

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
КАЗАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ
КАФЕДРА СУДЕБНОЙ МЕДИЦИНЫ

**ПРАВИЛА
ПОСТРОЕНИЯ СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКОГО ДИАГНОЗА,
ВЫВОДОВ ЭКСПЕРТА И ЗАПОЛНЕНИЯ "МЕДИЦИНСКОГО
СВИДЕТЕЛЬСТВА О СМЕРТИ"**

Учебно-методические рекомендации

Редактор, корректор Дсговцова ЕВ.
Подписано в печать 13.02.2004 Бумага офсетная **60x84/16**
Риюграфия Объем 3,89 усл.-псч. л. -Тираж 150
Заказ № 21 \
420012, г. Казань, Бутлерова, 49, типография КГМУ

Казань, 2004

Печатается по решению Центрального координационно-методического совета Казанского государственного медицинского университета

С о с т а в и т е л и :

Г.М.Харин, А.З.Шакирова, В.А.Калянов

Под общей редакцией профессора Г.М. Харина

Р е ц е н з е н т ы :

начальник Республиканского бюро судебно-медицинской экспертизы МЗ Татарстана, Заслуженный врач РФ и РТ, канд. мед. наук Ю.П.Калинин, профессор кафедры патологической анатомии Казанского государственного медицинского университета, доктор мед. наук С.Б.Петров.

ПРАВИЛА ПОСТРОЕНИЯ СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКОГО ДИАГНОЗА. ВЫВОДОВ ЭКСПЕРТА И ЗАПОЛНЕНИЯ «МЕДИЦИНСКОГО СВИДЕТЕЛЬСТВА О СМЕРТИ». Учебно-методические рекомендации / Под ред проф Г.М.Харина. - Казань: КГМУ, 2004. - 67 с.

В предлагаемых учебно-методических рекомендациях на основе анализа современной нормативно-инструктивной документации рассмотрены структура и основные принципы составления судебно-медицинского диагноза, формулировки экспертных выводов и правила заполнения "Медицинского свидетельства о смерти". Изложенная информация составлена в соответствии с требованиями Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ-10), а также распорядительными документами Минздрава Российской Федерации. Методические рекомендации предназначены для студентов, изучающих основы судебной медицины, а также могут быть использованы интернами, ординаторами и судебно-медицинскими экспертами в качестве краткого пособия при оформлении судебно-медицинской документации.

ПРЕДИСЛОВИЕ

Деятельность судебно-медицинской службы неразрывно связана с соблюдением высоких требований к достоверности представляемой информации и ответственностью, возлагаемой на врачей. Это в полной мере относится к соблюдению унифицированных правил составления судебно-медицинского диагноза, определения причин смерти и их кодирования, формулировки экспертных выводов, заполнения "Медицинского свидетельства о смерти", сличения (сопоставления) заключительных клинического и судебно-медицинского (патологоанатомического) диагнозов. Представляется бесспорными юридическая значимость соблюдения всех требований к оформлению медицинской документации и ее важная роль, отвечающая потребностям статистических учреждений, органов практического здравоохранения, страховых компаний и правоохранительных структур.

Проведенный нами анализ текущей медицинской документации свидетельствует о том, что многие положения из общепринятых правил ее составления врачи часто не знают. Тем самым ими игнорируется тот факт, что грамотная и аргументированная формулировка диагноза, эпикриза или экспертных выводов дает возможность в лаконичной форме отразить результаты проведенных исследований, показать взаимосвязь смертельного исхода с имевшими место повреждениями или заболеваниями, выявить механизм возникновения и особенности развития патологических процессов, оценить своевременность и правильность предпринятых медицинских вмешательств.

Несмотря на большое внимание, уделяемое этой проблеме всеми заинтересованными сторонами, до сих пор выявляются различные толкования конкретных случаев и наблюдений из практики, которые вызывают дополнительные трудности в работе клиницистов, патологов и судебно-медицинских экспертов. В этой связи представляется целесообразным детальное рассмотрение затронутых вопросов в учебном процессе со студентами и в ходе последилового образования, поскольку приобретаемые на занятиях знания, практические навыки и умения оформлять окончательные медицинские заключения служат объективным критерием оценки компетентности и уровня медицинского мышления будущих специалистов.

Эти обстоятельства явились поводом для составления нами методических рекомендаций, в которых на основании современных литературных данных и требований МКБ-10 сделана попытка обобщения и конкретизации имеющейся информации с унификацией правил, предъявляемых к составлению судебно-медицинской документации. Авторы выражают свою признательность сотрудникам Республиканского бюро судебно-медицинской экспертизы Минздрава Татарстана и уважаемым рецензентам, чей опыт, замечания и предложения по-
ефикации.

Глава 1 ДИАГНОЗ И ЕГО СТРУКТУРА

В различных литературных источниках и инструктивных до куме нередко фигурируют не одинаковые по форме, но во многом сходные по смысловому содержанию понятия "Диагноз". Чаще всего смысловое значение сводится к тому, что клинический и патолого-анатомический (судебно-медицинский) диагнозы - это краткое врачебное заключение о сущности и характере заболевания (отравления, травмы и пр.). отражающих его нозологию, этиологию, патогенез, морфофункциональные проявления и причину смерти, которые должны быть выражены в терминах, предусмотренных Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем (Десятый пересмотр), а также классификациями и номенклатурами заболеваний, рекомендованными МЗ РФ и ВОЗ.

Как известно, формулировка судебно-медицинского и патолого-анатомического диагноза основана на единых принципах. Но вместе с тем справедливо мнение, что судебно-медицинский диагноз, как правило, чаще является анатомо-лабораторным в отличие от патолого-анатомического, который можно считать клинко-анатомическим. Эти особенности диктуют вполне определенные требования, а именно составление судебно-медицинского диагноза лишь после получения результатов всех лабораторных исследований и изложение его непосредственно перед выводами "Заключения эксперта".

Большинство судебно-медицинских экспертов, патологоанатомов и клиницистов признают незыблемым патогенетический принцип построения окончательного диагноза, указывающий на причинно-следственную связь и хронологическую последовательность развития заболевания (отравления, повреждения). При этом структура диагноза должна включать в себя следующие рубрики:

1. Основное заболевание.
2. Осложнения основного заболевания.
3. Сопутствующие заболевания и их осложнения

Считается целесообразным, наряду с указанием нозологических единиц, перечисление клинко-морфологических проявлений основного страдания, всех приспособительных и компенсаторных реакций, располагая их в порядке важности, а также результатов гистологических, бактериологических, химических и других лабораторных исследований.

