди и живота твердыми телами и сыпучими веществами *
- б) сдавление петлей
- в) повешение
- г) утопление

44. Обтурационная асфиксия – это:

- а) асфиксия от закрытия отверстий рта и носа *
- б) закупорка дыхательных путей инородными телами *
- в) повешение
- г) сдавление руками

45. Возникновению рефлекторного типа утопления могут способствовать:

- а) психогенная напряженность организма *
- б) низкая температура воды *
- в) аллергическая реакция на водную среду *
- г) патологические изменения в сердце, легких *

46. При пребывании трупа в воде процесс мацерации эпидермиса ускоряется:

- а) в теплой воде *
- б) в проточной воде *
- в) при наличии одежды
- г) в холодной воде

47. Гемолиз эритроцитов возникает при:

- а) асфиксическом типе утопления
- б) аспирационном типе утопления *
- в) рефлекторном типе утопления
- г) пребывании трупа в воде

48. Асфиксию от недостатка кислорода в воздухе замкнутого пространства необходимо дифференцировать с:

- а) отравлением углекислым газом *
- б) отравлением сероводородом *
- в) повешением
- г) закрытием дыхательных путей пищевыми массами

49. При вскрытии трупов людей, погибших от недостатка кислорода в замкнутом пространстве, находят:

- а) признаки быстро наступившей смерти
- б) отсутствие каких-либо специфических изменений
- в) странгуляционную борозду
- г) пятна Пальтауфа-Лукомского-Рассказова

50. Смертельной является концентрация углекислого газа во вдыхаемом воздухе:

- а) 0,5%
- б) свыше 4-6%
- в) 1-3%
- г) 0,1%

Рекомендуемая литература:

№ п/п	Наименование	Автор (ы)	Год, место издания	Кол-во экземпляров в библиотеке	Наличие в ЭБС
1	2	3	4	5	6
1	Судебная медицина и судебно-медицинская экспертиза: нац. руководство	Пиголкин Ю.И. и др.	М.: ГЭОТАР-МЕД, 2014	3 экз.	ЭБ «Консультант врача»
2	Судебная медицина в схемах и рисунках: учебное пособие	Пашинян Г.А.	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008	72 экз.	ЭБ «Консультант студента»

Дополнительная литература

№ п/п	Наименование	Автор (ы)	Год, место издания	Кол-во экземпляров в библиотеке	Наличие в ЭБС
1	2	3	4	5	6
1	Судебная медицина. Compendium: учебное пособие	Пиголкин Ю.И.	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011	3	ЭБ «Консультант студента»
2	Атлас по судебной медицине	Пиголкин Ю.И.	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010	1	ЭБ «Консультант студента»

Законодательные и нормативно-правовые документы в соответствии с профилем дисциплины

- Федеральный закон «О государственной судебно-экспертной деятельности в Российской Федерации» № 73-ФЗ от 31 мая 2001 года.
- Приказ Минздравсоцразвития России от 12.05.2010 № 346н «Об утверждении порядка организации и производства судебно-медицинских экспертиз в государственных судебно-экспертных учреждениях Российской Федерации».
- Приказ Минздравсоцразвития России от 24.04.2008 № 194н "Об утверждении медицинских критериев определения степени тяжести вреда, причиненного здоровью человека».
- Постановление Правительства РФ от 17 августа 2007 г. № 522 «Об утверждении правил определения степени тяжести вреда причиненного здоровью человека».

Раздел 6. Действие крайних температур. Электротравма.**Темы:****6.1. Действие крайних температур. Электротравма.**

Цель: подготовка квалифицированного специалиста, обладающего системой общекультурных и профессиональных компетенций, способного и готового для самостоятельной профессиональной деятельности по специальности «Лечебное дело».

Задачи:

- сформировать обширный объем базовых, фундаментальных медицинских знаний судебно-медицинской экспертизы в случаях действия крайних температур, технического и атмосферного электричества, формирующих профессиональные компетенции врача, способного успешно решать свои профессиональные задачи;

- сформировать понятия о поводах и организации судебно-медицинской экспертизы

в случаях высоких, низких температур, технического и атмосферного электричества;

- изучить этиологию, патогенез и классификацию механической асфиксии;

- освоить критерии постановки диагноза при ожоговой болезни, общего переохлаждения организма, действия электричества;

- изучить технику исследования трупов при ожоговой болезни, общего переохлаждения организма, действия электричества.

Обучающийся должен знать:

- поводы и организацию судебно-медицинской экспертизы ожоговой болезни, общего переохлаждения организма, действия электричества;

- этиологию, патогенез и классификацию ожогов, ожоговой болезни, общего переохлаждения организма, действия электрического тока;

- критерии постановки судебно-медицинского диагноза в случаях ожоговой болезни, общего переохлаждения организма, действия электричества;

- технику исследования трупов при наступлении смерти в результате ожоговой болезни, общего переохлаждения организма, действия электричества.

Обучающийся должен уметь:

- установить и документировать судебно-медицинский диагноз в случаях ожоговой болезни, общего переохлаждения организма, действия электричества;

- проводить судебно-медицинское исследование трупов при ожоговой болезни, общего переохлаждения организма, действия электричества;

- использовать дополнительные методы исследования для диагностики ожоговой болезни, общего переохлаждения организма, действия электричества.

Обучающийся должен владеть:

- методами оценки морфологических и лабораторных признаков в случаях ожоговой болезни, общего переохлаждения организма, действия электричества;

- правилами постановки судебно-медицинского диагноза при ожоговой болезни, общего переохлаждения организма, действия электричества;

- использовать дополнительные методы исследования при ожоговой болезни, общего переохлаждения организма, действия электричества.

Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:

1. Ответить на вопросы по теме занятия.

1. Общее и местное действие высокой температуры. Ожоги. Ожоговая болезнь: периоды, причины смерти и сроки ее наступления. Экспертиза трупов, обнаруженных в очаге пожара, установление прижизненности действия пламени.

2. Общее и местное действие низкой температуры. Смерть от переохлаждения организма, условия, способствующие наступлению смерти, диагностика.

3. Механизмы действия тока на организм и условия, способствующие поражению электротоком, диагностика. Поражение атмосферным электричеством.

2. Практическая работа.

Выполнение практических заданий: разборы случаев из практики, судебно-медицинская экспертиза в случаях действия крайних температур и электрического тока, отработка практических навыков:

- Проведение описания термических ожогов, отморожений, признаков ожоговой болезни и общего переохлаждения организма;

- Определение степени тяжести вреда причиненного здоровью человека при термических ожогах и отморожениях;

- Установление механизма причинения повреждений;

- Экспертиза трупов лиц, погибших от действия крайних температур, действия электрического тока;

- Оформление заключения эксперта и выводов под контролем преподавателя.

3. Задания для групповой работы – те же, что и для индивидуальной
Варианты для групповой работы аналогичны вариантам для индивидуальной работы

Самостоятельная внеаудиторная работа обучающихся по теме:

1) *Ознакомиться с теоретическим материалом по теме занятия с использованием конспектов лекций и/или рекомендуемой учебной литературы.*

2) *Ответить на вопросы для самоконтроля:*

1. Общее и местное действие высокой температуры. Ожоги. Ожоговая болезнь: периоды, причины смерти и сроки ее наступления. Экспертиза трупов, обнаруженных в очаге пожара, установление прижизненности действия пламени.
2. Общее и местное действие низкой температуры. Смерть от переохлаждения организма, условия, способствующие наступлению смерти, диагностика.
3. Механизмы действия тока на организм и условия, способствующие поражению электротоком, диагностика. Поражение атмосферным электричеством.

3) *Подготовить ответы на тестовые задания:*

1. Морфологические изменения при отморожении 2-й степени возникают в:

- а) эпидермисе*
- б) дерме*
- в) подкожной жировой клетчатке
- г) глубоких тканях

2. Продолжительность периода ожогового шока:

- а) 1-2 дня*
- б) 3-5 дней
- в) 1 неделя
- г) 2 недели

3. Продолжительность периода ожоговой токсемии:

- а) 1-2 дня
- б) 3-10 дней*
- в) 11-21 день
- г) 22 дня и более

4. Морфологические признаки, свидетельствующие о прижизненном пребывании в очаге пожара:

- а) наличие копоти в носу, трахее, бронхах, альвеолах*
- б) наличие копоти в пазухе основной кости*
- в) ожоги дыхательных путей*
- г) реактивное воспаление тканей при ожогах кожи*

5. В каких органах значительно снижается содержание гликогена при общем действии низкой температуры на организм:

- а) печень*
- б) сердце*
- в) почка
- г) скелетная мускулатура*

6. Морфологические признаки смерти от общего охлаждения организма, выявляемые при исследовании трупа:

- а) интенсивная синюшная окраска трупных пятен
- б) пятна Вишневого*

- в) переполнение кровью правых отделов сердца
- г) переполнение кровью левых отделов сердца

7. Ожоги возникают от действий:

- а) раскаленных газов*
- б) раскаленных предметов*
- в) пламени*
- г) горячих жидкостей

8. При ожоге кожи 1 степени морфологические изменения возникают в:

- а) эпидермисе*
- б) толще дермы
- в) подкожно-жировой клетчатке
- г) глубоких тканях

9. Без рубцевания заживают ожоги:

- а) 1 степени*
- б) 2 степени*
- в) 4 степени
- г) 3А степени*

10. Компонентами механизма развития ожогового шока являются:

- а) болевое раздражение*
- б) истинная гиповолемия
- в) сгущение крови*
- г) токсемия*

11. Декомпенсация терморегуляции наступает при повышении общей температуры тела до уровня:

- а) 40 градусов
- б) 41 градуса
- в) 42 градусов*
- г) 44 градусов

12. Смертельной концентрацией карбоксигемоглобина в крови является:

- а) 20%
- б) 40%
- в) 45%
- г) более 50%*

13. Число степеней отморожения:

- а) две
- б) четыре*
- в) три

14. Морфологические изменения при 3 степени отморожения возникают в:

- а) эпидермисе*
- б) дерме*
- в) подкожно-жировой клетчатке*
- г) глубоких тканях

15. Смерть наступает при снижении ректальной температуры до:

- а) 30 градусов

- б) 18 градусов
- в) 23 градусов*
- г) 20 градусов

16. Периоды течения ожоговой болезни:

- а) ожоговый шок*
- б) ожоговая токсемия*
- в) септикотоксемия*
- г) кахексия

17. Причины смерти на месте происшествия при пожарах:

- а) отравление окисью углерода*
- б) отравление угарным газом*
- в) ожоговый шок*

18. Условия внешней среды, способствующие действию низкой температуры:

- а) сильный ветер*
- б) истощение
- в) пребывание в воде*
- г) тесная обувь*

19. В течение отморожений различают периоды:

- а) дореактивный*
- б) воспалительный
- в) реактивный*
- г) мумификации

20. Стадии отморожения:

- а) изменение окраски кожи и ее отек*
- б) образование пузырей*
- в) нагноение пузырей
- г) некроз кожи и подкожно-жировой клетчатки

21. Причины возникновения морфологических изменений в тканях при отморожении:

- а) омертвление тканей
- б) прямое действие холода*
- в) нарушение трофики тканей в результате вазоспазма*
- г) отделение тканей

22. Содержание гликогена, молочной кислоты в печени, миокарде и скелетной мышце при общем переохлаждении:

- а) повышается
- б) снижается*
- в) не изменяется

23. Признаки баротравмы проявляются в:

- а) головном мозге
- б) сердце
- в) легких*
- г) полости среднего уха*

24. Растрескивание черепа в результате его промерзания отличается от прижизненных переломов по:

а) локализации
б) направлению линий
в) соотношению признаков сжатия и растяжения костной ткани в краях перелома*
г) не отличаются друг от друга

25. Морфологические изменения при отморожении 2 степени возникают в:

- а) эпидермисе*
- б) дерме*
- в) подкожно-жировой клетчатке
- г) глубоких тканях

26. При ожоге 4 степени морфологические изменения возникают в:

- а) эпидермисе*
- б) дерме*
- в) подкожно-жировой клетчатке*
- г) глубоких тканях*

27. При общем тепловом поражении причиной смерти может быть:

- а) паралич дыхательного центра*
- б) паралич сердечно-сосудистого центра*
- в) нарушение ферментной и гормональной реакции
- г) общее запредельное торможение нервной системы

28. Забор крови из трупа для исследования на карбоксигемоглобин производится из:

- а) полостей сердца
- б) пазух твердой мозговой оболочки
- в) глубоких вен конечностей*
- г) крупных сосудов грудной и брюшной полостей

29. Минимальная концентрация карбоксигемоглобина, свидетельствующая о прижизненном пребывании в атмосфере пожара, является:

- а) 20%*
- б) 40%
- в) 50%
- г) более 50%

30. Состояния организма, способствующие действию низкой температуры:

- а) утомление*
- б) контакт с охлажденным предметом
- в) интоксикация*
- г) адинамия*

31. Основные характеристики электрического тока, имеющие судебно-медицинское значение:

- а) напряжение*
- б) сила*
- в) род тока*
- г) сопротивление проводника*

32. Среднее расстояние между двумя точками на земле, при котором может возникнуть «шаговое» напряжение электрического тока:

- а) 0,5 м

- б) 0,8 м*
- в) 1 м
- г) 2 м

33. Род электрического тока:

- а) постоянный*
- б) высокочастотный
- в) низкочастотный
- г) переменный*

34. Виды электричества, имеющие судебно-медицинское значение:

- а) статическое
- б) промышленное
- в) техническое*
- г) атмосферное*

35. Смертельной величиной (силой) электрического тока является:

- а) 0,05-0,1 А и более*
- б) 0,01 А
- в) 1 мА

36. Отметить правильную последовательность органов и тканей человека по степени уменьшения их сопротивления электрическому току:

- а) сухожилие – кость – кожа – подкожная клетчатка – кровеносные сосуды – мышцы – нервы
- б) кость – подкожная клетчатка – сухожилие – кожа – мышцы – кровеносные сосуды – нервы*
- в) нервы – кровеносные сосуды – мышцы – кожа – сухожилие – подкожная клетчатка – кость

37. Сопротивление электрическому току кожи человека при ее увлажнении:

- а) не изменяется
- б) снижается*
- в) повышается

38. Внутренние органы, через которые происходят опасные для жизни пути (петли) электрического тока:

- а) головной мозг
- б) сердце, легкое
- в) легкие, головной мозг, печень
- г) сердце, головного мозг*

39. Зависимость электротравмы от площади соприкосновения тела человека с токоведущим проводником:

- а) чем больше площадь, тем сильнее действие электрического тока*
- б) чем меньше площадь, тем сильнее действие тока
- в) площадь не имеет практического значения

40. Поражению электрическому току способствуют внешние факторы:

- а) повышенная влажность воздуха*
- б) смачивание водой различных предметов*
- в) смачивание водой почвы, пола*
- г) высокая температура воздуха, способствующая к усиленному потоотделению*

41. Чувствительность человека к электрическому току с возрастом:
- а) снижается*
 - б) не изменяется
 - в) повышается
42. Состояние организма, повышающее его чувствительность к действию электрического тока:
- а) перегревание*
 - б) кровопотеря*
 - в) наркоз*
 - г) охлаждение
43. Механическое действие электрического действия тока проявляется:
- а) перемещением внутренних органов
 - б) вывихами конечностей*
 - в) разрывами скелетных мышц*
 - г) отрывами конечностей*
44. Основные признаки типичных электрометок на коже:
- а) валикообразное возвышение по краям плотного участка поврежденной кожи*
 - б) округлая или овальная форма*
 - в) серовато-белый, бледно-желтый цвет*
 - г) отслаивание эпидермиса в виде пузыря без жидкого содержимого*
45. Макроскопические изменения органов и тканей трупа при смерти от электротравмы:
- а) отек ложа желчного пузыря
 - б) полнокровие внутренних органов*
 - в) темная, жидкая кровь в полостях сердца и крупных сосудах*
 - г) кровоизлияния в ткань почек и легких
46. Макроскопические изменения кожи при поражении молнией:
- а) разрывы*
 - б) ожоги, обугливание*
 - в) опаление волос*
 - г) древовидно разветвляющиеся или извилистые изменения*
47. Виды воздействий молнии на организм человека:
- а) механическое*
 - б) световое
 - в) тепловое*
 - г) электролитическое*
48. Электрический ток вызывает у человека следующие проявления:
- а) тонические судороги скелетных мышц*
 - б) сокращение селезенки
 - в) фибрилляция желудочков сердца*
 - г) спазм голосовых связок*
49. При не смертельной электротравме симптомокомплекс «мнимой смерти» («электрической летаргии») проявляется в следующие сроки:
- а) мгновенно*
 - б) через 1 час

в) через 10 суток

50. При наружном исследовании трупа обнаруживаются следующие признаки смерти от электротравмы:

- а) типичные или «нетипичные» электрометки*
- б) анизокория*
- в) мелкоточечные внутрикожные кровоизлияния*
- г) признаки непроизвольной дефекации, мочеотделения*

Рекомендуемая литература:

Основная

№ п/п	Наименование	Автор (ы)	Год, место издания	Кол-во экземпляров в библиотеке	Наличие в ЭБС
1	2	3	4	5	6
1	Судебная медицина и судебно-медицинская экспертиза: нац. руководство	Пиголкин Ю.И. и др.	М.: ГЭОТАР-МЕД, 2014	3 экз.	ЭБ «Консультант врача»
2	Судебная медицина в схемах и рисунках: учебное пособие	Пашинян Г.А.	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008	72 экз.	ЭБ «Консультант студента»

Дополнительная литература

№ п/п	Наименование	Автор (ы)	Год, место издания	Кол-во экземпляров в библиотеке	Наличие в ЭБС
1	2	3	4	5	6
1	Судебная медицина. Compendium: учебное пособие	Пиголкин Ю.И.	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011	3	ЭБ «Консультант студента»
2	Атлас по судебной медицине	Пиголкин Ю.И.	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010	1	ЭБ «Консультант студента»

Законодательные и нормативно-правовые документы в соответствии с профилем дисциплины

- Федеральный закон «О государственной судебно-экспертной деятельности в Российской Федерации» № 73-ФЗ от 31 мая 2001 года.
- Приказ Минздравсоцразвития России от 12.05.2010 № 346н «Об утверждении порядка организации и производства судебно-медицинских экспертиз в государственных судебно-экспертных учреждениях Российской Федерации».
- Приказ Минздравсоцразвития России от 24.04.2008 № 194н "Об утверждении медицинских критериев определения степени тяжести вреда, причиненного здоровью человека».
- Постановление Правительства РФ от 17 августа 2007 г. № 522 «Об утверждении правил определения степени тяжести вреда причиненного здоровью человека».

Раздел 7. Судебно-медицинская токсикология

Темы:

7.1. Судебно-медицинская токсикология.