При составлении судебно-медицинского диагноза должны соблюдаться также:

- а) нозологический принцип - основное заболевание может быть представлено только нозологической единицей в соответствии с МКБ-10;
- б) этиологический принцип - обязательность указания этиологии заболевания (повреждения) или обстоятельств травмы;
- в) принцип локализации - указание места расположения патологического процесса.

Пример: 1 Основное заболевание - Рубленая рана мягких тканей левой височной области головы с повреждениями височной артерии и вены, левой височной кости, оболочек и вещества головного мозга.

2. Осложнения основного заболевания Острое и массивное наружное кровотечение, малокровие внутренних органов (постгеморрагическая анемия), пятна Минакова под эндокардом левого желудочка сердца.

3. Сопутствующее заболевание - Множественные ссадины и кровоподтеки на тыльных поверхностях обеих кистей, закрытый многооскольчатый перелом концевых фаланг II и III пальцев правой кисти.

Общепринято, что в качестве *ОСНОВНОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ* должна быть выставлена та нозологическая форма, которая сама по себе или через тесно связанные с ней осложнения привела к смертельному исходу. В соответствии с МКБ-10. причинами смерти, которые должны быть внесены в медицинское свидетельство о смерти, являются все те болезни, патологические состояния или травмы, которые привели к смерти или способствовали ее наступлению, а также обстоятельства несчастного случая или акта насилия, которые вызвали любые такие травмы. При этом поясняется, что первоначальной причиной смерти (основным заболеванием) следует считать: а) болезнь или травму, вызвавшую последовательный ряд болезненных процессов, непосредственно приведших к смерти или б) обстоятельства несчастного случая или акта насилия, которые вызвали смертельную травму. Основное заболевание может быть представлено одной или несколькими нозологическими формами, а также быть полипатией (семейством или ассоциацией болезней).

МКБ-10 рекомендует также использование понятия *основное состояние*". - то есть *состояние*, которое следует учитывать для анализа заболеваемости и смертности по единичной причине; *состояние*, по поводу которого проводилось лечение и обследование при обращении за медицинской помощью, или которое явилось причиной смерти. Таким образом, *основное состояние* (по МКБ-10) определяется как таковое, которое было диагностировано в конце эпизода оказания медицинской помощи, по поводу которого проводились лечебные и диагностические процедуры. Однако это понятие на сегодняшний день является часто неприемлемым для использования в прозекторской практике.

ОСЛОЖНЕНИЯМИ ОСНОВНОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ следует считать нозологические единицы, травмы, синдромы и симптомы, патологические процессы и состояния, которые патогенетически (прямо или косвенно) связаны с основным заболеванием, но не являются при этом его проявлениями. При наличии множественных осложнений их запись в диагнозе должна производиться в соответствии с патогенетической и временной последовательностью развития. Среди всей группы осложнений требуется выделить одно важнейшее - смертельное осложнение, которое чаще всего фигурирует в диагнозе и выводах как *непосредственная причина смерти*. В качестве осложнений могут выступать последствия хирургических вмешательств, реанимационных мероприятий и интенсивной терапии (если они не явились решающими факторами танатогенеза).

СОПУТСТВУЮЩИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ - это одна или несколько нозологических единиц и синдромов, которые при наступлении смерти не имели этиологической или патогенетической связи с основным заболеванием (повреждением) и не играли существенной роли в генезе смерти. Последовательность регистрации сопутствующих заболеваний в диагнозе в случаях их множественности должна производиться с учетом степени выраженности клинико-анатомических проявлений каждой нозологической единицы.

Наибольшие трудности в экспертной практике связаны с формулировкой **ОСНОВНОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ** или **ПЕРВОНАЧАЛЬНОЙ ПРИЧИНЫ СМЕРТИ**. Нередко основное заболевание подменяется в диагнозах каким-либо симптомом, синдромом или клинико-морфологическими проявлениями патологического процесса. Широко распространен ошибочный подход искусственной выборки одного из имеющихся повреждений, хотя не вызывает сомнений тот факт, что применительно к судебно-медицинской практике под основным повреждением следует понимать не только избирательное повреждение какой-либо области или органа, повлекшие за собой смерть, но и все иные повреждения, обусловленные комплексом данной травмы. Поэтому, если повреждения возникли одновременно от воздействия одного фактора или на различных этапах одного и того же вида травмы (падение с высоты, автотравма и др.), то все имеющиеся повреждения вносятся в пункт основного заболевания.

Пример. Основное заболевание - Травма головы: ушибленная рана мягких тканей в теменной области справа, вдавленный перелом правой теменной кости, субдуральная и субарахноидальная гематомы в правом полушарии головного мозга, точечные кровоизлияния в толщу коры теменной области правого полушария. Переломы II -IX ребер справа по различным анатомическим линиям с повреждением плевры и ткани легкого. Ушибленная рана мягких тканей правого бедра.

В соответствии с Правилами оформления медицинской документации, утвержденными МЗ СССР № 10-11/26 от 20.02.87 г., в качестве основного заболевания в диагнозах могут фигурировать родовые понятия - ишемическая болезнь сердца (ИБС) и цереброваскулярная болезнь (ЦВБ), что вызвано их собой частотой и социальной значимостью в инвалидизации и смертности населения. Однако после родового понятия обязательно указывается конкретная нозологическая форма заболевания, явившегося первоначальной причиной смерти.

Пример. Основное заболевание - Хроническая ишемическая болезнь сердца: постинфарктный кардиосклероз с исходом в хроническую аневризму задней стенки левого желудочка.

Пример. Основное заболевание - Цереброваскулярная болезнь: ишемический инфаркт мозга

В ряде случаев у больного (пострадавшего) выделение только одной нозологической формы в качестве основного заболевания (повреждения) представляется весьма затруднительным. При этом в судебно-медицинском

диагнозе на первом месте должна фигурировать та нозологическая форма заболевания или повреждения, которая наиболее вероятно послужила первоначальной (основной) причиной смерти или представляется наиболее тяжелой по своему характеру, последствиям и осложнениям, а так же более вероятной по частоте смертельных исходов. В подобных случаях другие заболевания (повреждения) приобретают роль сопутствующих.

Пример. 1 Основное заболевание - Сдавление органов шеи петлей при повешении.

2. Осложнение основного заболевания - Механическая странгуляционная асфиксия.