Цель: подготовка квалифицированного специалиста, обладающего системой

общекультурных и профессиональных компетенций, способного и готового для самостоятельной профессиональной деятельности по специальности «Лечебное дело»

Задачи:

- сформировать обширный объем базовых, фундаментальных медицинских знаний судебно-медицинской экспертизы в случаях действия отравлений различными ядами, формирующими профессиональные компетенции врача, способного успешно решать свои профессиональные задачи;

- сформировать понятия о поводах и организации судебно-медицинской экспертизы в случаях отравлений;

- изучить этиологию, патогенез отравлений и классификацию ядов;

- освоить критерии постановки диагноза при отравлениях;

- изучить технику исследования трупов и изъятие биологического материала на судебно-химическое исследование при отравлениях.

Обучающийся должен знать:

- принципы организации судебно-медицинской экспертизы отравлений;

- этиологию, патогенез отравлений и классификацию ядов;

- критерии постановки судебно-медицинского диагноза в случаях отравлений;

- технику исследования трупов при отравлениях.

Обучающийся должен уметь:

- установить и документировать судебно-медицинский диагноз в случаях отравлений;

- проводить судебно-медицинское исследование трупов при отравлениях;

- использовать дополнительные методы исследования для диагностики отравлений.

Обучающийся должен владеть:

- методами оценки морфологических и лабораторных признаков отравлений различными ядами;

- правилами постановки судебно-медицинского диагноза при отравлениях;

- использовать дополнительные методы исследования при отравлениях.

Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:

1. Ответить на вопросы по теме занятия.

1. Понятие о ядах, действие ядов, классификации.

2. Отравление едкими ядами: кислоты, щелочи.

3. Отравление деструктивными ядами: ртуть, свинец, мышьяк.

4. Отравление гематотропными ядами: окись углерода.

5. Отравление этиловым спиртом и спиртосодержащими жидкостями.

6. Отравление фосфорорганическими соединениями.

2. Практическая работа.

Выполнение практических заданий: разборы случаев из практики, судебно-медицинская экспертиза трупов в случаях отравлений, отработка практических навыков:

– Проведение описания химических ожогов, морфологических особенностей при отравлении различными ядами;

– Определение степени тяжести вреда причиненного здоровью человека при отравлениях;

– Установление этиологии и патогенеза отравлений;

– Экспертиза трупов лиц, погибших от отравлений;

– Оформление заключения эксперта и выводов под контролем преподавателя.

3. Задания для групповой работы – те же, что и для индивидуальной

Варианты для групповой работы аналогичны вариантам для индивидуальной работы

Самостоятельная внеаудиторная работа обучающихся по теме:

1) *Ознакомиться с теоретическим материалом по теме занятия с использованием*

конспектов лекций и/или рекомендуемой учебной литературы.

2) Ответить на вопросы для самоконтроля:

1. Понятие о ядах, действие ядов, классификации.
2. Отравление едкими ядами: кислоты, щелочи.
3. Отравление деструктивными ядами: ртуть, свинец, мышьяк.
4. Отравление гематотропными ядами: окись углерода.
5. Отравление этиловым спиртом и спиртосодержащими жидкостями.
6. Отравление фосфорорганическими соединениями.

3) Подготовить ответы на тестовые задания:

1. Отравления каким ядом встречаются в судебно-медицинской практике наиболее часто?
 - а) уксусной кислотой
 - б) окисью углерода
 - в) этиловым спиртом*
 - г) фосфорорганическими соединениями
2. Приведите пример синергизма в действии на организм химических веществ:
 - а) алкоголь + кофеин
 - б) цианиды + глюкоза
 - в) алкоголь + барбитураты*
 - г) этанол + метанол
3. Приведите пример антагонизма в действии на организм химических веществ:
 - а) алкоголь + кофеин*
 - б) цианиды + глюкоза*
 - в) алкоголь + барбитураты
 - г) этанол + ацетон
4. Какое состояние организма усиливает токсическое действие ядов на организм?
 - а) большая масса тела
 - б) молодой и пожилой возраст*
 - в) привыкание к яду
 - г) заболевания печени, почек, ЖКТ*
5. К какой группе ядов относится этиловый алкоголь?
 - а) едкие яды
 - б) деструктивные яды
 - в) яды действующие на кровь
 - г) функциональные яды*
6. К какой группе ядов относятся соединения ртути и мышьяка?
 - а) едкие яды
 - б) деструктивные яды*
 - в) яды действующие на кровь
 - г) функциональные яды
7. Какой из ядов вызывает атрофию клеток сетчатки и зрительных нервов?
 - а) этиловый спирт
 - б) окись углерода
 - в) уксусная кислота
 - г) метиловый спирт*

8. Какой из ядов вызывает блокирование холинэстеразы и увеличение концентрации ацетилхолина в крови?
- а) этиловый спирт
 - б) окись углерода
 - в) уксусная кислота
 - г) дихлофос*
9. Какая концентрация этанола в крови считается смертельной?
- а) 1,5-2,5 ‰_о
 - б) 2,5-3,0 ‰_о
 - в) 3,0-5,0 ‰_о
 - г) 5,0‰_о и более*_ж
10. Механизм токсического окиси углерода заключается в:
- а) блокаде SH-групп белков-ферментов и структурных белков органов и тканей
 - б) образовании карбоксигемоглобина*
 - в) образовании метгемоглобина
11. Какой патоморфологический признак характерен для отравления уксусной кислотой:
- а) почка размерами в 4 раза больше нормы
 - б) «синюха» мозга
 - в) трупные пятна с розовым оттенком
 - г) гемоглобинурийный нефроз*
12. Для отравления каким ядом характерно образование метгемоглобина:
- а) этиловый спирт
 - б) метиловый спирт*
 - в) уксусная кислота
 - г) окись углерода
13. При отравлении каким ядом образуются оксалаты кальция:
- а) этиловый спирт
 - б) уксусная кислота
 - в) этиленгликоль*
 - г) окись углерода
14. Какой механизм лежит в основе патогенеза отравления окисью углерода:
- а) воздействие на опиоидные рецепторы мозга
 - б) образование оксалатов кальция
 - в) образование карбоксигемоглобина*
 - г) образование метгемоглобина
15. При отравлении каким ядом развивается массивный гемолиз эритроцитов:
- а) этиловым спиртом
 - б) барбитуратами
 - в) карбофосом
 - г) уксусной кислотой*
16. Какая концентрация карбоксигемоглобина в крови считается смертельной:
- а) 10-20%

- б) 20-30%
- в) 30-40%
- г) 50% и более*

17. Что является антидотом при отравлении метиловым спиртом:

- а) глюкоза
- б) атропиноподобные вещества
- в) этиловый спирт*
- г) кислород

18. При отравлении каким ядом происходит увеличение печени до 1200 грамм, почек – до 600 грамм:

- а) этиловым спиртом
- б) этиленгликолем*
- в) уксусной кислотой
- г) окисью углерода

19. Какой из ядов нарушает процессы окисления жиров:

- а) этиловый спирт*
- б) этиленгликоль
- в) уксусная кислота
- г) окись углерода

20. Какова причина смерти при отравлении морфином:

- а) острая почечная и печеночная недостаточность
- б) острая сердечная недостаточность
- в) остановка дыхания*
- г) экзотоксический шок

21. Воздействие каким ядом вызывает образование коагуляционного некроза:

- а) уксусной кислотой*
- б) едким натром
- в) формальдегидом
- г) серной кислотой*

22. Воздействие каким ядом вызывает образование колликвационного некроза:

- а) уксусной кислотой
- б) едким натром*
- в) формальдегидом*
- г) серной кислотой

23. Какой яд способен проникать через неповрежденные кожные покровы:

- а) этиловый спирт
- б) тиофос*
- в) уксусная кислота
- г) окись углерода

24. На какие вещества распадается этиловый спирт в организме человека:

- а) формальдегид и муравьиную кислоту
- б) ацетальдегид и муравьиную кислоту
- в) формальдегид и уксусную кислоту
- г) ацетальдегид и уксусную кислоту*

25. В какой цвет окрашиваются слизистые оболочки, кожа и внутренние органы при

отравлении уксусной кислотой:

- а) красный
- б) желтый*
- в) коричневый
- г) серый

Рекомендуемая литература:

Основная

№ п/п	Наименование	Автор (ы)	Год, место издания	Кол-во экземпляров в библиотеке	Наличие в ЭБС
1	2	3	4	5	6
1	Судебная медицина и судебно-медицинская экспертиза: нац. руководство	Пиголкин Ю.И. и др.	М.: ГЭОТАР-МЕД, 2014	3	ЭБ «Консультант врача»
2	Судебная медицина в схемах и рисунках: учебное пособие	Пашинян Г.А.	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008	72	ЭБ «Консультант врача»

Дополнительная литература

№ п/п	Наименование	Автор (ы)	Год, место издания	Кол-во экземпляров в библиотеке	Наличие в ЭБС
1	2	3	4	5	6
1	Судебная медицина. Compendium: учебное пособие	Пиголкин Ю.И.	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011	3	ЭБ «Консультант студента»
2	Атлас по судебной медицине	Пиголкин Ю.И.	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010	1	ЭБ «Консультант студента»

Законодательные и нормативно-правовые документы в соответствии с профилем дисциплины

- Федеральный закон «О государственной судебно-экспертной деятельности в Российской Федерации» № 73-ФЗ от 31 мая 2001 года.
- Приказ Минздравсоцразвития России от 12.05.2010 № 346н «Об утверждении порядка организации и производства судебно-медицинских экспертиз в государственных судебно-экспертных учреждениях Российской Федерации».
- Приказ Минздравсоцразвития России от 24.04.2008 № 194н "Об утверждении медицинских критериев определения степени тяжести вреда, причиненного здоровью человека».
- Постановление Правительства РФ от 17 августа 2007 г. № 522 «Об утверждении правил определения степени тяжести вреда причиненного здоровью человека».

Раздел 8. Осмотр места происшествия.

Темы:

8.1. Осмотр места происшествия.

Цель: подготовка квалифицированного специалиста, обладающего системой общекультурных и профессиональных компетенций, способного и готового для самостоятельной профессиональной деятельности по специальности «Лечебное дело»

Задачи:

- сформировать обширный объем базовых, фундаментальных медицинских знаний для осмотра трупа на месте происшествия, формирующих профессиональные компетенции врача, способного успешно решать свои профессиональные задачи.

- изучить процессуальные основы осмотра трупа на месте происшествия;

- изучить задачи судебно-медицинского эксперта при осмотре трупа на месте происшествия;

- освоить принципы осмотра трупа на месте происшествия;

Обучающийся должен знать:

- процессуальные основы осмотра трупа на месте происшествия;

- задачи судебно-медицинского эксперта при осмотре трупа на месте происшествия;

- принципы осмотра трупа на месте происшествия;

Обучающийся должен уметь:

- установить и документировать описание позы и расположения трупа, описание одежды, трупных явлений и повреждений;

- самостоятельно проводить осмотр трупа на месте происшествия;

- использовать и интерпретировать полученные результаты для установления давности наступления смерти;

Обучающийся должен владеть:

- методами оценки ранних и поздних трупных явлений;

- правилами описания повреждений;

- использовать суправитальные реакции для установления давности смерти.

Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:

1. Ответить на вопросы по теме занятия.

1. Правовая регламентация осмотра места происшествия.

2. Участники осмотра и их обязанности. Задачи врача – специалиста в области судебной медицины при осмотре трупа.

3. Особенности осмотра при некоторых видах смерти: транспортная травма, падение с высоты, огнестрельная травма, отравления, повешения.

2. Практическая работа.

Выполнение практических заданий: разборы случаев из практики, осмотр трупа на месте происшествия, решение тестовых заданий, отработка практических навыков:

– Проведение описания повреждений;

– Определение степени тяжести выраженности трупных явлений;

– Установление давности наступления смерти.

3. Задания для групповой работы – те же, что и для индивидуальной

Варианты для групповой работы аналогичны вариантам для индивидуальной работы

Самостоятельная внеаудиторная работа обучающихся по теме:

1) *Ознакомиться с теоретическим материалом по теме занятия с использованием конспектов лекций и/или рекомендуемой учебной литературы.*

2) *Ответить на вопросы для самоконтроля:*

1. Правовая регламентация осмотра места происшествия.

2. Участники осмотра и их обязанности. Задачи врача – специалиста в области судебной медицины при осмотре трупа.

3. Особенности осмотра при некоторых видах смерти: транспортная травма, падение с высоты, огнестрельная травма, отравления, повешения.

3) *Проверить свои знания с использованием тестового контроля*

1. Осмотр трупа на месте его обнаружения следователь может проводить с участием:

а) патологоанатома

- б) судебно-медицинского эксперта*
- в) консультанта
- г) фельдшера

2. Если для осмотра трупа на месте его обнаружения невозможно вызвать судебно-медицинского эксперта, для этих целей в соответствии с УПК, привлекают врача любой специальности:

- а) да*
- б) нет

3. При осмотре места происшествия следователь составляет документ под названием:

- а) заключение об осмотре места происшествия
- б) экспертное заключение об обнаружении трупа
- в) протокол осмотра места происшествия*
- г) акт осмотра места происшествия

4. По прибытии на место происшествия главные задачи судебно-медицинского эксперта (врача-эксперта) являются определение:

- а) наличие повреждений*
- б) причины смерти
- в) факта наступления смерти*
- г) обнаружения вещественных доказательств

5. При обнаружения трупа факт наступления смерти констатируется на основе:

- а) вероятных признаков смерти
- б) отсутствия дыхания
- в) достоверных признаков смерти*
- г) отсутствия сердцебиения

6. При отсутствии достоверных признаков смерти пострадавшего на месте происшествия судебно-медицинский эксперт обязан:

- а) составить протокол
- б) ожидать появления достоверных признаков
- в) проводить реанимационные мероприятия*
- г) сфотографировать труп

7. При осмотре места происшествия обычно выделяют такие стадии:

- а) статическая*
- б) осмотра трупа
- в) изъятия вещественных доказательств
- г) динамическая*

8. Детальный наружный осмотр трупа врач производит в такой стадии осмотра места происшествия как:

- а) статическая
- б) изъятия вещ. доказательств
- г) динамическая*
- д) общий осмотр

9. Пятна Лярише, обнаруженные при исследовании трупа на месте происшествия на конъюнктиве его глаз, которые были закрыты веками, указывают на:

- а) после наступления смерти труп был с открытыми глазами*
- б) насильственную категорию смерти

в) факт наступления смерти

10. На месте происшествия время наступления смерти может быть определено путем исследования:

- а) трупных пятен*
- б) трупного окоченения*
- в) электровозбудимости мышц*
- г) механического раздражения поперечно-полосатых мышц*

11. Что изучают при статической стадии осмотра трупа на месте его обнаружения:

- а) фиксируют расположение предметов*
- б) фотографирование места происшествия*
- в) положение трупа по отношению к окруж. предметам*
- г) констатация факта смерти

12. Что изучают при динамической стадии осмотра трупа на месте его обнаружения:

- а) не нарушают расположение предметов
- б) все предметы подробно осматривают со всех сторон*
- в) детальный наружный осмотр трупа*
- г) обнаружение вещ. доказательств*

13. Организация доставки трупа, одежды и вещественных доказательств в морг и лабораторию является обязанностью:

- а) родственников
- б) участкового врача
- в) следователя*
- г) эксперта-криминалиста

14. Основными последовательными этапами наружного осмотра трупа являются:

- а) осмотр общего вида трупа*
- б) исследование трупных явлений*
- в) осмотр одежды трупа*
- г) осмотр и исследование повреждений*

15. Осмотр места происшествия и трупа на месте его обнаружения является:

- а) экспертизой
- б) первоначальным следственным действием*
- в) освидетельствованием

16. На месте происшествия врач специалист в области судебной медицины может только:

- а) произвести зондирование раневого канала
- б) взять мазки из половых органов трупа женщины
- в) определить наличие металлизации кожных покровов
- г) проводить предварительные пробы на наличие крови*

17. С места дорожно-транспортного происшествия для лабораторного судебно-медицинского исследования целесообразно брать:

- а) частицы лакокрасочного покрытия автомобиля
- б) осколки стекол
- в) частицы внутренних органов с деталей автомобиля и дороги*
- г) следы крови*

18. Обнаруженные на месте дорожно-транспортного происшествия следы и иные

объекты должны быть:

- а) измерены*
- б) сфотографированы*
- в) исследованы на месте происшествия
- г) взяты на лабораторное исследование*

19. На месте происшествия при осмотре петли на шее трупа отмечают:

- а) локализацию петли*
- б) характеристику петли*
- в) количество витков*
- г) материал петли*

20. Под петлей на шее трупа могут быть обнаружены:

- а) мягкие подкладки из ткани*
- б) ущемленные волосы*
- в) части одежды*
- г) кончики пальцев рук трупа*

21. В случае утопления мелкопузырчатая пена вокруг отверстий рта и носа сохраняется:

- а) 2-3 суток*
- б) 4-5 суток
- в) 12-24 часа
- г) 6-10 суток

22. При осмотре трупа, извлеченного из воды, отмечают:

- а) бледность кожных покровов*
- б) выделение кала*
- в) сморщивание кожи в области сосков и мошонки*
- г) мацерацию*

23. Признаки прижизненного действия пламени на лице, устанавливаемые при осмотре трупа на месте происшествия:

- а) наличие копоти на лице
- б) отсутствие копоти в складках в области глаз, носа*
- в) копоть в наружных слуховых проходах
- г) растрескивание зубной эмали

24. В случае удавления руками на шее трупа можно обнаружить:

- а) следы пальцевых узоров нападавшего
- б) потожировые загрязнения с рук нападавшего*
- в) волокна перчаток*
- г) частицы металла

25. Врач-специалист в области судебной медицины проводит работу на месте происшествия по:

- а) своей инициативе
- б) указанию следователя*
- в) указания оперативного работника милиции
- г) определению суда*

Рекомендуемая литература:

Основная

№ п/п	Наименование	Автор (ы)	Год, место издания	Кол-во экземпляров в библиотеке	Наличие в ЭБС
1	2	3	4	5	6
1	Судебная медицина и судебно-медицинская экспертиза: нац. руководство	Пиголкин Ю.И. и др.	М.: ГЭОТАР-МЕД, 2014	3 экз.	ЭБ «Консультант врача»
2	Судебная медицина в схемах и рисунках: учебное пособие	Пашинян Г.А.	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008	72 экз.	ЭБ «Консультант студента»

Дополнительная литература

№ п/п	Наименование	Автор (ы)	Год, место издания	Кол-во экземпляров в библиотеке	Наличие в ЭБС
1	2	3	4	5	6
1	Судебная медицина. Compendium: учебное пособие	Пиголкин Ю.И.	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011	3	ЭБ «Консультант студента»
2	Атлас по судебной медицине	Пиголкин Ю.И.	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010	1	ЭБ «Консультант студента»

Законодательные и нормативно-правовые документы в соответствии с профилем дисциплины

- Федеральный закон «О государственной судебно-экспертной деятельности в Российской Федерации» № 73-ФЗ от 31 мая 2001 года.
- Приказ Минздравсоцразвития России от 12.05.2010 № 346н «Об утверждении порядка организации и производства судебно-медицинских экспертиз в государственных судебно-экспертных учреждениях Российской Федерации».
- Приказ Минздравсоцразвития России от 24.04.2008 № 194н "Об утверждении медицинских критериев определения степени тяжести вреда, причиненного здоровью человека».
- Постановление Правительства РФ от 17 августа 2007 г. № 522 «Об утверждении правил определения степени тяжести вреда причиненного здоровью человека».

Раздел 9. Судебно-медицинская травматология

Темы:

9.1. Судебно-медицинская травматология. Часть 1.

9.2. Судебно-медицинская травматология. Часть 2. Зачетное занятие

Цель: подготовка квалифицированного специалиста, обладающего системой общекультурных и профессиональных компетенций, способного и готового для самостоятельной профессиональной деятельности по специальности «Лечебное дело». Оценка знаний, умений, навыков и контроль результатов освоения дисциплины.

Задачи:

- сформировать обширный объем базовых, фундаментальных медицинских знаний судебно-медицинской экспертизы в случаях механической травмы, формирующих профессиональные компетенции врача, способного успешно решать свои профессиональные задачи.
- сформировать поводы и принципы организации судебно-медицинской экспертизы

механической травмы;

- изучить этиологию, патогенез и классификацию механической травмы;
- освоить критерии постановки диагноза при механической травме;
- изучить технику исследования трупов при механической травме.

Обучающийся должен знать:

- поводы и организацию судебно-медицинской экспертизы механической травмы;
- этиологию, патогенез и классификацию механической травмы;
- критерии постановки судебно-медицинского диагноза в случаях механической травмы;
- технику исследования трупов при механической травме.

Обучающийся должен уметь:

травмы;

- проводить судебно-медицинское исследование трупов при механической травме;
- использовать и интерпретировать дополнительные методы исследования при механической травме.

Обучающийся должен владеть:

- методами оценки морфологических и лабораторных признаков механической травмы;
- правилами постановки судебно-медицинского диагноза при механической травме;
- использовать дополнительные методы исследования при механической травме.

Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:

1. Ответить на вопросы по теме занятия.

1. Понятие о травме и травматизме. Виды травматизма, факторы, вызывающие образование повреждений.

2. Классификация повреждений.

3. Причина смерти при механических повреждениях.

4. Виды деформации. Установления механизма и давности образования повреждений.

5. Алгоритм описания повреждений.

6. Классификация твердых тупых предметов.

7. Виды повреждений мягких тканей (кровоподтеки, ссадины, раны), их морфологические особенности и алгоритм описания.

8. Классификация переломов костей черепа и длинных трубчатых костей. Методы установления механизма образования переломов костей скелета.

9. Классификация транспортной травмы. Виды автомобильной травмы. Виды повреждений при автомобильной травме. Возможности решения вопроса об установлении транспортного средства по локализации и характеру повреждений.

10. Виды падений с высоты. Морфологические особенности повреждений, возникающих при падении со значительной высоты в зависимости от вариантов приземлений. Падение с незначительной высоты, на лестничном марше, в замкнутом пространстве, из положения стоя. Возможности установления механизма травмы.

11. Классификация и конструктивные особенности острых орудий. Механизм действия острых орудий и морфологические особенности причиняемых ими повреждений. Алгоритм описания повреждений, причиняемых острыми орудиями. Причины смерти при повреждениях, причиняемыми острыми орудиями.

2. Практическая работа.

Выполнение практических заданий: разборы случаев из практики, судебно-медицинская экспертиза трупов лиц, погибших в результате механической травмы, решение ситуационных задач, тестовых заданий, отработка практических навыков:

- Проведение описания повреждений;
- Определение степени тяжести вреда причиненного здоровью человека при механической травме;

- Установление механизма причинения повреждений;
- Экспертиза трупов лиц, погибших от механической травмы;
- Оформление заключения эксперта и выводов под контролем преподавателя.

3. Решить ситуационные задачи:

Пример задачи с разбором по алгоритму.

Согласно данным постановления следователя отдела по расследованию дорожно-транспортных преступлений следственного управления УМВД России, водитель И., управляя автомобилем ВАЗ-21061, двигался по проезжей части и совершил столкновение с пешеходом Ч., пересекавшую проезжую часть в направлении слева направо по ходу движения автомобиля ВАЗ-21061. Наезд на пешехода Ч. произошел передней частью автомобиля ВАЗ-21061 точкой, расположенной в районе передней правой фары. От удара пешехода Ч. отбросило вперед и вправо относительно направления движения автомобиля ВАЗ-21061, после чего она упала на местное уширение проезжей части. В результате дорожно-транспортного происшествия пешеходу Ч. были повреждения, от которых она скончалась на месте происшествия.

При судебно-медицинском исследовании трупа обнаружены следующие повреждения:

- ссадины: на наружной поверхности правой голени на границе верхней и средней трети на расстоянии около 26 см от уровня подошвенной поверхности правой стопы (5), неправильной овальной и полосовидной формы размерами от 0,3x0,2 см до 3x0,8 см, с подсохшим дном ниже уровня кожи, бледно-красного цвета, эластичной консистенции;

- ссадина на наружной поверхности в области правого коленного сустава на расстоянии около 37 см от уровня подошвенной поверхности правой стопы, овальной формы, размерами 1x0,7 см, ниже уровня кожи, бледно-красного цвета, эластичной консистенции;

- ссадина на передней поверхности левой голени в средней трети на расстоянии около 17 см от уровня подошвенной поверхности левой стопы, неопределенной формы, размерами 5,5x1,5 см, ниже уровня кожи, бледно-красного цвета, эластичной консистенции. Длинник указанной ссадины ориентирован соответственно цифрам 11 и 5 условного циферблата часов;

- рана на внутренней поверхности левой голени в верхней трети на расстоянии около 17 см от уровня подошвенной поверхности левой стопы. Рана при зиянии веретенообразной формы, размерами 1x0,5 см. Края раны неровные, осадненные на ширину до 0,3 см. Зона осаднения бледно-красного цвета, ниже уровня кожи, эластичной консистенции. Концы раны закругленные, ориентированы соответственно цифрам 11 и 5 условного циферблата часов. Глубина раны около 0,7 см, дном ее являются мягкие ткани;

- кровоподтек в поясничной области справа на расстоянии около 75 см от уровня подошвенной поверхности стоп, размерами 6,5x4 см, синюшно-багрового цвета, с нечеткими границами;

- ссадины: на задней поверхности в области правого локтевого сустава (1), на тыльной поверхности правой кисти (2), неопределенной формы, ниже уровня кожи, темно-красного цвета, эластичной консистенции.

В мягких тканях головы в теменно-затылочной области справа кровоизлияние неопределенной формы, размерами 6x5 см, глубиной до 0,5 см, насквозь пропитывающее мягкие ткани, с нечеткими границами. Обнаружен линейный перелом, начало которого располагается в области правой теменной кости, на границе с правой ветвью венечного шва, на расстоянии около 6 см вправо от точки пересечения венечного и стреловидного швов. Линия перелома проходит в направлении спереди назад и сверху вниз, пересекает правую теменную кость, правый теменно-височный шов и переходит на чешуйчатую часть правой височной кости, далее вдоль переднего края пирамиды правой височной кости до турецкого седла (с расхождением краев перелома на данном уровне до 0,2 см), пересекает его и заканчивается у основания пирамиды левой височной кости. Края перелома в области правой теменной кости со стороны наружной компактной пластинки мелкозубчатые, отвесные, хорошо сопоставимые между собой, со стороны внутренней компактной пластинки края перелома волнистые, отвесные, хорошо сопоставимые между собой. Края указанного перелома в области

костей основания черепа как со стороны наружной, так и со стороны внутренней компактных пластинок отвесные, мелковолнистые, хорошо сопоставимые между собой. Под мягкой мозговой оболочкой в области свода лобных, теменных, височных, затылочных долей, полушарий мозжечка, основания левой лобной и левой височной долей - кровоизлияния темно-красного цвета, размерами от 1,5x1 см до 7x5 см, с относительно четкими границами, с расположением крови преимущественно в области борозд. По снятию мягкой мозговой оболочки в области свода левой височной и основания височных долей - мелкоочаговые кровоизлияния темно-красного цвета, располагающиеся в сером веществе, сгруппированные на участках размерами до 2x1,7 см. Обнаружен неполный косопоперечный разрыв продолговатого мозга на уровне нижнего края оливы, плоскость разрыва проходит в направлении спереди назад и сверху вниз; края разрыва неровные, кашицеобразной консистенции. Под мягкой оболочкой продолговатого мозга на уровне разрыва очаговые кровоизлияния темно-красного цвета, размерами до 0,9x0,7 см, темно-красного цвета, с нечеткими границами. В продолговатом мозге на уровне определяются единичные точечные кровоизлияния темно-красного цвета, с относительно четкими границами, расположенные как в центральных, так и в периферических отделах.

При исследовании позвоночного столба обнаружен полный поперечный разрыв межпозвоночного диска и передней продольной связки между 1 и 2 шейными позвонками. Плоскость разрыва проходит в направлении спереди назад. Края разрыва неровные, мелкобугристые. При вскрытии позвоночного канала под мягкой оболочкой спинного мозга в проекции перелома шейных позвонков - очаговые кровоизлияния темно-красного цвета, размерами до 1x0,8 см, с нечеткими границами, темно-красного цвета.

В просвете трахеи и крупных бронхов большое количество жидкой пенистой темно-красной крови, занимающее до 1/2 просвета трахеи и до 2/3 просвета крупных бронхов. Легкие мягко-эластичные, с поверхности пестрой окраски, с чередующимися участками темно-красного и серовато-розового цвета, размерами от 2x1 см до 6x4 см, с относительно четкими границами. На разрезах ткань пестрой окраски, с чередующимися участками темно-красного и серовато-розового цвета, с разрезов стекает жидкая темно-красная кровь в умеренном количестве. Бронхи на разрезах зияют, не выступают над поверхностью, в просветах их умеренное количество жидкой, темно-красной крови.

По данным результатов судебно-гистологического исследования установлено: «Очаговое субарахноидальное кровоизлияние без реактивных изменений. Множественные мелкоочаговые кровоизлияния без реактивных изменений в коре и стволом отделе головного мозга, слабый перифокальный отек мозга. Признаки гемаспирации. Очаговый альвеолярный отек легких».

1. Какие повреждения установлены у гр-ки Ч.?
2. Каков механизм образования, давность причинения повреждений?
3. Какова причина смерти гр-ки Ч.?
4. В каком положении относительно автомобиля ВАЗ-21061 находилась гр-ка Ч. в момент первичного контакта с ним?
5. Могли ли повреждения быть причинены в срок и при обстоятельствах, указанных в постановлении?

Эталон ответа:

На основании изучения обстоятельств автомобильной травмы, судебно-медицинского исследования трупа гр-ки Ч., установлен судебно-медицинский диагноз:

Основной: сочетанная тупая травма тела:

- открытая черепно-мозговая травма: кровоизлияние в мягких тканях головы в теменно-затылочной области справа; кровоизлияния под мягкой мозговой оболочкой в области свода лобных, теменных, височных, затылочных долей, полушарий мозжечка, основания левой лобной и левой височной долей; кровоизлияния в вещество головного мозга в области свода левой височной и основания височных долей; линейный перелом правой теменной, височных и клиновидной костей;

- закрытая тупая травма шеи: полный поперечный разрыв межпозвоночного диска и разрыв передней продольной связки между 1 и 2 шейными позвонками, неполный косопоперечный разрыв продолговатого мозга, кровоизлияния под мягкую оболочку и в ткань продолговатого мозга;

- кровоподтек в поясничной области справа, кровоизлияние в окологочечной жировой клетчатке правой почки; ссадины на правой голени (5), ссадина в области правого коленного сустава, ссадина на левой голени в средней трети, ушибленная рана на внутренней поверхности левой голени в верхней трети, ссадины на задней поверхности в области правого локтевого сустава (1), на тыльной поверхности правой кисти (2).

Осложнение: гемаспирация – пестрая окраска ткани легких, наличие большого количества крови в просветах бронхов и трахеи, наличие эритроцитов в просветах альвеол и бронхиол, данные судебно-гистологического исследования.

Задачи для самостоятельного разбора на занятии.

ЗАДАЧА № 1

Согласно данным постановления следователя отдела по расследованию дорожно-транспортных преступлений следственного управления УМВД России, неустановленный автомобиль совершил столкновение с пешеходом Х., который в результате причиненных повреждений скончался на месте происшествия.

При судебно-медицинском исследовании трупа гр-на Х. установлены повреждения:

Кровоподтеки, сходной характеристики, неопределенной и полосовидной формы, багрово-синюшной окраски, с четкими границами, которые располагаются: на наиболее выступающих участках рельефа лица, лобной области, области обеих глазниц, области носа, скуловых областях, подбородочной области (1) и размером 21x14 см, на расстоянии 148 см от уровня подошвенной поверхности стоп; передней поверхности правой дельтовидной области (1) и размером 6x5 см, на расстоянии 142 см от уровня подошвенной поверхности стоп; спине в средней и нижней трети и поясничной области, полосовидной формы, размером 30x26 см, на расстоянии 101 см от уровня подошвенной поверхности стоп, на верхнем и нижнем крае его по задней срединной линии прощупывается перелом тел позвоночника, справа на верхнем крае кровоподтека – линейная, поперечно ориентированная ссадина, размером 19x3 см, буровато-красного цвета, ниже уровня окружающей кожи, мягко-эластичной консистенции, с четкими границами; на тыле левой кисти в области пястных костей с 1 по 5 пальцы (1), размером 10x5 см; передней области правого бедра в средней и нижней трети снаружи (1) и размером 17x8 см, на расстоянии 58 см от уровня подошвенной поверхности стоп; левом бедре передней области в нижней трети с переходом на область колена кнутри (1), углообразной формы, угол близкий к прямому, косо-продольно ориентирован и открыт вниз и вправо (1) и на участке размером 12x10 см, на расстоянии 42 см от уровня подошвенной поверхности стоп; передней поверхности левого бедра кнутри в средней трети (1) и размером 10x8 см, на расстоянии 58 см от уровня подошвенной поверхности стоп; передней области правого колена с переходом на переднюю поверхность правой голени (1) и размером 35x10 см, на расстоянии 14 см от уровня подошвенной поверхности стоп; тыле правой стопы в проекции 1 и 2 пальцев (1) и размером 12x6 см; передней поверхности левой голени по всей ее длине кнутри (1) и размером 30x9 см, на расстоянии 14 см от уровня подошвенной поверхности стоп; тыле левой стопы с переходом на подошву на внутренней поверхности в средней трети (1) и размером 8x5 см. Ссадины, сходной характеристики, овальной, веретенообразной и полосовидной формы, буровато-красного цвета, ниже уровня окружающей кожи, с четкими границами, и раны, сходной характеристики, веретенообразной и линейной формы при зиянии, размерами около от 0,4x0,2 см до 1,5x0,6 см, при сведении краев щелевидной формы, края сопоставляются без образования дефекта кожного покрова. Концы их остроугольные, края неровные, мелкозубчатые, с осаднением, шириной до 0,3 см, буровато-красного цвета, ниже уровня окружающей кожи, края и стенки их отвесные, стенки неровные, мелкозубчатые. Дном ран являются мягкие ткани с соединительнотканными перемычками, раны глубиной до 0,6 см в центре и затухают к концам.

В краях, стенках и дне - кровоизлияния темно-красного цвета, блестящие. Ссадины и раны располагаются: на лице в центре кровоподтеков, больше на спинке и кончике носа, надбровных дугах и подбородочной области, области верхней и нижней губ, продольно ориентированы; передней поверхности груди в проекции обеих ключиц и до уровня 2 межреберья, на участках размером 10x8 см справа и слева, больше выражены слева, на расстоянии 138 см от уровня подошвенной поверхности груди; передней поверхности груди с 4 по 8 межреберье между левой и правой среднеключичными линиями (1) и размером 30x15 см, на расстоянии 112 см от уровня подошвенной поверхности стоп; животе и области таза по передней поверхности, общим размером 35x25 см, на расстоянии 80 см от уровня подошвенной поверхности стоп. Рана в левой паховой области (1), веретенообразной формы при зиянии и размером 8x2 см, на расстоянии 77 см от уровня подошвенной поверхности стоп. Рана при сведении краев щелевидной формы, края сопоставляются без образования дефекта кожного покрова. Рана косо-продольно ориентирована. Концы ее остроугольные и ориентированы соответственно цифрам 1 и 7 условного циферблата часов. Края ее относительно неровные, мелкозубчатые, не осаднены. Края и стенки раны отвесные. Стенки ее неровные, мелкозубчатые. Дном раны являются мягкие ткани с соединительнотканными перемычками. Рана глубиной до 2 см в центре и затухает к концам. В краях, стенках и дне - кровоизлияния темно-красного цвета, блестящие. Рана в правой паховой области с переходом на область промежности до анального отверстия (1), веретенообразной формы при зиянии и размером 22x6 см, на расстоянии 70 см от уровня подошвенной поверхности стоп. Рана при сведении краев щелевидной формы, края сопоставляются без образования дефекта кожного покрова. Рана косо-продольно ориентирована. Концы ее остроугольные и ориентированы соответственно цифрам 11 и 5 условного циферблата часов. Края ее относительно неровные, мелкозубчатые, не осаднены. Края и стенки раны отвесные. Стенки ее неровные, мелкозубчатые. Дном раны являются мягкие ткани с соединительнотканными перемычками. Рана глубиной до 7 см в центре и затухает к концам. В краях, стенках и дне - кровоизлияния темно-красного цвета, блестящие. Рана в подбородочной области на нижней поверхности (1), веретенообразной формы при зиянии и размером 5x0,4 см, на расстоянии 147 см от уровня подошвенной поверхности стоп. Рана при сведении краев щелевидной формы, края сопоставляются без образования дефекта кожного покрова. Рана поперечно ориентирована. Концы ее остроугольные и ориентированы соответственно цифрам 3 и 9 условного циферблата часов. Края ее относительно неровные, мелкозубчатые, с осаднением, шириной до 0,5 см, буровато-красного цвета, ниже уровня окружающей кожи. Нижний край раны полого скошен, верхний подрыт. Стенки ее скошены в направлении скошенности краев, неровные, крупно- и мелкозубчатые. Дном раны являются мягкие ткани с соединительно-тканными перемычками. Рана глубиной до 0,4 см в центре и затухает к концам. В краях, стенках и дне - кровоизлияния темно-красного цвета, блестящие. Рана на передней поверхности правого предплечья кнаружи в средней трети (1), веретенообразной формы при зиянии и размером 1,5x1,0 см, в рану выступает отломок правой лучевой кости на длину до 1 см. Рана при сведении краев щелевидной формы, края сопоставляются без образования дефекта кожного покрова. Рана косо-продольно ориентирована. Концы ее остроугольные и ориентированы соответственно цифрам 1 и 7 условного циферблата часов. Края ее относительно неровные, мелкозубчатые, не осаднены, отвесные. Стенки ее отвесные, неровные, крупно- и мелкозубчатые. Дном раны являются мягкие ткани с соединительнотканными перемычками у концов и зона перелома правой лучевой кости. Рана глубиной до 1,4 см в центре и затухает к концам. В краях, стенках и дне - кровоизлияния темно-красного цвета, блестящие. Рана на ладони левой кисти в проекции пястных костей с 2 по 5 пальцы (1), углообразной формы, при зиянии и размером 6x4 см, угол близкий к прямому и открыт влево и вверх. Края раны сопоставляются без образования дефекта кожного покрова. Концы ее остроугольные. Края ее относительно неровные, мелкозубчатые, не осаднены, отвесные. Стенки ее отвесные, неровные, крупно- и мелкозубчатые. Дном раны являются мягкие ткани с соединительнотканными перемычками у концов. Рана глубиной до 0,4 см в центре и затухает к концам. В краях, стенках и дне - кровоизлияния темно-красного цвета,

блестящие.