3. Сопутствующее заболевание - Множественные резаные раны внутренней поверхности левого предплечья с повреждением подкожных сосудов

При невозможности выделения какой-либо нозологической формы из двух или нескольких возникает необходимость построения **КОМБИНИРОВАННОГО ОСНОВНОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ** (повреждения), в составе которого нозологические единицы могут комбинироваться в следующих вариантах:

1. Конкурирующие заболевания;
2. Сочетанные заболевания;
3. Основное и фоновое заболевания.

Понятие **КОНКУРИРУЮЩЕГО ЗАБОЛЕВАНИЯ** объединяет нозологические формы, которые сами по себе в отдельности могли бы привести к смерти, вместе с этим, их совместное влияние, утяжеляя состояние больного и течение болезни, ускоряет наступление смертельного исхода. В этих случаях диагноз должен строиться по следующему плану:

Пример. Комбинированное основное заболевание (конкурирующие заболевания) - а) Термические ожоги ШБ - IV степени на площади около 80% поверхности тела; б) Травматическое кровоизлияние в правое полушарие головного мозга с прорывом крови в желудочки.

В отличие от конкурирующих. **СОЧЕТАННЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ**, взятые в отдельности, не являются смертельными, но, развиваясь одновременно, через совокупность общих осложнений приводят к смертельному исходу.

Пример. Комбинированное основное заболевание (сочетанные заболевания) - а) Закрытая травма груди: переломы II-IV ребер справа, б) Бронхоэктатическая болезнь в стадии обострения

ФОНОВЫМ ЗАБОЛЕВАНИЕМ является нозологическая единица, которая сыграла существенную роль в возникновении и неблагоприятном течении основного заболевания, способствуя возникновению смертельных осложнений.

Пример. Комбинированное основное заболевание - Цереброваскулярная болезнь: кровоизлияние в варолиев мост на фоне гипертонической болезни с преимущественным поражением почек.

Наиболее трудным и ответственным является построение диагноза в случаях **СМЕРТЕЛЬНЫХ ИСХОДОВ, СВЯЗАННЫХ С ДИАГНОСТИЧЕСКИМИ И ЛЕЧЕБНЫМИ МЕРОПРИЯТИЯМИ** ("вторые болезни", ятрогенные заболевания). Принято считать, что в случаях, когда смертельные осложнения

наступили в результате обоснованных и правильно проведенных медицинских вмешательств, они должны трактоваться как **ОСЛОЖНЕНИЕ ОСНОВНОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ**, по поводу которого они были предприняты.

Пример. Основное заболевание - Резаная рана мягких тканей левой руки в области локтевой ямки с повреждением срединно-локтевой вены.

Осложнения - Острая массивная кровопотеря. Тромбоз катетеризированной подключичной вены Тромбоэмболия основного ствола легочной артерии.

Однако нередко возникает необходимость рассматривать лечебно-диагностические мероприятия в качестве основного заболевания и первоначальной причины смерти. В соответствии с Классификацией причин смерти ВОЗ это может иметь место в следующих случаях:

а) *неблагоприятные результаты лечебных мероприятий, проведенных по ошибочному диагнозу или с косметической целью и приведшие сами по себе к смертельному исходу.*

Пример. Основное заболевание - Острая перфоративная язва желудка в ходе лечения кортикостероидами по поводу предполагаемой системной красной волчанки.

б) *Неправильно проведенное лечебное мероприятие, послужившее причиной смерти.*

Пример. Основное заболевание - Перфорация стенки правого желудочка сердца при катетеризации правой подключичной вены.

в) *Осложнения лекарственной терапии с развитием дисбактериоза, эндо- и экзогенной суперинфекции.*

Пример. Кандидоз кишечника: некротически-язвенный энтероколит как неблагоприятная реакция на лечение синтомицином и фталазолом по поводу дизентерии.

г) *Смертельные аллергические реакции.*

Пример. Анафилактический шок на введение пеницилина в ходе лечения остеомиелита правой бедренной кости после огнестрельного дробового ранения

д) *Переливание иногруппной крови.*

Пример. Некронефроз вследствие переливания иногруппной крови при проведении интенсивной терапии по поводу травматической ампутации нижних конечностей.

е) *Закончившиеся смертью манипуляции, проведенные с диагностической целью, а также различные вакцинации.*

Пример. Воздушная эмболия при трансторакальной аспирационной биопсии правого легкого по поводу предполагаемого опухолевого процесса.

ж) *Смерть от наркоза.*

Пример. Асфиксия при интрагастральной вентиляции вследствие ошибочного введения интубационной трубки в пищевод.

Учитывая, что в случаях "наркотической смерти" решаются проблемы как медицинского, так и этического плана, следует помнить, что только при установлении бесспорных причинно-следственных связей между наступлением

смертельного исхода и действием наркоза судебно-медицинский эксперт имеет право и должен квалифицировать случай как "наркотическая смерть".

МКБ-10 четко констатирует, что в качестве первоначальной причины смерти (основного заболевания) ятрогенные смертельные осложнения учитываются при ошибочной передозировке, неправильном назначении лекарственных средств, непрофессионально выполненном диагностическом или лечебном мероприятии.

Глава 2. ЗАПОЛНЕНИЕ И ВЫДАЧА «МЕДИЦИНСКОГО СВИДЕТЕЛЬСТВА О СМЕРТИ»

В соответствии с приказом Минздрава РФ №241 от 07.08.98 г. в день окончания судебно-медицинского исследования трупа эксперт заполняет и подписывает "Медицинское свидетельство о смерти" (форма №106/у-98). В случае судебно-медицинской экспертизы трупа мертворожденного или ребенка, умершего в первые 0-6 суток после рождения, заполняется и выдается "Медицинское свидетельство о перинатальной смерти" (форма №106-2/у-98).

Заполнение "Медицинского свидетельства о смерти" производится путем вписывания необходимых сведений разборчивым почерком или подчеркиванием соответствующих обозначений ручкой, основываясь на сведениях из документов, удостоверяющих личность умершего. Заполнению подлежат все пункты и графы свидетельства, а при отсутствии тех или иных сведений следует внести запись "не известно" или "не установлено" и т.д.