В мягких тканях шеи обнаружены кровоизлияния в глубоких слоях в окружности верхнего и нижнего переломов шейного отдела позвоночника, муфтообразной формы, темно-красного цвета, размерами около 12х8х7х см, блестящие. При исследовании шейного отдела позвоночника обнаружено следующее: 1) поперечный перелом тела 2-го шейного позвонка с разрывом твердой и мягкой оболочек и спинного мозга на этом уровне. Плоскость перелома идет сзади наперед и слева направо под углом около 90 градусов. Края переломов на передней и правой поверхности тела позвонка скошены, мелкозубчатые, со смятием губчатого вещества, на задней и левой поверхности - ровные, отвесные. Поперечный разрыв оболочек и вещества спинного мозга, плоскость разрыва мелкозубчатая на оболочках и мелкобугристая на веществе спинного мозга, с кровоизлиянием под оболочки и в плоскости разрыва мозга, темно-красного цвета, мелкоочагового характера; 2) поперечный перелом тела 7-го шейного позвонка с разрывом твердой оболочки спинного мозга на этом уровне. Плоскость перелома идет сзади наперед и слева направо под углом около 90 градусов. Края переломов на передней и правой поверхности тела позвонка скошены, мелкозубчатые, со смятием губчатого вещества, на задней и левой поверхности - ровные, отвесные. Поперечный разрыв твердой оболочки спинного мозга на задней поверхности, края его мелкозубчатые, с кровоизлиянием под оболочки и в вещество спинного мозга, темно-красного цвета, мелкоочагового характера.

При исследовании диафрагмы обнаружено следующее: обширный разрыв мышечной части диафрагмы справа и в месте прикрепления ее на задней поверхности справа, с частичной фрагментацией ее, звездчатой формы, на участке размерами около 17х10 см, с неровными мелкозубчатыми краями и стенками, с кровоизлиянием темно-красного цвета. При послойном исследовании в мягких тканях грудной клетки обнаружены кровоизлияния темно-красного цвета, муфтообразной и овальной формы, размерами от 4х3х3 см до 18х4х3 см, пропитывающие всю толщу мягких тканей, которые располагаются в области переломов с 1 по 9 ребер между правыми среднеключичной и передней подмышечной линиями, с 5 по 7 ребер по правой околопозвоночной линии, с 8 по 10 ребер между правыми околопозвоночной и лопаточной линиями, окружности 8 грудного позвонка, 9 ребра по правой околопозвоночной линии, с 8 по 12 ребер между правыми лопаточной и задней подмышечной линиями, 1 и 2 ребер по левой среднеключичной линии, с 6 по 9 ребер между левыми передней и средней подмышечной линиями, 8 и 9 ребер по левой околопозвоночной, с 9 по 12 ребер по левой лопаточной линии, 11 и 12 ребер по левой околопозвоночной линии.

В плевральной полости справа обнаружено около 400 мл, и слева около 400 мл жидкой темно-красной крови. В брюшной полости обнаружено около 300 мл жидкой темно-красной крови.

При исследовании пристеночной плевры обнаружено: 1) разрыв пристеночной плевры, веретенообразной зияющей формы, продольно ориентированный в проекции переломов с 4 по 8 ребер между правыми среднеключичной и передней подмышечной линиями, размером 20х3 см. Края его неровные мелкозубчатые, концы остроугольные. В повреждение выступают отломки ребер на длину до 2 см и в проекции их разрывы правого легкого; 2) поперечный разрыв пристеночной плевры по ходу 3 межреберья между правой лопаточной и средней ключичной линиями, веретенообразной зияющей формы, размером 15х3 см. Края его неровные, мелкозубчатые, концы остроугольные. Под легочной плеврой в области ворот легких как на передней, так и на задней поверхности легких обнаружены пятнистые кровоизлияния, размерами от 15х10 см на передней поверхности и 17х12 см на задней, темно-красного цвета, с четкими границами. В подлежащей ткани легкого - кровоизлияния темно-красного цвета, на глубину до 0,5 см.

При исследовании легких обнаружено следующее: 1) повреждение легочной плевры и подлежащей ткани правого легкого на задней поверхности нижней доли, в проекции повреждения пристеночной плевры, веретенообразно-зигзагообразной формы, общим размером на плевре 12х5 см при зиянии и глубиной до 6 см, с неровными мелкозубчатыми и мелкобугристыми краями, стенками и дном, с кровоизлиянием темно-красного цвета; 2)

повреждение легочной плевры и подлежащей ткани левого легкого на задней поверхности нижней доли, в проекции кровоизлияния под легочной плеврой в области ворот, веретенообразной формы, размером на плевре около 1,2x0,5 см при зиянии и глубиной до 0,5 см, с неровными мелкозубчатыми и мелкобугристыми краями и стенками и дном, с кровоизлиянием темно-красного цвета.

При исследовании почек обнаружено: 1) разрыв правой почки в области ворот, с фрагментацией почки, звездчатой формы, на участке размерами около 7x6x4 см, с неровными мелкозубчатыми и мелкобугристыми краями и стенками, с кровоизлиянием темно-красного цвета; 2) разрыв левой почки в области ворот, звездчатой формы, на участке размерами около 3x3x2 см, с неровными мелкозубчатыми и мелкобугристыми краями и стенками, с кровоизлиянием темно-красного цвета.

При исследовании печени обнаружено следующее: 1) продольные разрывы капсулы и подлежащей ткани диафрагмальной поверхности правой доли печени (8), линейной и древовидной формы, с началом в области связок, лучи древовидной формы и размерами до 7x1x4 см, с неровными мелкозубчатыми и мелкобугристыми краями и стенками, с кровоизлиянием темно-красного цвета; 2) Н-образной формы разрыв капсулы и подлежащей ткани правой доли печени у наружного края, размером около 10x5x3 см, с неровными мелкозубчатыми и мелкобугристыми краями и стенками, с кровоизлиянием темно-красного цвета.

При исследовании мягких тканей и костей задней поверхности груди, таза, верхних и нижних конечностей обнаружено следующее: 1) косые переломы с 5 по 7 ребер по правой околопозвоночной линии, с 8 по 10 ребер между правыми околопозвоночной и лопаточной линиями, 9 ребра по правой околопозвоночной линии, 8 и 9 ребер по левой околопозвоночной линии, с 9 по 12 ребер по левой лопаточной линии, с 9 по 12 ребер между левыми лопаточной и околопозвоночной линиями. Плоскость переломов идет спереди назад и кнаружи под углом около 40 градусов. Края переломов на наружной поверхности ребер скошены, мелкозубчатые, со смятием губчатого вещества, на внутренней поверхности - ровные, отвесные; 2) косопоперечные переломы с 1 по 9 ребра между правыми среднеключичной и передней подмышечной линиями, с 8 по 12 ребер между правыми лопаточной и задней подмышечной линиями, 1 и 2 ребер по левой среднеключичной линии, с 6 по 9 ребер между левыми передней и средней подмышечной линиями. Плоскость переломов идет снаружи внутрь под углом около 60 градусов. Края переломов на внутренней поверхности ребер скошены, мелкозубчатые, со смятием губчатого вещества, на наружной поверхности - ровные, отвесные; 3) грудина повреждений не имеет; 4) линейный поперечный фрагментарный перелом правой лопатки в нижней трети. Плоскость перелома идет спереди назад и кнаружи под углом около 40 градусов. Края перелома на задней наружной поверхности лопатки скошены, мелкозубчатые, на передней внутренней поверхности - ровные, отвесные. Левая лопатка повреждений не имеет; 5) поперечный перелом тела 8-го грудного позвонка с разрывом твердой и мягкой оболочек и спинного мозга на этом уровне. Плоскость перелома идет спереди назад под углом около 90 градусов. Края переломов на задней поверхности тела позвонка скошены, мелкозубчатые, со смятием губчатого вещества, на передней поверхности - ровные, отвесные. Поперечный разрыв оболочек и вещества спинного мозга, плоскость разрыва мелкозубчатая на оболочках и мелкобугристая на веществе спинного мозга, с кровоизлиянием под оболочки и в плоскости разрыва мозга темно-красного цвета, мелкоочагового характера; 6) поперечный перелом тела 1-го поясничного позвонка с разрывом твердой оболочки спинного мозга на этом уровне. Плоскость перелома идет спереди назад под углом около 90 градусов. Края переломов на задней поверхности тела позвонка скошены, мелкозубчатые, со смятием губчатого вещества, на передней поверхности - ровные, отвесные. Поперечный разрыв твердой оболочки спинного мозга на передней поверхности, края его мелкозубчатые, с кровоизлиянием под оболочки и в вещество спинного мозга, темно-красного цвета, мелкоочагового характера; 7) косопоперечные переломы правых и левых боковых отростков всех 5-ти поясничных позвонков. Плоскость переломов идет спереди назад и кнаружи под углом около 40 градусов. Края переломов на

задней поверхности отростков скошены, мелкозубчатые, со смятием губчатого вещества, на передней поверхности - ровные, отвесные; 8) полный разрыв правого крестцово-подвздошного сочленения, с выкрашиваем губчатого вещества на задней поверхности, на передней поверхности края ровные, отвесные; 9) полный разрыв левого крестцово-подвздошного сочленения, с выкрашиванием губчатого вещества на задней поверхности, на передней поверхности края ровные, отвесные; 10) косой перелом нижней ветви правой лобковой кости. Плоскость перелома идет спереди назад и кнаружи под углом, близким к 40 градусам. Края на внутренней задней поверхности в виде крупных гребней, скошены, на наружной передней ровные, отвесные; 11) косой перелом нижней ветви левой лобковой кости. Плоскость перелома идет спереди назад и кнаружи под углом, близким к 40 градусам. Края на внутренней задней поверхности в виде крупных гребней, скошены, на наружной передней ровные, отвесные; 12) кровоизлияние в мягких тканях поясничной и ягодичной области, полосовидной формы, размером около 30x26 см, на расстоянии 101 см от уровня подошвенной поверхности стоп; 13) винтообразно-оскольчатый перелом в нижней трети диафиза правой бедренной кости, на расстоянии 62 см от уровня подошвенной поверхности стоп. Винтовая часть перелома с ровными и прямоугольными краями проходит по задней, внутренней и передней поверхностям диафиза с условным направлением сверху вниз и слева направо (снаружи внутрь). На передненаружной поверхности диафиза, между тремя почти вертикальными трещинами, соединяющими верхний и нижний участки винтовой части и отстоящими друг от друга на 7 см, располагаются 2 костных фрагмента в виде неправильного параллелограмма, размерами около 4x3 см. Края вертикальной трещины (между двумя параллелограммами) имеют 3 костных осколка ромбовидной формы, размерами около 1x0,5 см каждый. Края этих фрагментов и осколков неровные, местами пилообразные, со сколом и выкрашиванием компактного вещества. При сопоставлении крупных фрагментов конец верхнего отломка кости остроугольный, а нижнего с фрагментами лезвиеподобный; 14) поперечный перелом в верхней трети диафиза правых большеберцовой и малоберцовой костей, на одном уровне и на расстоянии 36 см от уровня подошвенной поверхности стоп. На задней и внутренней поверхности диафизов края переломов относительно ровные, прямоугольные, располагаются перпендикулярно оси кости. Излом в этой области крупнозернистый, распространяется на всю толщу компакты (зона разрыва костной ткани). На противоположной, передней и наружной, поверхностях края переломов неровные, с выкрашиванием компакты, на поверхности излома здесь определяются два ряда костных гребней с остроугольными вершинами (зона долома). Зона разрыва и долома располагаются на одном уровне. Направление плоскости излома сзади наперед и изнутри кнаружи; 15) поперечный перелом в нижней трети диафиза правых большеберцовой и малоберцовой костей, на одном уровне и на расстоянии 7 см от уровня подошвенной поверхности стоп. На задней и внутренней поверхности диафизов края переломов относительно ровные, прямоугольные, располагаются перпендикулярно оси кости. Излом в этой области крупнозернистый, распространяется на всю толщу компакты (зона разрыва костной ткани). На противоположной, передней и наружной, поверхностях края переломов неровные с выкрашиванием компакты, на поверхности излома здесь определяются два ряда костных гребней с остроугольными вершинами (зона долома). Зона разрыва и долома располагаются на одном уровне. Направление плоскости излома сзади наперед и изнутри кнаружи; 16) поперечный перелом в верхней трети диафиза левых большеберцовой и малоберцовой костей, на одном уровне и на расстоянии 36 см от уровня подошвенной поверхности стоп. На задней и наружной поверхности диафизов края переломов относительно ровные, прямоугольные, располагаются перпендикулярно оси кости. Излом в этой области крупнозернистый, распространяется на всю толщу компакты (зона разрыва костной ткани). На противоположной, передней и внутренней, поверхностях края переломов неровные с выкрашиванием компакты, на поверхности излома здесь определяются два ряда костных гребней с остроугольными вершинами (зона долома). Зона разрыва и долома располагаются на одном уровне. Направление плоскости излома сзади наперед и снаружи внутрь; 17) фрагментарно-оскольчатый перелом левой большеберцовой кости в нижней трети диафиза, на

расстоянии 12 см от уровня подошвенной поверхности стоп. На наружной и задней поверхности кости края перелома относительно ровные, проходят перпендикулярно оси кости. Поверхность перелома здесь занимает всю толщу компакты, зернистая, со свободной поверхностью диафиза составляет прямой угол (зона разрыва). Далее плоскость перелома раздваивается, его ветви, дугообразно изгибаясь, идут к внутренней передней поверхности диафиза и образуют костный осколок в профиль неправильной треугольной формы, его острая вершина направлена кзади и кнаружи. Основание осколка располагается на внутренней поверхности диафиза и его длина 5 см. Верхний конец осколка остроугольный (лезвиеподобный), на нижнем - один ряд остроугольных костных гребней; 18) винтообразно-оскольчатый перелом в верхней трети диафиза левой плечевой кости. Винтовая часть перелома с ровными и прямоугольными краями проходит по задней, внутренней и передней поверхностям диафиза с условным направлением сверху вниз слева направо (снаружи внутрь). На передненаружной поверхности диафиза, между тремя почти вертикальными трещинами, соединяющими верхний и нижний участки винтовой части и отстоящими друг от друга на 9 см, располагаются 2 костных фрагмента в виде неправильного параллелограмма, размерами около 8x3 см. Края вертикальной трещины (между двумя параллелограммами) имеют 4 костных осколка ромбовидной формы, размерами около 1x0,5 см каждый. Края этих фрагментов и осколков неровные, местами пилообразные, со сколом и выкрашиванием компактного вещества. При сопоставлении крупных фрагментов конец верхнего отломка кости остроугольный, а нижнего с фрагментами лезвиеподобный; 19) косой перелом в нижней и средней трети диафиза правых локтевой и лучевой костей. На задней поверхности диафиза края переломов относительно ровные, прямоугольные, располагаются перпендикулярно оси кости. На противоположной, передней, поверхности края перелома неровные, с выкрашиванием компакты, на поверхности излома здесь определяются два ряда костных гребней с остроугольными вершинами (зона долома). Зона разрыва на 5 см выше зоны долома. Направление плоскости излома сзади наперед, изнутри кнаружи и сверху вниз.

1. Какие повреждения установлены у гр-на Х.?
2. Каков механизм образования, давность причинения повреждений?
3. Какова причина смерти гр-на Х.?
4. В каком положении относительно автомобиля ВАЗ-21061 находилась гр-на Х. в момент первичного контакта с ним?

Эталон ответа:

На основании изучения обстоятельств автомобильной травмы, судебно-медицинского исследования трупа гр-на Х., установлен судебно-медицинский диагноз:

Основной: сочетанная тупая травма тела:

закрытая тупая травма шеи: поперечный перелом тела 2 – го шейного позвонка с разрывом твердой и мягкой оболочек и спинного мозга на этом уровне, поперечный перелом тела 7 – го шейного позвонка с разрывом твердой оболочки спинного мозга на этом уровне, мелкоочаговые кровоизлияния под твердой и мягкой оболочками шейного отдела спинного мозга;

закрытая тупая травма груди и живота (с признаками общего сотрясения тела): кровоподтек и ссадина на спине в средней и нижней трети и поясничной области (1), косые разгибательные переломы с 5 по 7 ребер по правой околопозвоночной линии, с 8 по 10 ребер между правыми околопозвоночной и лопаточной линиями, 9 ребра по правой околопозвоночной линии, 8 и 9 ребер по левой околопозвоночной линии, с 9 по 12 ребер по левой лопаточной линии, с 9 по 12 ребер между левыми лопаточной и околопозвоночной линиями, косо-поперечные сгибательные переломы с 1 по 9 ребра между правыми среднеключичной и передней подмышечной линиями, с 8 по 12 ребер между правыми лопаточной и задней подмышечной линиями, 1 и 2 ребер по левой среднеключичной линии, с 6 по 9 ребер между левыми передней и средней подмышечной линиями, с разрывами пристеночной плевры в проекции переломов с 4 по 8 ребер между правыми среднеключичной и передней подмышечной линиями, по ходу 3 межреберья между правой лопаточной и средней

ключичной линиями, линейный поперечный фрагментарный перелом правой лопатки в нижней трети, поперечный перелом тела 8-го грудного позвонка с разрывом твердой и мягкой оболочек и спинного мозга на этом уровне, поперечный перелом тела 1-го поясничного позвонка с разрывом твердой оболочки спинного мозга на этом уровне, косопоперечные переломы правых и левых боковых отростков всех 5-ти поясничных позвонков, пятнистые кровоизлияния под легочной плеврой в области ворот легких с кровоизлиянием в подлежащую ткань легких, разрывы правого купола диафрагмы, легких, сердечной сорочки, сердца, почек, печени, двусторонний гемоторакс (справа 400 мл, слева 400 мл), гемоперикард (40 мл), гемоперитонеум (300 мл);

закрытая тупая травма таза: ссадины и ушиблено-рваные раны на животе и области таза по передней поверхности, левой паховой области (1), правой паховой области с переходом на область промежности до анального отверстия (1), полный разрыв правого и левого крестцово-подвздошных сочленений, косые переломы нижних ветвей правой и левой лобковых костей, кровоизлияние в мягких тканях поясничной и ягодичной области;

закрытый винтообразно-оскольчатый перелом в нижней трети правой бедренной кости, кровоподтек на правом бедре передней области в средней и нижней трети кнаружи (1); кровоподтек на левом бедре передней области в нижней трети с переходом на область колена кнутри (1), левом бедре передней поверхности кнутри в средней трети (1);

закрытые поперечные переломы правых большеберцовой и малоберцовой костей в верхней трети, кровоподтек на передней области правого колена с переходом на переднюю поверхность правой голени (1);

закрытые поперечные переломы левых большеберцовой и малоберцовой костей в верхней трети, закрытый фрагментарно-оскольчатый перелом левой большеберцовой кости в нижней трети, кровоподтек на левой голени передней поверхности по всей ее длине (1), тыле левой стопы с переходом на подошву на внутренней поверхности в средней трети (1);

закрытый винтообразно-оскольчатый перелом левой плечевой кости в верхней трети,

открытый косою перелом в нижней и средней трети правых локтевой и лучевой костей, ушиблено-рваная рана на правом предплечье передней поверхности кнаружи в средней трети (1);

кровоподтеки на наиболее выступающих участках рельефа лица (лобной области, области обеих глазниц, области носа, скуловых областях, подбородочной области), правой дельтовидной области передней поверхности (1), тыле левой кисти в области пястных костей с 1 по 5 пальцы (1), тыле правой стопы в проекции 1 и 2 пальцев (1), ссадины и ушибленные раны на лице на спинке и кончике носа, надбровных дугах и подбородочной области, области верхней и нижней губ, передней поверхности груди в проекции обеих ключиц и до уровня 2 межреберья, передней поверхности груди с 4 по 8 межреберье между левой и правой среднеключичными линиями (1), ушибленные раны в подбородочной области на нижней поверхности (1), ладони левой кисти в проекции пястных костей с 2 по 5 пальцы (1).

4. Задания для групповой работы – те же, что и для индивидуальной

Варианты для групповой работы аналогичны вариантам для индивидуальной работы

1.5. Зачетное занятие: собеседование, тестирование, ситуационные задачи

5.1. Вопросы для собеседования:

1. Предмет, задачи, система судебной медицины.
2. Судебная медицина и судебно-медицинская экспертиза.
3. Взаимосвязь судебной медицины с другими науками.
4. Организация и структура судебно-медицинской службы в России.
5. Судебно-медицинские учреждения. Структура бюро судебно-медицинской экспертизы.
6. Процессуальные основы назначения и проведения судебно-медицинской экспертизы.
7. Объекты судебно-медицинской экспертизы.
8. Виды судебно-медицинской экспертизы (согласно УПК).

9. Врач-специалист и его участие в следственных действиях.
10. Права, обязанности и ответственность врача-специалиста.
11. Отвод врача-специалиста.
12. Судебно-медицинские эксперты и врачи-эксперты.
13. Правила назначения экспертов.
14. Права и обязанности эксперта.
15. Отвод и самоотвод эксперта.
16. Ответственность эксперта.
17. Судебно-медицинская документация.
18. Понятие о клинической и биологической смерти, их признаки.
19. Судебно-медицинская классификация смерти.
20. Медицинские и юридические аспекты классификации смерти.
21. Ранние трупные явления. Механизмы их возникновения, время появления после наступления смерти и их судебно-медицинское значение.
22. Поздние трупные явления. Механизмы их возникновения, время появления после наступления смерти и их судебно-медицинское значение.
23. Участие врача-специалиста в осмотре трупа на месте его обнаружения, его задачи, процессуальные положения деятельности.
24. Порядок проведения осмотра места происшествия при обнаружении трупа.
25. Порядок и правила осмотра трупа на месте обнаружения.
26. Порядок направления трупа на экспертизу (исследование) с места его обнаружения.
27. Поводы для назначения судебно-медицинской экспертизы.
28. Задачи судебно-медицинской экспертизы трупа.
29. Порядок проведения экспертизы (исследования) трупа в морге.
30. Виды повреждений.
31. Виды травматизма.
32. Характеристика основных видов механических повреждений.
33. Особенности осмотра трупа на месте его обнаружения при смерти от механических повреждений.
34. Последовательность описания повреждений (ссадин, кровоподтеков, ран).
35. Классификация тупых предметов по повреждающим поверхностям.
36. Механизмы образования повреждений, причиненных тупыми предметами.
37. Виды и признаки ран, причиненных тупыми предметами.
38. Повреждения при падениях с большой высоты и с высоты собственного роста.
39. Общая характеристика транспортной травмы.
40. Особенности повреждений, осмотра места происшествия, судебно-медицинской экспертизы при автомобильной и железнодорожной травме.
41. Общие вопросы травмы повреждений острыми предметами.
42. Виды и судебно-медицинское значение повреждений, возникающих от воздействия острыми предметами.
43. Особенности осмотра места происшествия и судебно-медицинской экспертизы при повреждениях острыми предметами.
44. Вопросы, выносимые на судебно-медицинскую экспертизу при повреждениях острыми и тупыми предметами.
45. Виды повреждений при огнестрельной травме.
46. Эффекты действия пули при различной кинетической энергии.
47. Общие признаки входной огнестрельной раны.
48. Выстрел в упор: механизм образования повреждений, признаки, судебно-медицинское значение.
49. Следы близкого выстрела и методы их обнаружения и распознавания.
50. Признаки повреждений от выстрела с неблизкого расстояния.

5.2. Тестирование.

1 уровень:

1. ПЕРВОЙ СТАДИЕЙ РАЗВИТИЯ АСФИКСИИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) инспираторная одышка
- 2) экспираторная одышка
- 3) кратковременная остановка дыхания
- 4) терминальные дыхательные движения

2. ВТОРОЙ СТАДИЕЙ РАЗВИТИЯ АСФИКСИИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) инспираторная одышка
- 2) экспираторная одышка
- 3) кратковременная остановка дыхания
- 4) терминальные дыхательные движения

3. ТРЕТЬЕЙ СТАДИЕЙ РАЗВИТИЯ АСФИКСИИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) инспираторная одышка
- 2) экспираторная одышка
- 3) кратковременная остановка дыхания
- 4) терминальные дыхательные движения

4. ЧЕТВЕРТОЙ СТАДИЕЙ РАЗВИТИЯ АСФИКСИИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) инспираторная одышка
- 2) экспираторная одышка
- 3) кратковременная остановка дыхания
- 4) терминальные дыхательные движения

5. К ОБЩИМ ПРИЗНАКАМ АСФИКСИИ ПРИ НАРУЖНОМ ИССЛЕДОВАНИИ ТРУПА ОТНОСИТСЯ

- 1) мелкие кровоизлияния в соединительнотканые оболочки глаз, кожу лица, слизистую оболочку рта, носа
- 2) сокращение мошонки и втягивание яичек в паховые каналы
- 3) пятна Вишневого
- 4) пятна Тардье

6. К ОБЩИМ ПРИЗНАКАМ АСФИКСИИ ПРИ ВНУТРЕННЕМ ИССЛЕДОВАНИИ ТРУПА ОТНОСИТСЯ

- 1) наличие свертков в полостях сердца и крупных сосудов
- 2) сокращение мошонки и втягивание яичек в паховые каналы
- 3) пятна Вишневого
- 4) пятна Тардье

7. ПЯТНА ТАРДЬЕ РАСПОЛАГАЮТСЯ:

- 1) в слизистой оболочке желудка
- 2) под мягкой мозговой оболочкой

- 3) под висцеральной плеврой и эпикардом
- 4) в слизистой оболочке полости рта и носа

8. В СТАДИИ ЭКСПИРАТОРНОЙ ОДЫШКИ ПРОИСХОДИТ:

- 1) учащение дыхания с преобладанием вдоха
- 2) торможение дыхательного и сосудодвигательного центра
- 3) полная потеря сознания
- 4) улучшение оттока крови в левую половину сердца

9. ПО РОДУ СМЕРТИ ПОВЕШЕНИЕ ЧАЩЕ ВСЕГО:

- 1) убийство
- 2) самоубийство
- 3) несчастный случай
- 4) способ казни

10. ПРИ ПОВЕШЕНИИ СТРАНГУЛЯЦИОННАЯ БОРОЗДА ИМЕЕТ СЛЕДУЮЩИЕ ОСОБЕННОСТИ:

- 1) имеет косовосходящее направление
- 2) горизонтально расположена
- 3) неравномерно выражена
- 4) высоко расположена

11. ВИДОВЫМ ПРИЗНАКОМ ПРИ ПОВЕШЕНИИ ЯВЛЯЕТСЯ:

- 1) странгуляционная борозда
- 2) кровоизлияния в соединительнотканые оболочки глаз
- 3) жидкое состояние крови
- 4) пятна Тардье

12. ДЛЯ ПОВЕШЕНИЯ ХАРАКТЕРНО:

- 1) выступающий за линию зубов и ущемленный между зубами язык
- 2) трупные пятна на нижних частях тела при вертикальном положении
- 3) надрывы внутренних оболочек сонных артерий
- 4) горизонтальная, равномерно выраженная, низко расположенная странгуляционная борозда

13. ПРИ УЛАВЛЕНИИ ПЕТЛЕЙ СТРАНГУЛЯЦИОННАЯ БОРОЗДА ИМЕЕТ СЛЕДУЮЩИЕ ОСОБЕННОСТИ:

- 1) имеет косовосходящее направление
- 2) горизонтально расположена
- 3) равномерно выражена
- 4) высоко расположена

14. ПРИ УДАВЛЕНИИ РУКАМИ ВИДОВЫМ ПРИЗНАКОМ ЯВЛЯЕТСЯ:

- 1) линейные или полулунной формы ссадины и кровоподтеки в области шеи

- 2) надрывы внутренних оболочек сонных артерий
- 3) странгуляционная борозда
- 4) высунутый и ущемленный между зубами язык

15. ПРИ АСФИКСИИ ОТ ЗАКРЫТИЯ ОТВЕРСТИЙ РТА И НОСА ОСНОВНЫМИ ПРИЗНАКАМИ ЯВЛЯЮТСЯ:

- 1) пятна Пальтауфа-Рассказова-Лукомского
- 2) ссадины и кровоподтеки в окружности рта и носа, кровоизлияния в слизистой губ
- 3) признак Пупарева
- 4) наличие стойкой мелкопузырчатой пены в области отверстий рта и носа

16. ПРИЗНАКАМИ КОМПРЕССИОННОЙ АСФИКСИИ ЯВЛЯЮТСЯ:

- 1) карминовый отек легких
- 2) признак Амюсса
- 3) экхимотическая маска
- 4) странгуляционная борозда

17. ВИДЫ УТОПЛЕНИЯ:

- 1) аспирационный
- 2) компрессионный
- 3) асфиксический
- 4) рефлекторный

18. ПРИЗНАКАМИ АСПИРАЦИОННОГО ТИПА УТОПЛЕНИЯ ЯВЛЯЮТСЯ:

- 1) наличие стойкой мелкопузырчатой пены в области отверстий рта и носа
- 2) наличие жидкости в пазухе клиновидной кости
- 3) пятна Пальтауфа-Рассказова-Лукомского
- 4) серовато-синюшный цвет трупных пятен

19. ПРИЗНАКАМИ АСФИКСИЧЕСКОГО ТИПА УТОПЛЕНИЯ ЯВЛЯЮТСЯ:

- 1) наличие стойкой мелкопузырчатой пены в области отверстий рта и носа
- 2) наличие жидкости в пазухе клиновидной кости
- 3) пятна Пальтауфа-Рассказова-Лукомского
- 4) пятна Тардье

20. ПРИЗНАКАМИ РЕФЛЕКТОРНОГО ТИПА УТОПЛЕНИЯ ЯВЛЯЮТСЯ:

- 1) отсутствие изменений со стороны легких
- 2) бледность кожных покровов и скелетной мускулатуры
- 3) пятна Пальтауфа-Рассказова-Лукомского
- 4) признаки быстро наступившей смерти

2 уровень

1. УКАЖИТЕ ПРАВИЛЬНУЮ ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНОСТЬ РАЗВИТИЯ АСФИКСИИ:

- | | |
|-------------|--------------------------------------|
| 1) 1 стадия | 8. Терминальных дыхательных движений |
| - 2 стадия | - Кратковременной остановки дыхания |
| - 3 стадия | - Инспираторная одышка |
| - 4 стадия | - Экспираторная одышка |

2. УКАЖИТЕ ПРАВИЛЬНОЕ СООТВЕТСТВИЕ НАИМЕНОВАНИЙ МЕХАНИЧЕСКОЙ АСФИКСИИ:

- | | |
|-----------------------|----------------------------|
| асфиксия от сдавления | удавление петлей |
| асфиксия от закрытия | повешение |
| | закрытие дыхательных путей |
| | иностраным телом |
| | гемаспирация |

3. УКАЖИТЕ ПРАВИЛЬНОЕ СООТВЕТСТВИЕ:

- | | |
|--------------------------------------|----------------------------------|
| 1) Линейный перелом затылочной кости | 1. Без вреда здоровью |
| 2) Сотрясение головного мозга | 2. Легкий вред здоровью |
| 3) Поверхностная ушибленная рана | 3. Средней тяжести вред здоровью |
| 4) Перелом нижней челюсти | 4. Тяжкий вред здоровью |

4. УКАЖИТЕ ПРАВИЛЬНОЕ СООТВЕТСТВИЕ:

- | | |
|---|----------------------------------|
| 1) Проникающее колото-резаное ранение груди | 1) Без вреда здоровью |
| 2) Перелом носовых костей без смещения отломков | 2) Легкий вред здоровью |
| 3) Ссадина в лобной области справа | 3) Средней тяжести вред здоровью |
| 4) Перелом локтевой кости | 4) Тяжкий вред здоровью |

5. УКАЖИТЕ ПРАВИЛЬНОЕ СООТВЕТСТВИЕ ФАЗ АВТОМОБИЛЬНОЙ ТРАВМЫ ПРИ СТОЛКНОВЕНИИ ПЕШЕХОДА И ЛЕГКОВОГО АВТОМОБИЛЯ:

- | | |
|-----------|--|
| 1. 1 фаза | 1. Скольжение тела по грунту |
| 2. 2 фаза | 2. Падение тела на грунт |
| 3. 3 фаза | 3. Удар бампером автомобиля в область нижних конечностей |
| 4. 4 фаза | 4. Падение тела на капот автомобиля |

3 уровень

ЗАДАЧА № 1

Труп неизвестного мужчины, обнаружен на чердаке дома. На шее трупа обнаружена петля из капронового шпагата. При исследовании трупа установлено: на шее трупа в верхней трети одиночная, замкнутая, косовосходящая, неравномерно выраженная, пергаментированная странгуляционная борозда с кровоизлияниями в мягких тканях; кровоизлияния в области прикрепления грудино-ключично-сосцевидных мышц к грудице (признак Вальхера); выраженная разность концентрации глюкозы из синусов твердой оболочки головного мозга и бедренной вены (2,9 раза); интенсивная синюшно-фиолетовая окраска и разлитой характер трупных пятен; циркулярное расположение трупных пятен в области голеней, бедер, предплечий и кистей; синюшность лица; точечные кровоизлияния в соединительнотканых оболочках глаз; точечные кровоизлияния под висцеральной плеврой (пятна Тардье); жидкое

состояние крови.

Вопрос: сформулировать судебно-медицинский диагноз.

Ответы:

5.2. Механическая странгуляционная асфиксия от сдавления органов шеи петлей при повешении* .

5.3. Механическая странгуляционная асфиксия от удушения петлей.

5.4. Механическая обтурационная асфиксия.

ЗАДАЧА № 2

У ребенка С., возраст 3 года, внезапно ухудшилось состояние, внезапно закашлялся, запрокинул голову, цианоз лица, затем потерял сознание и перестал дышать. Отец ребенка самостоятельно проводил реанимационные мероприятия, вызвал бригаду скорой медицинской помощи. На момент осмотра: врачом скорой помощи кожные покровы бледные, зрачки расширены, реакция на свет отсутствует, дыхание, сердечные тоны отсутствуют. Лечебные мероприятия: введение воздуховодной трубки, непрямого массажа сердца, искусственная вентиляция легких мешком Амбу, адреналин, преднизолон, без эффекта. Констатирована смерть до прибытия бригады скорой медицинской помощи. При проведении судебно-медицинского исследования трупа установлено: наличие инородного тела (фрагмента зерна миндаля) на уровне бифуркации трахеи; разлитой характер трупных пятен, точечные кровоизлияния в соединительнотканых оболочках глаз, кровоизлияния под висцеральной плеврой (пятна Гардье), очаговая острая альвеолярная эмфизема в сочетании с альвеолярным отеком в легком, полнокровие сосудов внутренних органов, умеренно выраженный периваскулярный и перицеллюлярный отек головного мозга; тотальная десквамация эпителия слизистой оболочки трахеи.

Вопрос: сформулировать судебно-медицинский диагноз.

Ответы:

- Механическая обтурационная асфиксия* .
- Механическая странгуляционная асфиксия от удушения петлей.
- Механическая странгуляционная асфиксия от сдавления органов шеи петлей при повешении.

ЗАДАЧА № 3

Гр-н М., 29 лет, вечером был ограблен и избит на улице. Оказал сопротивление нападавшим, которые во время драки ударили ножом в правую голень. Самостоятельно дошел домой. Через 1 час резко отекала правая голень. Вызванной машиной скорой помощи доставлен в больницу. Из истории болезни: при поступлении жалуется на боли и резкий отек правой голени. Пульс 92 в 1 минуту. Артериальное давление 120/70 мм рт.ст. На передней поверхности правой голени в средней трети косо расположенная рана линейной формы с ровными краями 1,5x1 см. Рана не кровоточит. Окружность правой голени на 7 см больше левой. Пульс на тыле правой стопы отсутствует. Под местной анестезией произведена первичная хирургическая обработка раны голени. После рассечения раны (для ревизии) опорожнилась гематома около 150 мл, началось артериальное кровотечение. Обнаружено повреждение (пересечение) передней большеберцовой артерии, которая перевязана. Наложены швы, которые сняты через 10 дней. Трудоспособен через 4 недели. Клинический диагноз: ножевое ранение правой голени с повреждением большеберцовой артерии без массивной кровопотери.

Вопрос: какова степень тяжести вреда здоровью?

Ответы:

1. Тяжкий вред здоровью
2. Средней тяжести вред здоровью*
3. Легких вред здоровью.

5.3. Ситуационные задачи

Задача 1

Гр-н С., 22 лет. 05 ноября на работе в ссоре знакомый ударил металлической деталью по руке. Потерпевший сразу доставлен в больницу. Данные освидетельствования 22 ноября. Ногтевая фаланга 5-го пальца левой кисти отсутствует. Культия хорошо оформлена, на ней — линейный розовато-синюшный рубец длиной 2 см. Жалобы на неприятные ощущения при надавливании на культю. Из истории болезни известно, что С. поступил в хирургическое отделение больницы 5-го февраля. Мягкие ткани ногтевой фаланги 5-го пальца левой кисти были размозжены, кость раздроблена. Произведена операция ампутации поврежденной фаланги во втором межфаланговом суставе. Послеоперационный период протекал без осложнений. 12/11 выписан домой с освобождением от работы на 10 дней.