Запись причин смерти, предусмотренная п. 18 "а, б, в, г", осуществляется по нозологическому принципу в соответствии с рекомендациями ВОЗ и МКБ-10. В пункте 18 "причина смерти" указывается в такой последовательности:

I. а) болезнь или состояние, непосредственно приведшие к смерти (непосредственная причина смерти);

б) патологические состояния, которые привели к возникновению вышеуказанной причины (как правило, смертельные осложнения основного заболевания или травмы);

в) основная (первоначальная) причина смерти, т.е. основное заболевание или повреждение;

г) внешние причины при травмах и отравлениях, т.е. обстоятельства случившегося.

Во второй части п. 18, отмеченной римской цифрой II, указываются прочие важные состояния (сопутствующие заболевания или повреждения), существовавшие к моменту смерти и оказавшие неблагоприятное влияние на течение основного заболевания, но патогенетически не связанные с болезнью (травмой) или патологическим состоянием, приведшим к смерти.

Пример. I. а) Гемотампонада сердца.

б) Разрыв задней стенки левого желудочка.

в) Острый трансмуральный инфаркт миокарда.

II Гипертоническая болезнь с преимущественным поражением сердца

Недопустимо, чтобы непосредственную причину смерти заменяли явления, при которых наступила смерть (механизмы смерти), как, например, легочная сердечная недостаточность и т.п.

Судебно-медицинская практика свидетельствует, что в ряде случаев нет необходимости заполнять строки "б" и "в", если болезнь (повреждение), явившаяся непосредственной причиной смерти и указанная в виде нозологической формы в строке "а", полностью характеризует цепь процессов, приведших к смерти. Однако подобный подход к заполнению п. 18 лишен всякого смысла и его вряд ли можно признать целесообразным.

Пример. I. а) Механическая обтурационная асфиксия в результате закрытия просвета дыхательных путей инородным телом.

В свидетельстве о смерти в качестве первоначальной причины (основного заболевания) могут фигурировать истинные ятрогенные болезни. Это прежде всего касается передозировок правильно назначенных лечебных средств, приема ошибочно назначенного лекарственного вещества и всех непрофессионально выполненных смертельных диагностических, терапевтических и хирургических вмешательств. Эти вмешательства как причина смерти в соответствии с МКБ становятся основным заболеванием, а болезни (повреждения), по поводу которых было предпринято вмешательство, занимают положение фонового или второго в комбинированном заболевании, т.е. вносятся в пункт II.

Пример. I. а) Разлитой фибринозно-гнойный перитонит,
б) _____

в) Повреждение стенки сигмовидной кишки в ходе операции надвлагалищной ампутации матки с придатками.

II Фибромиома матки

В то же время непредвиденные неблагоприятные реакции при правильно выполненных медицинских вмешательствах учитываются лишь в качестве осложнения терапии.

Пример: 1. а) Острая массивная кровопотеря.

б) Повреждение варикозно расширенных вен передней брюшной стенки при парацентезе (дата) с внутрибрюшным кровотечением.

в) Портальный цирроз печени.

В случаях заполнения ""Медицинского свидетельства о перинатальной смерти" (форма №106-2/у-98) в разделе "причины перинатальной смерти" следует указывать:

а) основное заболевание или патологическое состояние ребенка (плода), явившееся причиной смерти (указывается только одно заболевание);

б) другие заболевания или патологические состояния ребенка (плода);

в) основное заболевание или патологическое состояние матери, оказавшее неблагоприятное влияние на ребенка (плод);

г) другие заболевания или патологические состояния матери, оказавшие неблагоприятное влияние на ребенка (плод);

д) другие обстоятельства, имевшие отношение к смерти.

Если для установления или уточнения причины смерти необходимо проведение лабораторных и дополнительных исследований, выдается предварительное свидетельство. Однако невозможность установления рода смерти или обстоятельства и места травмы к моменту выдачи свидетельства не является основанием для выдачи предварительного свидетельства; в этом случае в бланке подчеркивают - "род смерти не установлен". После получения результатов лабораторных исследований и других необходимых сведений составляется окончательное свидетельство с отметкой "взамен предварительного №___", которое пересылается непосредственно в региональное (территориальное) статистическое управление. Если было выдано "Медицинское свидетельство о смерти" с пометкой "окончательное", а в дальнейшем выявилась ошибка в записи диагноза, то следует отправить новое "Медицинское свидетельство о смерти" с надписью, сделанной от руки, - "взамен окончательного Медицинского свидетельства о смерти №_____". Неправильно заполненные экземпляры свидетельств и корешки к ним перечеркивают и с надписью по диагонали "испорчено" оставляют в сброшюрованной книжке бланков.

Заполнение "Медицинского свидетельства о смерти" заканчивается кодированием причины смерти с определением четырехзначных рубрик в соответствии с "Правилами и инструкцией по кодированию данных смертности и заболеваемости, а также условиями наступления смерти".

Требования к оформлению судебно-медицинского диагноза должны точно соответствовать МКБ-10 и носить императивный характер, т.к. для статистического учета и с судебно-правовых позиций требуется только первоначальная причина смерти, а не непосредственная причина смерти. Главное нововведение в МКБ-10 - это использование алфавитно-цифровой системы кодирования, предполагающей наличие в четырехзначной рубрике одной буквы, за которой следуют три цифры.

В "Заключении эксперта" после судебно-медицинского диагноза приводят сведения из выданного ""Медицинского свидетельства о смерти" с указанием его номера, даты выдачи, основной причины смерти, ее осложнений, непосредственной причины, сопутствующих заболеваний и повреждений.

"Медицинское свидетельство о смерти" выдается родственникам или другим лицам под расписку на корешке этого документа, оставляемого в учреждении здравоохранения. Выдача трупа без "Медицинского свидетельства о смерти" запрещается. В случае потери "Медицинского свидетельства о смерти" на основании письменного отношения органов ЗАГСа выдается новое свидетельство с пометкой "дубликат".

Глава 3. ОСНОВНЫЕ ПРИНЦИПЫ ФОРМУЛИРОВКИ ВЫВОДОВ ЭКСПЕРТА

Выводы в "Заключении эксперта" должны представлять собой научно обоснованные и мотивированные ответы на поставленные перед экспертом вопросы, сформулированные на основании всестороннего и объективного

анализа результатов проведенного исследования. Выводы следует излагать четко и конкретно, не допуская различного и\ толкования. В выводах могут быть изложены и те обстоятельства по поводу которых не были поставлены вопросы, если эти обстоятельства, по мнению эксперта, имеют значение для дела. Допускается объединение ответов на близкие по смыслу вопросы или изменение их последовательности, но без изменения первоначальной формулировки вопросов.