1. Какие повреждения установлены?
2. Каков механизм образования повреждений?
3. Какова степень тяжести вреда здоровью?

Ответ: у гр-на С., 22 лет, установлено повреждение: травматическая ампутация дистальной фаланги пятого пальца левой кисти. Повреждение образовалось в результате ударного воздействия твердого тупого предмета с ограниченной травмирующей поверхностью. Данное повреждение квалифицируется как причинившее легкий вред здоровью в соответствии с пунктом 8.2 Приказа Министерства здравоохранения и социального развития РФ № 194н от 24 апреля 2008 года «Об утверждении медицинских критериев определения степени тяжести вреда, причиненного здоровью человека» по признаку незначительной стойкой утраты общей трудоспособности в размере 5%.

Задача 2

Гр-н Б., 37 лет, 23 июня получил ранение ножом в грудь, через 30 минут доставлен в больницу. Гр-на Б. доставили в операционный корпус в тяжелом состоянии: резко бледен, губы с синюшным оттенком, пульс 120 в 1 минуту, слабого наполнения, аритмичный, тоны сердца приглушены. Артериальное давление 70/50 мм.рт.ст. Дыхание 26 в минуту. Справа дыхание не прослушивается: перкуторно - сплошная тупость. На груди справа в третьем межреберье у края грудины имеется рана размером 2x0,5 см. Вскрыта плевральная полость по третьему межреберью. Обнаружено пересечение IV ребра справа. В правой плевральной полости 700 мл крови и кровяных свертков. Послеоперационный период протекал без осложнений, общее состояние постепенно улучшалось и через 35 дней Б. выписан из больницы с освобождением от работы на 15 дней.

1. Какие повреждения установлены?
2. Каков механизм образования повреждений?
3. Какова степень тяжести вреда здоровью?

Ответ: У гр-н Б., 37 лет, установлено повреждение: проникающее колото-резаное ранение груди справа с развитием правостороннего гемоторакса (700 мл). Повреждение образовалось в результате ударного воздействия плоского колюще-режущего орудия. Данное повреждение квалифицируется как причинившее тяжкий вред здоровью в соответствии с пунктом 6.1.9 Приказа Министерства здравоохранения и социального развития РФ № 194н от 24 апреля 2008 года «Об утверждении медицинских критериев определения степени тяжести вреда, причиненного здоровью человека».

Задача 3

Гр-ка З., 40 лет. 12 октября дома в семейной ссоре пьяный муж ударил молотком. Почувствовала резкую боль в области правой ключицы. Обратилась в травмпункт. В справке из травмпункта указано, что 12/Х при осмотре обнаружен закрытый перелом правой ключицы в средней трети, произведена фиксация отломков с помощью колец. Находилась на стационарном и последующем амбулаторном лечении до 20 ноября. Данные освидетельствования от 14 октября: в области средней трети правой ключицы припухлость мягких тканей и багрово-синий кровоподтек, 9х5см. На рентгенограмме от 14 октября обнаружен косопоперечный перелом правой ключицы с правильным стоянием отломков.

1. Какие повреждения установлены?
2. Каков механизм образования повреждений?
3. Какова степень тяжести вреда здоровью?

Ответ: У гр-ки З., 40 лет, установлено повреждение: закрытый перелом правой ключицы без смещения отломков. Повреждение образовалось в результате ударного воздействия твердого тупого предмета с ограниченной травмирующей поверхностью. Данное повреждение квалифицируется как причинившее средней тяжести вред здоровью в соответствии с пунктом 7.1 Приказа Министерства здравоохранения и социального развития РФ № 194н от 24 апреля 2008 года «Об утверждении медицинских критериев определения степени тяжести вреда, причиненного здоровью человека».

Задача 4

Гр-н Е., 44 лет. 03 января во дворе дома подросток бросил куском льда в лицо. Данные освидетельствования 08 января: в центре лба на 4 см выше переносицы овальная ссадина, 3х2 см, покрытая плотной темно-бурой корочкой, слегка отслаивающейся по периферии.

1. Какие повреждения установлены?
2. Каков механизм образования повреждений?
3. Какова степень тяжести вреда здоровью?

Ответ: у гр-на Е., 44 лет, установлено повреждение: ссадина в лобной области по центру. Данное повреждение причинено в результате ударного воздействия твердого тупого предмета. Повреждение в соответствии с пунктом 9 Приказа Министерства здравоохранения и социального развития РФ № 194н от 24 апреля 2008 года «Об утверждении медицинских критериев определения степени тяжести вреда, причиненного здоровью человека» квалифицируется как не причинившее вреда здоровью т.к. данное повреждение не вызвало расстройства здоровья и утраты общей трудоспособности.

Задача 5

Гр-н М., 29 лет, вечером был ограблен и избит на улице. Оказал сопротивление нападавшим, которые во время драки ударили ножом в правую голень. Самостоятельно дошел домой. Через 1 час резко отекала правая голень. Вызванной машиной скорой помощи доставлен в больницу. Из истории болезни: при поступлении жалуется на боли и резкий отек правой голени. Пульс 92 в 1 минуту. Артериальное давление 120/70 мм рт.ст. На передней поверхности правой голени в средней трети косо расположенная рана линейной формы с ровными краями 1,5х1 см. Рана не кровоточит. Окружность правой голени на 7 см больше левой. Пульс на тыле правой стопы отсутствует. Под местной анестезией произведена первичная хирургическая обработка раны голени. После рассечения раны (для ревизии) опорожнилась гематома около 150 мл, началось артериальное кровотечение. Обнаружено повреждение (пересечение) передней большеберцовой артерии, которая перевязана. Наложены швы, которые сняты через 10 дней. Трудоспособен через 4 недели. Клинический диагноз: ножевое ранение правой голени с повреждением большеберцовой артерии без массивной кровопотери.

1. Какие повреждения установлены?

2. Каков механизм образования повреждений?

3. Какова степень тяжести вреда здоровью?

Ответ: у гр-на М. 29 лет, установлено повреждение: колото-резаное ранение правой голени с повреждением передней большеберцовой артерии. Данное повреждение квалифицируется как причинившее средней тяжести вред здоровью в соответствии с пунктом 7.1 Приказа Министерства здравоохранения и социального развития РФ № 194н от 24 апреля 2008 года «Об утверждении медицинских критериев определения степени тяжести вреда, причиненного здоровью человека» по признаку длительного расстройства здоровья на срок более 21 дня. Данное повреждение образовалось в результате ударного воздействия плоского колюще-режущего орудия.

Самостоятельная внеаудиторная работа обучающихся по теме:

1) *Ознакомиться с теоретическим материалом по теме занятия с использованием конспектов лекций и/или рекомендуемой учебной литературы.*

2) *Ответить на вопросы для самоконтроля:*

1. Понятие о травме и травматизме. Виды травматизма, факторы, вызывающие образование повреждений.

2. Классификация повреждений.

3. Причина смерти при механических повреждениях.

4. Виды деформации. Установления механизма и давности образования повреждений.

5. Алгоритм описания повреждений.

6. Классификация твердых тупых предметов.

7. Виды повреждений мягких тканей (кровоподтеки, ссадины, раны), их морфологические особенности и алгоритм описания.

8. Классификация переломов костей черепа и длинных трубчатых костей. Методы установления механизма образования переломов костей скелета.

9. Классификация транспортной травмы. Виды автомобильной травмы. Виды повреждений при автомобильной травме. Возможности решения вопроса об установлении транспортного средства по локализации и характеру повреждений.

10. Виды падений с высоты. Морфологические особенности повреждений, возникающих при падении со значительной высоты в зависимости от вариантов приземлений. Падение с незначительной высоты, на лестничном марше, в замкнутом пространстве, из положения стоя. Возможности установления механизма травмы.

11. Классификация и конструктивные особенности острых орудий. Механизм действия острых орудий и морфологические особенности причиняемых ими повреждений. Алгоритм описания повреждений, причиняемых острыми орудиями. Причины смерти при повреждениях, причиняемыми острыми орудиями.

3) *Проверить свои знания с использованием тестового контроля*

1. Под повреждением понимают:

- а) опасные для жизни повреждения
- б) нарушение анатомической целостности*
- в) травму организма
- г) нарушение физиологической функции*

2. Все травмы можно классифицировать по таким признакам:

- а) по характеру *
- б) по локализации*
- в) по опасности для жизни
- г) по виду повреждающей поверхности предмета*

3. При описании ран помимо размеров указывают:

- а) локализацию*
- б) форму и направление длинника*
- в) характер краев, концов и стенок*
- г) состояние окружающих тканей*

3. При описании кровоподтеков помимо размеров указывают:

- а) локализацию*
- б) форму*
- в) цвет *
- г) состояние границ*

4. При описании ссадин помимо размеров указывают:

- а) локализацию*
- б) форму*
- в) цвет*
- г) расположение корочки относительно окружающей неповрежденной кожи*

5. Тупые твердые предметы взаимодействуют на тело путем:

- а) сотрясения
- б) сдавления*
- в) удара*
- г) растяжения*

6. Тупые твердые предметы по форме ударяющей поверхности можно квалифицировать на имеющие:

- а) неопределенную форму
- б) закругленную поверхность
- в) плоскую ограниченную поверхность*
- г) плоскую неограниченную поверхность*

7. К анатомическим повреждениям, возникающим от действия тупых твердых предметов, относят:

- а) ссадины, кровоподтеки*
- б) сотрясение головного мозга
- в) ушибленные раны*
- г) переломы костей*

8. К функциональным повреждениям, возникающим от действия тупых твердых предметов, относят:

- а) сотрясение головного мозга*
- б) ссадины, кровоподтеки
- в) разрывы внутренних органов
- г) шок от удара в рефлексогенную зону*

9. Ссадины как повреждения от действия тупых твердых предметов характеризуются:

- а) повреждением поверхностных слоев кожи*
- б) ударом твердого тупого предмета
- в) действием тупого твердого предмета под углом*
- г) повреждением всех слоев кожи

10. Признаками, указывающими на направление движения тупого твердого предмета, вызвавшего образование ссадины, является:

- а) особенности края начала и окончания ссадины*
- б) вытянутая форма ссадины
- в) гофрирование эпидермиса в сторону движения предмета*
- г) локализация ссадины

11. Судебно-медицинское значение ссадин состоит в следующем:

- а) определить силу удара
- б) показатель действия тупого твердого предмета*
- в) позволяют определить давность образования*
- г) позволяют определить направление движения предмета*

12. Для кровоподтеков давностью до 3 суток характерна окраска:

- а) желтоватая
- б) сине-фиолетовая
- в) зеленоватая
- г) следы всех окрасок*

13. Для кровоподтеков давностью от 5 суток до 8 суток характерна окраска:

- а) сине-фиолетовая
- б) желтоватая*
- в) зеленоватая
- г) все виды окрасок

14. Край начала ссадины подрытый, а край окончания ссадины пологий

- а) да*
- б) нет

15. Кости повреждаются в соответствии с закономерностью: кость более устойчива на растяжение, чем на сжатие:

- а) да
- б) нет*

16. Если корочка ссадины расположена ниже уровня неповрежденной кожи, то давность ее причинения составляет:

- а) до 3 суток
- б) до 24 часов
- в) до 12 часов*
- г) определить не представляется возможным

17. Если корочка ссадины расположена на уровне неповрежденной кожи, то давность ее причинения составляет:

- а) определить нельзя
- б) свыше суток
- в) около суток*
- г) менее суток

18. После заживления ссадины, когда корочка полностью отторгается, в месте локализации ссадины обнаруживают

- а) участок кровоизлияния
- б) депигментированный участок*
- в) поверхностный рубец
- г) гиперпигментированный участок

19. Основными признаками, указывающими, что рана возникла от действия тупого твердого предмета, является:

- а) неровные края*
- б) наличие тканевых перемычек*
- в) линейная форма
- г) наличие волосяных мостиков*

20. Значение "бампер-перелома" на костях нижней конечности заключается в следующем:

- а) является признаком общего сотрясения тела
- б) позволяет определить направления ударов*
- в) является указателем силы удара
- г) по высоте расположения позволяет определить тип автомобиля*

21. Судебно-медицинское значение кровоподтеков состоит в следующем:

- а) возможность определения силы удара
- б) показатель действия тупого твердого предмета*
- в) повреждение, не повлекшее кратковременного расстройства здоровья
- г) определить давность причинения кровоподтека*

22. Раны заживают с формированием

- а) корочки
- б) осаднения
- в) рубца*
- г) следов нет

23. Ушибленные раны характеризуются такими признаками как

- а) неровные края*
- б) наличие тканевых перемычек*
- в) осаднение и кровоподтечность краев*
- г) наличие волосяных мостиков*

24. Судебно-медицинское значение ушибленных ран состоит в следующем

- а) определить вид травматизма
- б) показатель действия тупого твердого предмета*
- в) определить силу действия предмета
- г) определить форму травмирующей поверхности предмета*

25. Травматизм как явление характеризуется

- а) повторением повреждений*
- б) несоблюдение правил техники безопасности
- в) однотипность повреждений*
- г) сходные условия деятельности людей*

4) Подготовка к зачетному занятию

Рекомендуемая литература:

Основная

№ п/п	Наименование	Автор (ы)	Год, место издания	Кол-во экземпляров в библиотеке	Наличие в ЭБС
1	2	3	4	5	6

1	Судебная медицина и судебно-медицинская экспертиза: нац. руководство	Пиголкин Ю.И. и др.	М.: ГЭОТАР-МЕД, 2014	3 экз.	ЭБ «Консультант врача»
2	Судебная медицина в схемах и рисунках: учебное пособие	Пашина Г.А.	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008	72 экз.	ЭБ «Консультант студента»

Дополнительная литература

№ п/п	Наименование	Автор (ы)	Год, место издания	Кол-во экземпляров в библиотеке	Наличие в ЭБС
1	2	3	4	5	6
1	Судебная медицина. Compendium: учебное пособие	Пиголкин Ю.И.	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011	3	ЭБ «Консультант студента»
2	Атлас по судебной медицине	Пиголкин Ю.И.	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010	1	ЭБ «Консультант студента»

Законодательные и нормативно-правовые документы в соответствии с профилем дисциплины

- Федеральный закон «О государственной судебно-экспертной деятельности в Российской Федерации» № 73-ФЗ от 31 мая 2001 года.
- Приказ Минздравсоцразвития России от 12.05.2010 № 346н «Об утверждении порядка организации и производства судебно-медицинских экспертиз в государственных судебно-экспертных учреждениях Российской Федерации».
- Приказ Минздравсоцразвития России от 24.04.2008 № 194н "Об утверждении медицинских критериев определения степени тяжести вреда, причиненного здоровью человека».
- Постановление Правительства РФ от 17 августа 2007 г. № 522 «Об утверждении правил определения степени тяжести вреда причиненного здоровью человека».

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ
образовательное учреждение высшего образования
«Кировский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации

Кафедра судебной медицины

Приложение Б к рабочей программе дисциплины (модуля)

ОЦЕНОЧНЫЕ СРЕДСТВА

**для проведения текущего контроля и промежуточной аттестации обучающихся
по дисциплине (модулю)
«Судебная медицина»**

Специальность 31.05.02 Педиатрия
Направленность (профиль) ОПОП - Педиатрия
Форма обучения - очная

1. Перечень компетенций с указанием этапов их формирования в процессе освоения образовательной программы

№ п/п	Код компетенции	ОПОП (содержание компетенции)	В результате изучения учебной дисциплины обучающиеся должны:			Разделы дисциплины, при освоении которых формируется компетенция	Номер семестра, в котором формируется компетенция
			Знать	Уметь	Владеть		
1	2	3	4	5	6	7	8
1.	ОК-1	способностью к абстрактному мышлению, анализу, синтезу	ЗЗ. Принципы объединения симптомов в синдромы	УЗ. Анализировать симптомы патологических процессов и заболеваний, устанавливать логическую взаимосвязь между этиологическим фактором и развитием патологического процесса, анализировать механизмы развития заболеваний и патологических процессов; обосновывать принципы	ВЗ. Навыками составления схем патогенеза патологических процессов и заболеваний	1	12

2.	ПК-5	готовностью к сбору и анализу жалоб пациента, данных его анамнеза, результатов осмотра, лабораторных, инструментальных, патолого-анатомических и иных исследований в целях распознавания состояния или установления факта наличия или отсутствия заболевания	33. Причины возникновения и патогенетические механизмы развития основных клинических симптомов, синдромов при заболеваниях внутренних органов; клиническую картину, особенности течения и диагностику наиболее распространенных заболеваний Классификацию заболеваний внутренних органов (по МКБ -10 и клиническую).	терапии. УЗ. Интерпретировать результаты обследования, поставить предварительный диагноз, наметить объем дополнительных исследований в соответствии с прогнозом болезни, для уточнения диагноза и получения достоверного результата, сформулировать клинический диагноз.	ВЗ. Алгоритмом постановки развернутого клинического диагноза; с учетом МКБ, алгоритмами возрастной диагностики для успешной лечебно-диагностической деятельности.	2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9	12
3.	ПК-7	готовностью к проведению экспертизы временной нетрудоспособности, участию в проведении медико-социальной экспертизы, констатации биологической смерти человека	31. Нормативно-правовую базу врачебной экспертизы трудоспособности.	У1. Оформлять соответствующую медицинскую документацию, определять необходимость направления больного на МСЭ, проводить профилактику инвалидности.	В1. Методами оценки временной и стойкой утраты трудоспособности.	2, 3, 4, 5, 6, 7,8,9	12

2. Показатели и критерии оценивания компетенций на различных этапах их формирования, описание шкал оценивания

Показатель и оценивание	Критерии и шкалы оценивания				Оценочное средство	
	Не зачтено	зачтено	зачтено	зачтено	Для текущего контроля	Для промежуточного контроля
ОК-1						
Знать	Не знает принципы объединения симптомов в синдромы	Не в полном объеме знает принципы объединения симптомов в синдромы, допускает ошибки, существенно влияющие на результаты диагностики	В полном объеме знает принципы объединения симптомов в синдромы, допускает единичные ошибки, существенно не влияющие на результаты диагностики	В полном объеме знает принципы объединения симптомов в синдромы	Собеседование, тестирование, решение ситуационных задач,	Собеседование, тестирование, решение ситуационных задач
Уметь	Не умеет анализировать симптомы патологических процессов и заболеваний, устанавливать логическую взаимосвязь между этиологическим фактором и развитием патологического процесса, анализировать механизмы развития заболеваний и патологических процессов; обосновывать принципы терапии.	Не в полном объеме умеет анализировать симптомы патологических процессов и заболеваний, устанавливать логическую взаимосвязь между этиологическим фактором и развитием патологического процесса, анализировать механизмы развития заболеваний и патологических процессов; обосновывать принципы терапии, допускает ошибки, существенно влияющие на результаты диагностики	В полном объеме умеет анализировать симптомы патологических процессов и заболеваний, устанавливать логическую взаимосвязь между этиологическим фактором и развитием патологического процесса, анализировать механизмы развития заболеваний и патологических процессов; обосновывать принципы терапии, допускает единичные ошибки, существенно не влияющие на результаты диагностики	Самостоятельно и в полном объеме умеет анализировать симптомы патологических процессов и заболеваний, устанавливать логическую взаимосвязь между этиологическим фактором и развитием патологического процесса, анализировать механизмы развития заболеваний и патологических процессов; обосновывать принципы терапии.	Собеседование, тестирование, решение ситуационных задач	Собеседование, тестирование, решение ситуационных задач
Владеть	Не владеет навыками составления	Не в полном объеме владеет навыками	В полном объеме владеет навыками	В полном объеме владеет навыками	Собеседование, тестирование,	Собеседование, тестирование,