Формулировка выводов должна начинаться с изложения оснований (так называемая "шапка"-преамбула), которые позволили установить все последующие факты. *Например:* "На основании судебно-медицинской экспертизы трупа гр-на А.. 1980 г. рожд., принимая во внимание предварительные сведения, результаты лабораторных исследований, данные из представленных медицинских документов и поставленные перед экспертом вопросы, прихожу к следующим выводам:

Далее в выводах эксперт прежде всего высказывает свое мнение о *первоначальной причине смерти* (основном заболевании или повреждении) с последующим указанием смертельного осложнения, которое, как правило, является непосредственной причиной смерти. Следует строго придерживаться терминологии, заложенной в диагнозе, называя первоначальной причиной смерти именно основное заболевание или повреждение а не осложнения или явления, при которых наступила смерть. *Например:* "Причиной смерти является огнестрельное пулевое сквозное ранение мягких тканей правого плеча с повреждением подмышечной артерии и вены, осложнившееся острой массивной кровопотерей и малокровием внутренних органов" Обычно подобный подход к формулировке выводов позволяет высказаться об особенностях танатогенеза и механизме умирания. При такой формулировке как бы подчеркивается значение основного заболевания или повреждения в качестве исходного звена всех последующих изменений в организме, непосредственно приведших к летальному исходу, что наиболее важно для следственных органов. В этой связи необходимо избегать столь распространенной на практике формулировки, как *например:* "Непосредственной причиной смерти следует считать острую постгеморрагическую анемию, развившуюся в результате огнестрельного пулевого сквозного ранения мягких тканей правого плеча с повреждением магистральных сосудов".

Дальнейшая формулировка выводов включает в себя ответы на следующие вопросы, которые обычно фигурируют в постановлении на экспертизу:

- Какова давность наступления смерти?
- Имеются ли на трупе телесные повреждения? Их характер, локализация, механизм, прижизненность и давность образования. Степень тяжести причиненного вреда здоровью и причинная связь со смертью"
- Каково возможное взаиморасположение потерпевшего и травмирующего орудия в момент причинения повреждения?

- Какими заболеваниями страдал при жизни, и не состоят ли они в причинной связи со смертью?
- Употреблял ли потерпевший незадолго до смерти алкогольные напитки и в какой степени опьянения мог находиться?

Медицинская аргументация выводов строится на указании конкретных данных, полученных при наружном и внутреннем исследовании трупа, с обязательным учетом сведений из протокола осмотра трупа на месте его обнаружения, данных из представленных следователем медицинских и других документов, а также результатов дополнительных и лабораторных исследований. Таким образом, выводы всегда должны содержать краткую поясняющую часть, представляющую собой перечень обнаруженных изменений, изложенных в определенной последовательности и взаимосвязи. с судебно-медицинской оценкой всех изменений, отмеченных в исследовательской (описательной) части и в судебно-медицинском диагнозе. Как правило, это позволяет обосновать механизм причинения повреждений и вид травмирующего орудия или средства. *Например:* "Выявленное у потерпевшего повреждение в виде ушибленной раны мягких тканей затылочной области головы могло быть причинено при ударе тупым предметом, имеющим на контактирующей поверхности три сходящиеся грани, или при падении и ударе о таковой. Данный вывод подтверждается трехлучевой формой раны с неровными осадненными краями, зазубренными стенками, вывернутыми по краям луковичами волос, наличием тканевых перемычек в углах повреждения, раздавливанием и пропитыванием кровью подлежащей ткани".

Нередко обоснование выводов базируется на результатах преимущественно лабораторных исследований различных объектов, изъятых из трупа.

Например: "С момента получения повреждения до смерти могло пройти не более одного-двух часов, что подтверждается результатами судебно-гистологического исследования, свидетельствующими о минимальной выраженности реактивных изменений в области раны в виде морфологических проявлений отека тканевых структур, полнокровия сосудов с краевым стоянием лейкоцитов, наличия кровоизлияний из малоизмененных и частично спаянных эритроцитов с неравномерно локализованными группами немногочисленных лейкоцитов и отсутствием макрофагов (Акт №. дата)". Другой *пример:* "Незадолго до смерти потерпевший употреблял алкогольные напитки, что подтверждается результатами судебно-химического исследования крови, свидетельствующими о наличии этилового спирта в концентрации 2,9 /‰ (Акт №. дата). Обычно подобное содержание этанола в крови живых лиц может соответствовать тяжелой степени алкогольного опьянения".

Нередко обоснование выводов строится на дифференциальной диагностике морфологически сходных проявлений некоторых заболеваний и повреждений. *Например:* спонтанные и травматические кровоизлияния в головной мозг, повешение и удушение петлей, ишемическая болезнь сердца и

алкогольная кардиомиопатия. термические и электрогенные ожоги или при идентификации орудий травмы и др

Следует помнить, что эксперт вправе отказаться от дачи заключения по некоторым вопросам если эти вопросы выходят за пределы его специальных познаний, при недостатке представленного на экспертизу материала, при отсутствии условий, методических средств и оборудования, требующихся для проведения необходимого исследования: а также, если возможности судебно-медицинской науки и практики или характер исследуемых объектов не позволяют дать категорически обоснованный ответ на поставленный следователем вопрос.

В случаях экспертизы трупов лиц, находившихся на стационарном или амбулаторном лечении, эксперт должен провести сопоставление судебно-медицинского диагноза с заключительным клиническим диагнозом и написать клинико-анатомический эпикриз. В этих случаях проводится тщательный анализ всех представленных медицинских документов и в "Заключение эксперта" вносятся соответствующие выписки из них. Клинико-анатомический эпикриз вписывается в медицинскую карту стационарного или амбулаторного больного с отражением следующей информации:

1. Обоснование судебно-медицинского диагноза с характеристикой динамики развития заболевания или последствий повреждения, а также обоснованием основной и непосредственной причин смерти.

2. Освещение роли и особенностей конкурирующих, сочетанных, фоновых и сопутствующих заболеваний (повреждений).

3. Объяснение характера клинических проявлений с акцентированием ошибочной трактовки имевших место патологических изменений

4. Анализ процессов, обусловленных лечебно-диагностическими процедурами, и их влияния на морфофункциональные проявления болезни

5. Сличение заключительного клинического и судебно-медицинского диагнозов с объяснением причин их расхождения по всем рубрикам и указанием категории расхождения.

6. Указание на запоздалую диагностику и госпитализацию с оценкой влияния этих факторов на исход заболевания.

7. Указание на дефекты оформления медицинских документов

Глава 4. ПРАВИЛА СЛИЧЕНИЯ (СОПОСТАВЛЕНИЯ) ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНОГО КЛИНИЧЕСКОГО И СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКОГО ДИАГНОЗОВ

Сопоставлению подлежат все пункты заключительного клинического диагноза, выставленного на лицевой стороне (титульном листе) истории болезни или указанного как заключение в амбулаторной карте умершего, включая нозологию, этиологию, локализацию и патогенез заболевания или повреждения. При этом учитываются только общепринятые нозологические формы, соответствующие МКБ-10, которые не могут быть подменены синдромами и симптомами. При наличии подобной подмены клинический диагноз признается

неправильно оформленным и регистрируется расхождение диагнозов по субъективной причине. Нсрубрифицированные диагнозы (без разделения на рубрики "основное заболевание", "комбинированное основное заболевание", "осложнение", "сопутствующее заболевание") или диагнозы с перечислением нескольких нозологических форм в качестве основного заболевания со знаком вопроса не подлежат сличению и должны рассматриваться также как расхождение диагнозов по причине неправильной формулировки или оформления.

Результатом сопоставления клинического и судебно-медицинского диагнозов могут быть следующие варианты оценки конкретного случая:

1. Совпадение клинического и судебно-медицинского диагнозов по основному заболеванию

2. Расхождение клинического и судебно-медицинского диагнозов по основному заболеванию.

3. Расхождение диагнозов по важнейшим осложнениям, существенно изменившим течение основного заболевания или имеющим характер причины смерти.

4. Расхождение диагнозов по важнейшим сопутствующим заболеваниям

5. Расхождение диагнозов по второму (конкурирующему, сочетанному или фоновому) заболеванию.

Понятие "расхождение" клинического и судебно-медицинского диагнозов по основному) заболеванию включает несовпадение диагнозов по нозологическому принципу, по этиологии патологического процесса и по локализации поражения (в том числе и при отсутствии в заключительном диагнозе указаний на топiku процесса).

Важно отметить, что к расхождению диагнозов по основному заболеванию должны быть отнесены следующие случаи:

- ошибочная трактовка основного заболевания в качестве сопутствующего, в связи с чем главные лечебные мероприятия были направлены на заболевание, неправильно расцененное как основное;

- нераспознавание одного из заболеваний, входящего в состав основного комбинированного заболевания.

- нераспознанное при жизни отравление лекарственными средствами, медикаментами и биологическими веществами (в соответствии с рубриками МКБ-10, класс XIX, T36 - T50);

- нераспознанные при жизни осложнения, вызванные хирургическими и терапевтическими вмешательствами (в соответствии с рубриками МКБ-10, класс XIX, T80 - T88)

Сличение диагнозов по другим рубрикам представляет собой самостоятельный статистический анализ, и их несовпадение указывается дополнительно в клинико-анатомическом эпикризе. При установлении экспертом поздней (несвоевременной) диагностики заболевания, независимо от степени точности заключительного клинического диагноза, выставляется

расхождение диагнозов по данному факту (т.е. из-за поздней или несвоевременной диагностики), а категории и причины расхождения оцениваются так же, как и в других случаях расхождения диагнозов.

При решении вопроса о совпадении или расхождении диагнозов сличаются все нозологии, указанные в рубрике основного заболевания. Так, при комбинированном основном заболевании нераспознанное любое из конкурирующих, сочетанных или фоновых заболеваний, а также их клиническая гипердиагностика, представляют собой расхождения диагнозов.

Помимо установления факта расхождения диагнозов судебно-медицинском эксперте необходимо отметить причину их расхождения

Объективные причины расхождения диагнозов

- Кратковременность пребывания в медицинском учреждении (до 3-х суток при хронических заболеваниях и в пределах одних суток для острых патологических процессов, требующих неотложного медицинского вмешательства);
- трудность диагностики заболевания (атипичность, стертость проявлений, относительная редкость заболевания, отсутствие диагностических возможностей и др.);
- тяжесть состояния больного (наличие противопоказаний для проведения диагностических или лечебных процедур).

Субъективные причины расхождения диагнозов

- Недостаточное обследование;
- недоучет анамнестических данных;
- недоучет клинических данных;
- недоучет или переоценка данных лабораторных, рентгенологических и других методов исследования;
- недоучет или переоценка заключения консультанта;
- неправильное построение или оформление заключительного клинического диагноза.

При наличии признаков расхождения диагнозов судебно-медицинский эксперт обязательно приводит в эпикризе категорию их расхождения (категорию диагностической ошибки). Последняя представляет собой характеристику расхождения диагноза и указывает как на объективную возможность (или невозможность) правильной прижизненной диагностики, так и на значение диагностической ошибки для исхода заболевания.

Первая категория расхождения - заболевание не было распознано на предыдущих этапах, а в данном лечебном учреждении диагноз был невозможен из-за объективных трудностей, что однако уже не повлияло на судьбу больного

Вторая категория расхождения - в данном лечебном учреждении правильный диагноз был возможен, однако заболевание не распознано в связи с объективными или субъективными причинами, при этом диагностическая ошибка существенно не повлияла на судьбу больного.

Третья категория расхождения - неправильная диагностика повлекла за собой ошибочную врачебную тактику, что сыграло решающую роль в смертельном исходе.

Сопоставление всех рубрик клинического и судебно-медицинского диагнозов, равно как оценка причин и категорий расхождений, должны проводиться в присутствии и при участии лечащего врача или заведующего отделением. При несовпадении мнений сторон случай подлежит обсуждению на клинико-анатомической конференции, либо на заседании комиссии по изучению летальных исходов (КИЛИ) или лечебно-контрольной комиссии (ЛКК), которыми коллегиально принимается окончательное клинико-экспертное заключение по каждому конкретному летальному исходу.

Строгое соблюдение принципов составления судебно-медицинского диагноза и связанной с ним медицинской документации является незыблемым условием практической деятельности судебно-медицинских экспертов и патологоанатомов, отвечающим требованиям органов практического здравоохранения и правоохранительных учреждений.