	схем патогенеза патологических процессов и заболеваний	составления схем патогенеза патологических процессов и заболеваний, допускает ошибки, существенно влияющие на результаты диагностики	составления схем патогенеза патологических процессов и заболеваний, допускает единичные ошибки, существенно не влияющие на результаты диагностики	составления схем патогенеза патологических процессов и заболеваний	ие, решение ситуационных задач,	ие, решение ситуационных задач
ПК-5						
Знать	Не знает причины возникновения и патогенетических механизмов развития основных клинических симптомов, синдромов при заболеваниях внутренних органов; клиническую картину, особенности течения и диагностику наиболее распространённых заболеваний. Классификацию заболеваний внутренних органов (по МКБ -10 и клиническую)	Не в полном объеме знает причины возникновения и патогенетических механизмов развития основных клинических симптомов, синдромов при заболеваниях внутренних органов; клиническую картину, особенности течения и диагностику наиболее распространённых заболеваний. Классификацию заболеваний внутренних органов (по МКБ -10 и клиническую), допускает единичные ошибки, существенно влияющие на результаты диагностики	В полном объеме знает причины возникновения и патогенетических механизмов развития основных клинических симптомов, синдромов при заболеваниях внутренних органов; клиническую картину, особенности течения и диагностику наиболее распространённых заболеваний. Классификацию заболеваний внутренних органов (по МКБ -10 и клиническую), допускает единичные ошибки, существенно не влияющие на результаты диагностики	В полном объеме знает причины возникновения и патогенетических механизмов развития основных клинических симптомов, синдромов при заболеваниях внутренних органов; клиническую картину, особенности течения и диагностику наиболее распространённых заболеваний. Классификацию заболеваний внутренних органов (по МКБ -10 и клиническую)	Собеседование, тестирование, решение ситуационных задач, составление	Собеседование, тестирование, решение ситуационных задач
Уметь	Не умеет интерпретировать результаты обследования, ставить предварительный диагноз, наметить объем	Не в полном объеме умеет интерпретировать результаты обследования, ставить предварительный диагноз,	Умеет в полном объеме интерпретировать результаты обследования, ставить предварительный диагноз,	Умеет самостоятельно и в полном объеме интерпретировать результаты обследования, ставить	Собеседование, тестирование, решение ситуационных задач,	Собеседование, тестирование, решение ситуационных задач

	дополнительных исследований в соответствии с прогнозом болезни, для уточнения диагноза и получения достоверного результата, сформулировать клинический диагноз	наметить объем дополнительных исследований в соответствии с прогнозом болезни, для уточнения диагноза и получения достоверного результата, сформулировать клинический диагноз, допускает единичные ошибки, существенно влияющие на результаты диагностики	наметить объем дополнительных исследований в соответствии с прогнозом болезни, для уточнения диагноза и получения достоверного результата, сформулировать клинический диагноз, допускает единичные ошибки, существенно не влияющие на результаты диагностики	предварительный диагноз, наметить объем дополнительных исследований в соответствии с прогнозом болезни, для уточнения диагноза и получения достоверного результата, сформулировать клинический диагноз		
Владеть	Не владеет алгоритмом постановки развернутого клинического диагноза; с учетом МКБ, алгоритмами возрастной диагностики для успешной лечебно-диагностической деятельности	Не в полном объеме владеет алгоритмом постановки развернутого клинического диагноза; с учетом МКБ, алгоритмами возрастной диагностики для успешной лечебно-диагностической деятельности, допускает ошибки, существенно влияющие на результаты диагностики	В полном объеме владеет алгоритмом постановки развернутого клинического диагноза; с учетом МКБ, алгоритмами возрастной диагностики для успешной лечебно-диагностической деятельности, допускает единичные ошибки, существенно не влияющие на результаты диагностики	В полном объеме владеет алгоритмом постановки развернутого клинического диагноза; с учетом МКБ, алгоритмами возрастной диагностики для успешной лечебно-диагностической деятельности.	Собеседование, тестирование, решение ситуационных задач,	Собеседование, тестирование, решение ситуационных задач
ПК-7						
Знать	Фрагментарные знания нормативно-правовой базы врачебной экспертизы трудоспособности	Общие, но не структурированные знания нормативно-правовой базы врачебной экспертизы трудоспособности	Сформированные, но содержащие отдельные пробелы знания нормативно-правовой базы врачебной экспертизы трудоспособности	Сформированные систематические знания нормативно-правовой базы врачебной экспертизы трудоспособности	Собеседование, тестирование, решение ситуационных задач, составление	Собеседование, тестирование, решение ситуационных задач
Уметь	Частично освоенное	В целом успешное, но не	В целом успешное, но	Сформированное умение	Собеседование,	Собеседование,

	умение оформлять соответствующую медицинскую документацию, определять необходимость направления больного на МСЭ, проводить профилактику инвалидности	систематически осуществляемое умение оформлять соответствующую медицинскую документацию, определять необходимость направления больного на МСЭ, проводить профилактику инвалидности	содержащее отдельные пробелы умение оформлять соответствующую медицинскую документацию, определять необходимость направления больного на МСЭ, проводить профилактику инвалидности	оформлять соответствующую медицинскую документацию, определять необходимость направления больного на МСЭ, проводить профилактику инвалидности	тестирование, решение ситуационных задач,	тестирование, решение ситуационных задач
Владеть	Фрагментарное применение навыков владения методами оценки временной и стойкой утраты трудоспособности	В целом успешное, но не систематическое применение навыков владения методами оценки временной и стойкой утраты трудоспособности	В целом успешное, но содержащее отдельные пробелы применение навыков владения методами оценки временной и стойкой утраты трудоспособности	Успешное и систематическое применение навыков владения методами оценки временной и стойкой утраты трудоспособности	Собеседование, тестирование, решение ситуационных задач,	Собеседование, тестирование, решение ситуационных задач

3. Типовые контрольные задания и иные материалы

3.1. Примерные вопросы к зачету, критерии оценки (ОК-1, ПК-5, ПК-7)

1. Предмет, задачи, система судебной медицины.
2. Судебная медицина и судебно-медицинская экспертиза.
3. Взаимосвязь судебной медицины с другими науками.
4. Организация и структура судебно-медицинской службы в России.
5. Судебно-медицинские учреждения. Структура бюро судебно-медицинской экспертизы.
6. Процессуальные основы назначения и проведения судебно-медицинской экспертизы.
7. Объекты судебно-медицинской экспертизы.
8. Виды судебно-медицинской экспертизы (согласно УПК).
9. Врач-специалист и его участие в следственных действиях.
10. Права, обязанности и ответственность врача-специалиста.
11. Отвод врача-специалиста.
12. Судебно-медицинские эксперты и врачи-эксперты.
13. Правила назначения экспертов.
14. Права и обязанности эксперта.
15. Отвод и самоотвод эксперта.
16. Ответственность эксперта.
17. Судебно-медицинская документация.
18. Понятие о клинической и биологической смерти, их признаки.
19. Судебно-медицинская классификация смерти.
20. Медицинские и юридические аспекты классификации смерти.

21. Ранние трупные явления. Механизмы их возникновения, время появления после наступления смерти и их судебно-медицинское значение.
22. Поздние трупные явления. Механизмы их возникновения, время появления после наступления смерти и их судебно-медицинское значение.
23. Участие врача-специалиста в осмотре трупа на месте его обнаружения, его задачи, процессуальные положения деятельности.
24. Порядок проведения осмотра места происшествия при обнаружении трупа.
25. Порядок и правила осмотра трупа на месте обнаружения.
26. Порядок направления трупа на экспертизу (исследование) с места его обнаружения.
27. Поводы для назначения судебно-медицинской экспертизы.
28. Задачи судебно-медицинской экспертизы трупа.
29. Порядок проведения экспертизы (исследования) трупа в морге.
30. Виды повреждений.
31. Виды травматизма.
32. Характеристика основных видов механических повреждений.
33. Особенности осмотра трупа на месте его обнаружения при смерти от механических повреждений.
34. Последовательность описания повреждений (ссадин, кровоподтеков, ран).
35. Классификация тупых предметов по повреждающим поверхностям.
36. Механизмы образования повреждений, причиненных тупыми предметами.
37. Виды и признаки ран, причиненных тупыми предметами.
38. Повреждения при падениях с большой высоты и с высоты собственного роста.
39. Общая характеристика транспортной травмы.
40. Особенности повреждений, осмотра места происшествия, судебно-медицинской экспертизы при автомобильной и железнодорожной травме.
41. Общие вопросы травмы повреждений острыми предметами.
42. Виды и судебно-медицинское значение повреждений, возникающих от воздействия острыми предметами.
43. Особенности осмотра места происшествия и судебно-медицинской экспертизы при повреждениях острыми предметами.
44. Вопросы, выносимые на судебно-медицинскую экспертизу при повреждениях острыми и тупыми предметами.
45. Виды повреждений при огнестрельной травме.
46. Эффекты действия пули при различной кинетической энергии.
47. Общие признаки входной огнестрельной раны.
48. Выстрел в упор: механизм образования повреждений, признаки, судебно-медицинское значение.
49. Следы близкого выстрела и методы их обнаружения и распознавания.
50. Признаки повреждений от выстрела с неблизкого расстояния.

Критерии оценки:

- «зачтено» - обучающийся решил задачу в соответствии с алгоритмом, дал полные и точные ответы на все вопросы задачи, представил комплексную оценку предложенной ситуации, сделал выводы, привел дополнительные аргументы, продемонстрировал знание теоретического материала с учетом междисциплинарных связей, нормативно-правовых актов; предложил альтернативные варианты решения проблемы;

- «не зачтено» - обучающийся не смог логично сформулировать ответы на вопросы задачи, сделать выводы, привести дополнительные примеры на основе принципа межпредметных связей, продемонстрировал неверную оценку ситуации.

3.2. Примерные тестовые задания, критерии оценки

1 уровень:

1. ПЕРВОЙ СТАДИЕЙ РАЗВИТИЯ АСФИКСИИ ЯВЛЯЕТСЯ: (ПК-5)

- 1) инспираторная одышка
- 2) экспираторная одышка
- 3) кратковременная остановка дыхания
- 4) терминальные дыхательные движения

2. ВТОРОЙ СТАДИЕЙ РАЗВИТИЯ АСФИКСИИ ЯВЛЯЕТСЯ: (ПК-7)

- 1) инспираторная одышка
- 2) экспираторная одышка
- 3) кратковременная остановка дыхания
- 4) терминальные дыхательные движения

3. ТРЕТЬЕЙ СТАДИЕЙ РАЗВИТИЯ АСФИКСИИ ЯВЛЯЕТСЯ: (ПК-5)

- 1) инспираторная одышка
- 2) экспираторная одышка
- 3) кратковременная остановка дыхания
- 4) терминальные дыхательные движения

4. ЧЕТВЕРТОЙ СТАДИЕЙ РАЗВИТИЯ АСФИКСИИ ЯВЛЯЕТСЯ: (ПК-5)

- 1) инспираторная одышка
- 2) экспираторная одышка
- 3) кратковременная остановка дыхания
- 4) терминальные дыхательные движения

5. К ОБЩИМ ПРИЗНАКАМ АСФИКСИИ ПРИ НАРУЖНОМ ИССЛЕДОВАНИИ ТРУПА ОТНОСИТСЯ: (ПК-5)

- 1) мелкие кровоизлияния в соединительнотканые оболочки глаз, кожу лица, слизистую оболочку рта, носа
- 2) сокращение мошонки и втягивание яичек в паховые каналы
- 3) пятна Вишневого
- 4) пятна Тардье

6. К ОБЩИМ ПРИЗНАКАМ АСФИКСИИ ПРИ ВНУТРЕННЕМ ИССЛЕДОВАНИИ ТРУПА ОТНОСИТСЯ: (ПК-5)

- 1) наличие свертков в полостях сердца и крупных сосудов
- 2) сокращение мошонки и втягивание яичек в паховые каналы
- 3) пятна Вишневого
- 4) пятна Тардье

7. ПЯТНА ТАРДЬЕ РАСПОЛАГАЮТСЯ: (ПК-5)

- 1) в слизистой оболочке желудка
- 2) под мягкой мозговой оболочкой
- 3) под висцеральной плеврой и эпикардом

4) в слизистой оболочке полости рта и носа

8. В СТАДИИ ЭКСПИРАТОРНОЙ ОДЫШКИ ПРОИСХОДИТ: (ПК-7)

- 1) учащение дыхания с преобладанием вдоха
- 2) торможение дыхательного и сосудодвигательного центра
- 3) полная потеря сознания
- 4) улучшение оттока крови в левую половину сердца

9. ПО РОДУ СМЕРТИ ПОВЕШЕНИЕ ЧАЩЕ ВСЕГО: (ПК-7)

- 1) убийство
- 2) самоубийство
- 3) несчастный случай
- 4) способ казни

10. ПРИ ПОВЕШЕНИИ СТРАНГУЛЯЦИОННАЯ БОРОЗДА ИМЕЕТ СЛЕДУЮЩИЕ ОСОБЕННОСТИ: (ПК-7)

- 1) имеет косовосходящее направление
- 2) горизонтально расположена
- 3) неравномерно выражена
- 4) высоко расположена

11. ВИДОВЫМ ПРИЗНАКОМ ПРИ ПОВЕШЕНИИ ЯВЛЯЕТСЯ: (ПК-7)

- 1) странгуляционная борозда
- 2) кровоизлияния в соединительнотканые оболочки глаз
- 3) жидкое состояние крови
- 4) пятна Тардье

12. ДЛЯ ПОВЕШЕНИЯ ХАРАКТЕРНО: (ПК-7)

- 1) выступающий за линию зубов и ущемленный между зубами язык
- 2) трупные пятна на нижних частях тела при вертикальном положении
- 3) надрывы внутренних оболочек сонных артерий
- 4) горизонтальная, равномерно выраженная, низко расположенная странгуляционная борозда

13. ПРИ УЛАВЛЕНИИ ПЕТЛЕЙ СТРАНГУЛЯЦИОННАЯ БОРОЗДА ИМЕЕТ СЛЕДУЮЩИЕ ОСОБЕННОСТИ: (ПК-5)

- 1) имеет косовосходящее направление
- 2) горизонтально расположена
- 3) равномерно выражена
- 4) высоко расположена

14. ПРИ УДАВЛЕНИИ РУКАМИ ВИДОВЫМ ПРИЗНАКОМ ЯВЛЯЕТСЯ: (ПК-5)

- 1) линейные или полулунной формы ссадины и кровоподтеки в области шеи
- 2) надрывы внутренних оболочек сонных артерий

- 3) странгуляционная борозда
- 4) высунутый и ущемленный между зубами язык

15. ПРИ АСФИКСИИ ОТ ЗАКРЫТИЯ ОТВЕРСТИЙ РТА И НОСА ОСНОВНЫМИ ПРИЗНАКАМИ ЯВЛЯЮТСЯ: (ПК-5)

- 1) пятна Пальтауфа-Рассказова-Лукомского
- 2) ссадины и кровоподтеки в окружности рта и носа, кровоизлияния в слизистой губ
- 3) признак Пупарева
- 4) наличие стойкой мелкопузырчатой пены в области отверстий рта и носа

16. ПРИЗНАКАМИ КОМПРЕССИОННОЙ АСФИКСИИ ЯВЛЯЮТСЯ: (ОК-1)

- 1) карминовый отек легких
- 2) признак Амюсса
- 3) экхимотическая маска
- 4) странгуляционная борозда

17. ВИДЫ УТОПЛЕНИЯ: (ОК-1)

- 1) аспирационный
- 2) компрессионный
- 3) асфиксический
- 4) рефлекторный

18. ПРИЗНАКАМИ АСПИРАЦИОННОГО ТИПА УТОПЛЕНИЯ ЯВЛЯЮТСЯ: (ОК-1)

- 1) наличие стойкой мелкопузырчатой пены в области отверстий рта и носа
- 2) наличие жидкости в пазухе клиновидной кости
- 3) пятна Пальтауфа-Рассказова-Лукомского
- 4) серовато-синюшный цвет трупных пятен

19. ПРИЗНАКАМИ АСФИКСИЧЕСКОГО ТИПА УТОПЛЕНИЯ ЯВЛЯЮТСЯ: (ОК-1)

- 1) наличие стойкой мелкопузырчатой пены в области отверстий рта и носа
- 2) наличие жидкости в пазухе клиновидной кости
- 3) пятна Пальтауфа-Рассказова-Лукомского
- 4) пятна Тардье

20. ПРИЗНАКАМИ РЕФЛЕКТОРНОГО ТИПА УТОПЛЕНИЯ ЯВЛЯЮТСЯ: (ПК-5)

- 1) отсутствие изменений со стороны легких
- 2) бледность кожных покровов и скелетной мускулатуры
- 3) пятна Пальтауфа-Рассказова-Лукомского
- 4) признаки быстро наступившей смерти

2 уровень

1. УКАЖИТЕ ПРАВИЛЬНУЮ ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНОСТЬ РАЗВИТИЯ АСФИКСИИ: (ПК-7)

- 1) 1 стадия
- 1) Терминальных дыхательных движений

- | | |
|-------------|--------------------------------------|
| 1) 2 стадия | 2) Кратковременной остановки дыхания |
| 2) 3 стадия | 3) Инспираторная одышка |
| 3) 4 стадия | 4) Экспираторная одышка |

2. УКАЖИТЕ ПРАВИЛЬНОЕ СООТВЕТСТВИЕ НАИМЕНОВАНИЙ МЕХАНИЧЕСКОЙ АСФИКСИИ: (ОК-1)

- | | |
|-----------------------|----------------------------|
| асфиксия от сдавления | удавление петель |
| асфиксия от закрытия | повешение |
| | закрытие дыхательных путей |
| | инородным телом |
| | гемаспирация |

3. УКАЖИТЕ ПРАВИЛЬНОЕ СООТВЕТСТВИЕ: (ОК-1)

- | | |
|--------------------------------------|----------------------------------|
| 1) Линейный перелом затылочной кости | 1. Без вреда здоровью |
| 2) Сотрясение головного мозга | 2. Легкий вред здоровью |
| 3) Поверхностная ушибленная рана | 3. Средней тяжести вред здоровью |
| 4) Перелом нижней челюсти | 4. Тяжкий вред здоровью |

4. УКАЖИТЕ ПРАВИЛЬНОЕ СООТВЕТСТВИЕ: (ОК-1)

- | | |
|---|----------------------------------|
| 1) Проникающее колото-резаное ранение груди | 1) Без вреда здоровью |
| 2) Перелом носовых костей без смещения отломков | 2) Легкий вред здоровью |
| 3) Ссадина в лобной области справа | 3) Средней тяжести вред здоровью |
| 4) Перелом локтевой кости | 4) Тяжкий вред здоровью |

5. УКАЖИТЕ ПРАВИЛЬНОЕ СООТВЕТСТВИЕ ФАЗ АВТОМОБИЛЬНОЙ ТРАВМЫ ПРИ СТОЛКНОВЕНИИ ПЕШЕХОДА И ЛЕГКОВОГО АВТОМОБИЛЯ: (ОК-1)

- | | |
|-----------|--|
| 1. 1 фаза | 1. Скольжение тела по грунту |
| 2. 2 фаза | 2. Падение тела на грунт |
| 3. 3 фаза | 3. Удар бампером автомобиля в область нижних конечностей |
| 4. 4 фаза | 4. Падение тела на капот автомобиля |

3 уровень

ЗАДАЧА № 1 (ПК-5)

Труп неизвестного мужчины, обнаружен на чердаке дома. На шее трупа обнаружена петля из капронового шпагата. При исследовании трупа установлено: на шее трупа в верхней трети одиночная, замкнутая, косовосходящая, неравномерно выраженная, пергаментированная странгуляционная борозда с кровоизлияниями в мягких тканях; кровоизлияния в области прикрепления грудино-ключично-сосцевидных мышц к грудице (признак Вальхера); выраженная разность концентрации глюкозы из синусов твердой оболочки головного мозга и бедренной вены (2,9 раза); интенсивная синюшно-фиолетовая окраска и разлитой характер трупных пятен; циркулярное расположение трупных пятен в области голени, бедер, предплечий и кистей; синюшность лица; точечные кровоизлияния в соединительнотканых оболочках глаз; точечные кровоизлияния под висцеральной плеврой (пятна Тардье); жидкое состояние крови.