ПРИЛОЖЕНИЕ ПРИМЕРЫ ПОСТРОЕНИЯ СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКОГО ДИАГНОЗА, ФОРМУЛИРОВКИ ЭКСПЕРТНЫХ ВЫВОДОВ И ЗАПОЛНЕНИЯ «МЕДИЦИНСКОГО СВИДЕТЕЛЬСТВА О СМЕРТИ»

НЕНАСИЛЬСТВЕННАЯ (СКОРОПОСТИЖНАЯ) СМЕРТЬ Болезни системы кровообращения

Пример I

Судебно-медицинский диагноз:

1. Комбинированное основное заболевание: а) основное - острый трансмуральный инфаркт передней стенки левого желудочка сердца вследствие тромбоэмболии передней нисходящей ветви левой коронарной артерии; б) фоновое - острый ревматический эндокардит митрального клапана с пристеночны.М! тромбозом.

2. Миомаляция и разрыв передней стенки левого желудочка сердца, гемоперикард (450 мл крови со сгустками), гемотампонада сердца.

3. Хронический атрофический гастрит.

"Медицинское свидетельство о смерти":

I. а) Гемотампонада сердца.

б) Разрыв сердечной мышцы, гемоперикард.

в) Острый трансмуральный инфаркт миокарда. Шифр I 21.0

II. Острый ревматический эндокардит.

Выводы:

1. Смерть наступила в результате острого трансмурального инфаркта миокарда левого желудочка сердца, осложнившегося миомаляцией и разрывом передней стенки левого желудочка с истечением крови в околосердечную сумку

и гемотампонадой сердца, что подтверждается морфологическими проявлениями и результатами судебно-гистологического исследования (Акт №. дата).

2. Обнаружены морфологические проявления фонового заболевания острога ревматического эндокардита митрального клапана с пристеночным тромбозом, который способствовал наступлению летального исхода.

3. При экспертизе трупа выявлено сопутствующее заболевание в виде хронического атрофического гастрита. Данная патология в причинной связи со смертью не находится.

4. Каких-либо телесных повреждений при экспертизе трупа не выявлено

5. При судебно-химическом исследовании крови и мочи трупа (Акт №. дата) этиловый и другие алифатические спирты не обнаружены.

Пример 2

Судебно-медицинский диагноз:

1. Повторный инфаркт миокарда - свежие и организующиеся очаги некроза в области переднебоковой стенки и передней сосочковой мышцы левого желудочка сердца вследствие стенозирующего атеросклероза передней нисходящей ветви левой коронарной артерии (стеноз до 60%).

2. Отрыв передней сосочковой мышцы левого желудочка. Кардиогенный шок.

3. Последствия холецистэктомии в виде фиброзных спаек в подпеченочном пространстве брюшной полости и рубцов на передней брюшной стенке.

"Медицинское свидетельство о смерти":

I. а) Кардиогенный шок.

б) Отрыв сосочковой мышцы левого желудочка сердца.

в) Повторный инфаркт миокарда.

Шифр I 22.0

Выводы:

1. Смерть наступила в результате повторного (рецидивирующего) инфаркта миокарда левого желудочка сердца, осложнившегося развитием кардиогенного шока. Данный вывод подтверждается обнаружением свежего очага некроза и организующегося участка инфаркта с мелкими очагами кардиосклероза, а также морфологическими проявлениями "шокового легкого", "шоковых почек". "шоковой печени" с системными нарушениями микрогемодикуляции во внутренних органах (Акт суд.-гист. исс-я №. дата) и результатами клинического наблюдения в виде падения артериального давления, учащения пульса, поверхностного дыхания (талон к сопроводительному листу № ...Станции скорой медицинской помощи, дата).

2. На передней брюшной стенке обнаружены множественные рубцы, а в брюшной полости спайки, которые могли являться последствиями ранее перенесенной операции (лапароскопической холецистэктомии). Каких-либо других телесных повреждений на трупе не выявлено.

3. При судебно-химическом исследовании крови и мочи трупа (Акт №. дата) этиловый и другие алифатические спирты не обнаружены.

Пример 3

Судебно-медицинский диагноз.

1. Тромбофлебит глубоких вен правой нижней конечности.

2. Трофическая язва нижней трети правой голени. Тромбоэмболия обеих ветвей легочной артерий. Множественные геморрагические инфаркты обоих легких

3. Ожирение 3 степени.

"Медицинское свидетельство о смерти":

I. а) Тромбоэмболия обеих ветвей легочной артерии.

б) — — — — —

в) Тромбофлебит глубоких вен правой нижней конечности Шифр 1 80.2.

Выводы:

1. Причиной смерти следует считать тромбофлебит глубоких вен правой нижней конечности, осложнившийся трофической язвой нижней трети правой голени и тромбоэмболией обеих ветвей легочной артерии с развитием геморрагических инфарктов обоих легких. Данный вывод подтверждается обнаружением в просвете начального отдела обеих ветвей легочной артерии свободно лежащего красного тромба, наличием очагов геморрагического инфаркта в легких и морфологическими проявлениями основного заболевания (Акт суд.-гист. исс-я №. дата).

2. Каких-либо телесных повреждений на трупе не выявлено.

3. При судебно-химическом анализе крови и мочи трупа (Акт №, дата) этиловый и другие алифатические спирты не обнаружены.

4. При экспертизе трупа выявлено прижизненное заболевание в виде ожирения 3 степени, которое в причинной связи со смертью не находится.

Пример 4

Судебно-медицинский диагноз:

1. Комбинированное основное заболевание: а) основное цереброваскулярная болезнь: субарахноидальное кровоизлияние в области лобных долей головного мозга в результате разрыва аневризмы передней соединительной артерии; б) фоновое - гипертоническая болезнь с преимущественным поражением почек.

2. Прорыв крови в желудочки головного мозга. Выраженный отек и набухание головного мозга с дислокацией и вклиниванием его ствола в большое затылочное отверстие.

3. Диффузный мелкоочаговый кардиосклероз.

"Медицинское свидетельство о смерти":

I. а) Отек головного мозга с дислокацией ствола.

б) Прорыв крови в желудочки мозга.

в) Субарахноидальное кровоизлияние

Шифр 1 60 2

II. Гипертоническая болезнь с преимущественным поражением почек.

Выводы:

1. Смерть наступила от субарахноидального кровоизлияния в результате

разрыва аневризмы мозговой артерии, осложнившегося прорывом крови в желудочки мозга, отека головного мозга, дислокацией и вклиниванием его ствола в большое затылочное отверстие со сдавлением жизненно важных центров головного мозга. Данный вывод подтверждается обнаружением разрыва мешковидной аневризмы атеросклеротически измененной передней соединительной артерии, большого количества излившейся крови со сгустками под мягкими мозговыми оболочками лобных долей и в боковых желудочках мозга, полосы вдавления в области олив продолговатого мозга, а также результатами судебно-гистологического исследования (Акт №. дата).