Вопрос: сформулировать судебно-медицинский диагноз.

Ответы:

1. Механическая странгуляционная асфиксия от сдавления органов шеи петлей при повешении* .
2. Механическая странгуляционная асфиксия от удушения петлей.
3. Механическая обтурационная асфиксия.

ЗАДАЧА № 2 (ПК-5)

У ребенка С., возраст 3 года, внезапно ухудшилось состояние, внезапно закашлялся, запрокинул голову, цианоз лица, затем потерял сознание и перестал дышать. Отец ребенка самостоятельно проводил реанимационные мероприятия, вызвал бригаду скорой медицинской помощи. На момент осмотра: врачом скорой помощи кожные покровы бледные, зрачки расширены, реакция на свет отсутствует, дыхание, сердечные тоны отсутствуют. Лечебные мероприятия: введение воздуховодной трубки, непрямой массаж сердца, искусственная вентиляция легких мешком Амбу, адреналин, преднизолон, без эффекта. Констатирована смерть до прибытия бригады скорой медицинской помощи. При проведении судебно-медицинского исследования трупа установлено: наличие инородного тела (фрагмента зерна миндаля) на уровне бифуркации трахеи; разлитой характер трупных пятен, точечные кровоизлияния в соединительнотканых оболочках глаз, кровоизлияния под висцеральной плеврой (пятна Тардье), очаговая острая альвеолярная эмфизема в сочетании с альвеолярным отеком в легком, полнокровие сосудов внутренних органов, умеренно выраженный периваскулярный и перичеллюлярный отек головного мозга; тотальная десквамация эпителия слизистой оболочки трахеи.

Вопрос: сформулировать судебно-медицинский диагноз.

Ответы:

1. Механическая обтурационная асфиксия* .
2. Механическая странгуляционная асфиксия от удушения петлей.
3. Механическая странгуляционная асфиксия от сдавления органов шеи петлей при повешении.

ЗАДАЧА № 3 (ПК-5)

Гр-н М., 29 лет, вечером был ограблен и избит на улице. Оказал сопротивление нападавшим, которые во время драки ударили ножом в правую голень. Самостоятельно дошел домой. Через 1 час резко отекала правая голень. Вызванной машиной скорой помощи доставлен в больницу. Из истории болезни: при поступлении жалуется на боли и резкий отек правой голени. Пульс 92 в 1 минуту. Артериальное давление 120/70 мм рт.ст. На передней поверхности правой голени в средней трети косо расположенная рана линейной формы с ровными краями 1,5x1 см. Рана не кровоточит. Окружность правой голени на 7 см больше левой. Пульс на тыле правой стопы отсутствует. Под местной анестезией произведена первичная хирургическая обработка раны голени. После рассечения раны (для ревизии) опорожнилась гематома около 150 мл, началось артериальное кровотечение. Обнаружено повреждение (пересечение) передней большеберцовой артерии, которая перевязана. Наложены швы, которые сняты через 10 дней. Трудоспособен через 4 недели. Клинический диагноз: ножевое ранение правой голени с повреждением большеберцовой артерии без массивной кровопотери.

Вопрос: какова степень тяжести вреда здоровью?

Ответы:

1. Тяжкий вред здоровью

2. Средней тяжести вред здоровью*
3. Легких вред здоровью.

Критерии оценки:

- «зачтено» - не менее 71% правильных ответов;
- «не зачтено» - 70% и менее правильных ответов.

3.3. Примерные ситуационные задачи, критерии оценки

Задача 1 (ОК-1)

Гр-н С., 22 лет. 05 ноября на работе в ссоре знакомый ударил металлической деталью по руке. Потерпевший сразу доставлен в больницу. Данные освидетельствования 22 ноября. Ногтевая фаланга 5-го пальца левой кисти отсутствует. Культия хорошо оформлена, на ней — линейный розовато-синюшный рубец длиной 2 см. Жалобы на неприятные ощущения при надавливании на культю. Из истории болезни известно, что С. поступил в хирургическое отделение больницы 5-го февраля. Мягкие ткани ногтевой фаланги 5-го пальца левой кисти были размозжены, кость раздроблена. Произведена операция ампутации поврежденной фаланги во втором межфаланговом суставе. Послеоперационный период протекал без осложнений. 12/11 выписан домой с освобождением от работы на 10 дней.

1. Какие повреждения установлены?
2. Каков механизм образования повреждений?
3. Какова степень тяжести вреда здоровью?

Ответ: у гр-на С., 22 лет, установлено повреждение: травматическая ампутация дистальной фаланги пятого пальца левой кисти. Повреждение образовалось в результате ударного воздействия твердого тупого предмета с ограниченной травмирующей поверхностью. Данное повреждение квалифицируется как причинившее легкий вред здоровью в соответствии с пунктом 8.2 Приказа Министерства здравоохранения и социального развития РФ № 194н от 24 апреля 2008 года «Об утверждении медицинских критериев определения степени тяжести вреда, причиненного здоровью человека» по признаку незначительной стойкой утраты общей трудоспособности в размере 5%.

Задача 2 (ПК-7)

Гр-н Б., 37 лет, 23 июня получил ранение ножом в грудь, через 30 минут доставлен в больницу. Гр-на Б. доставили в операционный корпус в тяжелом состоянии: резко бледен, губы с синюшным оттенком, пульс 120 в 1 минуту, слабого наполнения, аритмичный, тоны сердца приглушены. Артериальное давление 70/50 мм.рт.ст. Дыхание 26 в минуту. Справа дыхание не прослушивается: перкуторно - сплошная тупость. На груди справа в третьем межреберье у края грудины имеется рана размером 2x0,5 см. Вскрыта плевральная полость по третьему межреберью. Обнаружено пересечение IV ребра справа. В правой плевральной полости 700 мл крови и кровяных свертков. Послеоперационный период протекал без осложнений, общее состояние постепенно улучшалось и через 35 дней Б. выписан из больницы с освобождением от работы на 15 дней.

1. Какие повреждения установлены?
2. Каков механизм образования повреждений?
3. Какова степень тяжести вреда здоровью?

Ответ: У гр-н Б., 37 лет, установлено повреждение: проникающее колото-резаное ранение груди справа с развитием правостороннего гемоторакса (700 мл). Повреждение образовалось в результате ударного воздействия плоского колюще-режущего орудия. Данное повреждение квалифицируется как причинившее тяжкий вред здоровью в соответствии с

пунктом 6.1.9 Приказа Министерства здравоохранения и социального развития РФ № 194н от 24 апреля 2008 года «Об утверждении медицинских критериев определения степени тяжести вреда, причиненного здоровью человека».

Задача 3 (ПК-5)

Гр-ка З., 40 лет. 12 октября дома в семейной ссоре пьяный муж ударил молотком. Почувствовала резкую боль в области правой ключицы. Обратилась в травмпункт. В справке из травмпункта указано, что 12/Х при осмотре обнаружен закрытый перелом правой ключицы в средней трети, произведена фиксация отломков с помощью колец. Находилась на стационарном и последующем амбулаторном лечении до 20 ноября. Данные освидетельствования от 14 октября: в области средней трети правой ключицы припухлость мягких тканей и багрово-синий кровоподтек, 9х5см. На рентгенограмме от 14 октября обнаружен косоперечный перелом правой ключицы с правильным стоянием отломков.

1. Какие повреждения установлены?
2. Каков механизм образования повреждений?
3. Какова степень тяжести вреда здоровью?

Ответ: У гр-ки З., 40 лет, установлено повреждение: закрытый перелом правой ключицы без смещения отломков. Повреждение образовалось в результате ударного воздействия твердого тупого предмета с ограниченной травмирующей поверхностью. Данное повреждение квалифицируется как причинившее средней тяжести вред здоровью в соответствии с пунктом 7.1 Приказа Министерства здравоохранения и социального развития РФ № 194н от 24 апреля 2008 года «Об утверждении медицинских критериев определения степени тяжести вреда, причиненного здоровью человека».

Задача 4 (ПК-5)

Гр-н Е., 44 лет. 03 января во дворе дома подросток бросил куском льда в лицо. Данные освидетельствования 08 января: в центре лба на 4 см выше переносицы овальная ссадина, 3х2 см, покрытая плотной темно-бурой корочкой, слегка отслаивающейся по периферии.

1. Какие повреждения установлены?
2. Каков механизм образования повреждений?
3. Какова степень тяжести вреда здоровью?

Ответ: у гр-на Е., 44 лет, установлено повреждение: ссадина в лобной области по центру. Данное повреждение причинено в результате ударного воздействия твердого тупого предмета. Повреждение в соответствии с пунктом 9 Приказа Министерства здравоохранения и социального развития РФ № 194н от 24 апреля 2008 года «Об утверждении медицинских критериев определения степени тяжести вреда, причиненного здоровью человека» квалифицируется как не причинившее вреда здоровью т.к. данное повреждение не вызвало расстройства здоровья и утраты общей трудоспособности.

Задача 5 (ПК-7)

Гр-н М., 29 лет, вечером был ограблен и избит на улице. Оказал сопротивление нападавшим, которые во время драки ударили ножом в правую голень. Самостоятельно дошел домой. Через 1 час резко отекала правая голень. Вызванной машиной скорой помощи доставлен в больницу. Из истории болезни: при поступлении жалуется на боли и резкий отек правой голени. Пульс 92 в 1 минуту. Артериальное давление 120/70 мм рт.ст. На передней поверхности правой голени в средней трети косо расположенная рана линейной формы с ровными краями 1,5х1 см. Рана не кровоточит. Окружность правой голени на 7 см больше левой. Пульс на тыле правой стопы отсутствует. Под местной анестезией произведена первичная хирургическая обработка раны голени. После рассечения раны (для ревизии) опорожнилась гематома около

150 мл, началось артериальное кровотечение. Обнаружено повреждение (пересечение) передней большеберцовой артерии, которая перевязана. Наложены швы, которые сняты через 10 дней. Трудоспособен через 4 недели. Клинический диагноз: ножевое ранение правой голени с повреждением большеберцовой артерии без массивной кровопотери.

1. Какие повреждения установлены?
2. Каков механизм образования повреждений?
3. Какова степень тяжести вреда здоровью?

Ответ: у гр-на М. 29 лет, установлено повреждение: колото-резаное ранение правой голени с повреждением передней большеберцовой артерии. Данное повреждение квалифицируется как причинившее средней тяжести вред здоровью в соответствии с пунктом 7.1 Приказа Министерства здравоохранения и социального развития РФ № 194н от 24 апреля 2008 года «Об утверждении медицинских критериев определения степени тяжести вреда, причиненного здоровью человека» по признаку длительного расстройства здоровья на срок более 21 дня. Данное повреждение образовалось в результате ударного воздействия плоского колюще-режущего орудия.

Критерии оценки:

- «зачтено» - обучающийся решил задачу в соответствии с алгоритмом, дал полные и точные ответы на все вопросы задачи, представил комплексную оценку предложенной ситуации, сделал выводы, привел дополнительные аргументы, продемонстрировал знание теоретического материала с учетом междисциплинарных связей, нормативно-правовых актов; предложил альтернативные варианты решения проблемы;

- «не зачтено» - обучающийся не смог логично сформулировать ответы на вопросы задачи, сделать выводы, привести дополнительные примеры на основе принципа межпредметных связей, продемонстрировал неверную оценку ситуации.

4. Методические материалы, определяющие процедуры оценивания знаний, умений, навыков и (или) опыта профессиональной деятельности, характеризующих этапы формирования компетенций

4.1 Методика проведения тестирования

Целью этапа промежуточной аттестации по дисциплине (модулю), проводимой в форме тестирования, является оценка уровня усвоения обучающимися знаний, приобретения умений, навыков и сформированности компетенций в результате изучения учебной дисциплины (части дисциплины).

Локальные нормативные акты, регламентирующие проведение процедуры:

Проведение промежуточной аттестации обучающихся регламентируется Положением о текущем контроле успеваемости и промежуточной аттестации обучающихся, введенным в действие приказом от 08.02.2018 № 61-ОД.

Субъекты, на которых направлена процедура:

Процедура оценивания должна охватывать всех обучающихся, осваивающих дисциплину (модуль). В случае, если обучающийся не проходил процедуру без уважительных причин, то он считается имеющим академическую задолженность.

Период проведения процедуры:

Процедура оценивания проводится по окончании изучения дисциплины (модуля) на последнем занятии. В случае проведения тестирования на компьютерах время и место проведения тестирования преподаватели кафедры согласуют с информационно-вычислительным центром и доводят до сведения обучающихся.

Требования к помещениям и материально-техническим средствам для проведения

процедуры:

Требования к аудитории для проведения процедуры и необходимость применения специализированных материально-технических средств определяются преподавателем.

Требования к кадровому обеспечению проведения процедуры:

Процедуру проводит преподаватель, ведущий дисциплину (модуль).

Требования к банку оценочных средств:

До начала проведения процедуры преподавателем подготавливается необходимый банк тестовых заданий. Преподаватели кафедры разрабатывают задания для тестового этапа, утверждают их на заседании кафедры и передают в информационно-вычислительный центр в электронном виде вместе с копией рецензии. Минимальное количество тестов, составляющих фонд тестовых заданий, рассчитывают по формуле: трудоемкость дисциплины в з.е. умножить на 50.

Тесты включают в себя задания 3-х уровней:

- ТЗ 1 уровня (выбрать все правильные ответы)
- ТЗ 2 уровня (соответствие, последовательность)
- ТЗ 3 уровня (ситуационная задача)

Соотношение заданий разных уровней и присуждаемые баллы

	Вид промежуточной аттестации
Количество ТЗ 1 уровня (выбрать все правильные ответы)	Зачет
Кол-во баллов за правильный ответ	18
Всего баллов	2
Количество ТЗ 2 уровня (соответствие, последовательность)	36
Кол-во баллов за правильный ответ	8
Всего баллов	4
Количество ТЗ 3 уровня (ситуационная задача)	32
Кол-во баллов за правильный ответ	4
Всего баллов	8
Всего тестовых заданий	32
Итого баллов	30
Мин. количество баллов для аттестации	100

Описание проведения процедуры:

Тестирование является обязательным этапом зачёта независимо от результатов текущего контроля успеваемости. Тестирование может проводиться на компьютере или на бумажном носителе.

Тестирование на бумажном носителе:

Каждому обучающемуся, принимающему участие в процедуре, преподавателем выдается бланк индивидуального задания. После получения бланка индивидуального задания обучающийся должен выбрать правильные ответы на тестовые задания в установленное преподавателем время.

Обучающемуся предлагается выполнить 30 тестовых заданий разного уровня сложности. Время, отводимое на тестирование, составляет не более одного академического часа.

Тестирование на компьютерах:

Для проведения тестирования используется программа INDIGO. Обучающемуся предлагается выполнить 30 тестовых заданий разного уровня сложности. Время, отводимое на тестирование, составляет не более одного академического часа.

Результаты процедуры:

Результаты тестирования на компьютере или бумажном носителе имеют качественную оценку «зачтено» – «не зачтено». Оценки «зачтено» по результатам тестирования являются основанием для допуска обучающихся к собеседованию. При получении оценки «не зачтено» за

тестирование обучающихся к собеседованию не допускается и по результатам промежуточной аттестации по дисциплине (модулю) выставляется оценка «не зачтено».

Результаты проведения процедуры в обязательном порядке проставляются преподавателем в зачётные ведомости в соответствующую графу.

4.2. Методика проведения устного собеседования

Цель этапа устного собеседования по дисциплине (модулю), проводимой в форме устного собеседования отражает уровень приобретения обучающимся теоретических знаний и сформированности компетенций в результате изучения учебной дисциплины (части дисциплины).

Локальные нормативные акты, регламентирующие проведение процедуры:

Проведение промежуточной аттестации обучающихся регламентируется Положением о текущем контроле успеваемости и промежуточной аттестации обучающихся, введенным в действие приказом от 08.02.2018 № 61-ОД.

Субъекты, на которые направлена процедура:

Процедура оценивания должна охватывать всех обучающихся, осваивающих дисциплину (модуль). В случае, если обучающийся не проходил процедуру без уважительных причин, то он считается имеющим академическую задолженность.

Период проведения процедуры:

Процедура оценивания проводится по окончании изучения дисциплины (модуля) на последнем занятии по дисциплине (модулю) или может быть совмещена с экзаменационным собеседованием по усмотрению кафедры.

Требования к помещениям и материально-техническим средствам для проведения процедуры:

Требования к аудитории для проведения процедуры и необходимость применения специализированных материально-технических средств определяются преподавателем.

Требования к кадровому обеспечению проведения процедуры:

Процедуру проводит преподаватель, ведущий дисциплину (модуль).

Требования к банку оценочных средств:

До начала проведения процедуры преподавателем подготавливается необходимый банк оценочных материалов для оценки умений и навыков. Банк оценочных материалов включает перечень вопросов, которые должен освоить обучающийся для будущей профессиональной деятельности.

Описание проведения процедуры:

Оценка уровня теоретических знаний может осуществляться на основании положительных результатов текущего контроля при условии обязательного посещения всех занятий семинарского типа.

Результаты процедуры:

Результаты проверки уровня освоения теоретических знаний имеют качественную оценку «зачтено» – «не зачтено». Результаты проведения процедуры в обязательном порядке проставляются преподавателем в зачетные ведомости в соответствующую графу.