2. При экспертизе трупа выявлено прижизненное фоновое заболевание - гипертоническая болезнь с преимущественным поражением почек, что подтверждается концентрической гипертрофией сердца, изменениями в стенках сосудов и вторичными изменениями в почках (мелкоочаговый нефросклероз). Данное заболевание способствовало наступлению смерти.

3. Имеет место сопутствующее заболевание в виде диффузного мелкоочагового кардиосклероза, которое в причинной связи со смертью не находится

4. Каких-либо телесных повреждений при экспертизе трупа не выявлено.

5. При судебно-химическом исследовании крови и мочи трупа (Акт №. дата) этиловый и другие алифатические спирты не обнаружены.

Болезни органов дыхания

Пример 5

Судебно-медицинский диагноз:

1 Грипп: серозно-геморрагический ларинготрахеобронхит.

2. Геморрагический отек легких. Отек головного мозга. Острое венозное полнокровие внутренних органов.

3. Аденофиброматозная гиперплазия предстательной железы.

"Медицинское свидетельство о смерти":

1. а) Геморрагический отек легких.

б) Серозно-геморрагический ларинготрахеобронхит.

в) Грипп, вызванный идентифицированным вирусом гриппа.

Шифр J10 1

Выводы:

1. Смерть наступила от гриппа в форме серозно-геморрагического ларинготрахеобронхита, осложнившегося развитием геморрагического отека легких, который явился непосредственной причиной смерти. Данный вывод подтверждается результатами вирусологического исследования (Акт №, дата) и данными судебно-гистологического исследования (Акт №. дата).

2. Каких-либо телесных повреждений при экспертизе трупа не выявлено

3. Имеет место сопутствующее заболевание в виде аденофиброматозной гиперплазии предстательной железы, которое в причинной связи со смертью не находится.

4. При судебно-химическом исследовании крови и мочи трупа этиловый и другие алифатические спирты не обнаружены (Акт №. дата).

Пример 6

Судебно-медицинский диагноз:

1 Хроническая обструктивная легочная болезнь: хронический обструктивный бронхит с очаговой бронхопневмонией нижней доли левого легкого. диффузный перибронхиальный пневмосклероз. хроническая обструктивная эмфизема легких.

2. Хроническое легочное сердце. Общее венозное полнокровие внутренних органов. Отек легких. Двухсторонний гидроторакс (1900 мл). Гидроперикард (100 мл). Асцит (2400 мл). Анасарка.

3. Полипоз нисходящего отдела ободочной кишки. Концентрация этанола в крови - 2,6‰, в моче - 2,7‰.

"Медицинское свидетельство о смерти":

1. а) Декомпенсированная легочно-сердечная недостаточность.

б) Хроническое легочное сердце.

в) Хроническая обструктивная легочная болезнь

Шифр J 44.0

Выводы:

1. Смерть наступила от хронической обструктивной легочной болезни в виде хронического обструктивного бронхита в стадии обострения, диффузного перибронхиального пневмосклероза, хронической обструктивной эмфиземы легких с присоединением очаговой бронхопневмонии нижней доли левого легкого, осложнившейся формированием хронического легочного сердца с признаками декомпенсированной легочной недостаточности. Данный вывод подтверждается обнаружением структурных изменений со стороны сердца и легких, а также морфологическими признаками декомпенсированной легочно-сердечной недостаточности, проявившейся отеком подкожной клетчатки (анасарка), накоплением жидкости в грудной (гидроторакс) и брюшной полостях (асцит), в околосердечной сумке (гидроперикард), результатами судебно-гистологического исследования (Акт №. дата).

2. При экспертизе трупа каких-либо телесных повреждений не выявлено

3. Имеют место морфологические проявления сопутствующего заболевания - полипоза нисходящего отдела ободочной кишки, которое в причинной связи со смертью не находится

4. При судебно-химическом исследовании в крови и моче трупа обнаружен этиловый спирт в концентрации 2,6‰ и 2,7‰ соответственно (Акт №. дата). Данная концентрация этанола у живых лиц может соответствовать сильной степени алкогольного опьянения.

Пример 7

Судебно-медицинский диагноз:

1. Двухсторонняя нижнедолевая пневмококковая (крупозная) пневмония.

2. Двухсторонний фибринозный плеврит. Эмпиема плевры. Острое

венозное полнокровие и паренхиматозная дистрофия внутренних органов

3. Педикулез. Наличие этилового спирта в крови в концентрации 2,1 %.

"Медицинское свидетельство о смерти":

I. а) Эмпиема плевры

б) Двухсторонний фибринозный плеврит

в) Двухсторонняя пневмококковая пневмония.

Шифр J 15.8

Выводы:

1. Смерть наступила от двухсторонней нижнедолевой пневмококковой (крупозной) пневмонии, осложнившейся развитием двухстороннего фибринозного плеврита и эмпиемы плевры. Данный вывод подтверждается выявлением при бактериологическом исследовании пневмококков в микробиологических посевах материала из ткани легкого (Акт №. дата), морфологическими проявлениями заболевания с поражением нижних долей обоих легких, наложениями фибрина и гноя на легочной плевре и результатами судебно-гистологического исследования (Акт №, дата).

2. При экспертизе трупа каких-либо телесных повреждений не выявлено

3. Имеет место сопутствующее заболевание в виде педикулеза, которое в причинной связи со смертью не находится.

4. При судебно-химическом исследовании крови трупа обнаружен этиловый спирт в концентрации 2,1 % (Акт №, дата), что обычно у живых лиц может соответствовать средней степени алкогольного опьянения.

Пример 8

Судебно-медицинский диагноз:

1. Центральный рак нижней доли левого легкого с врастанием в просвет нижнедолевого бронха. Некротический распад и аррозия сосудов опухоли (гистологически - мелкоклеточный рак легкого). T2N0M0.

2. Острое массивное кровотечение из аррозированных сосудов опухоли. Аспирация крови. Механическая обтурационная (аспирационная) асфиксия от закрытия просвета дыхательных путей кровью. Острая эмфизема легких. Венозное полнокровие внутренних органов. Кахексия.

"Медицинское свидетельство о смерти":

I. а) Механическая обтурационная (аспирационная) асфиксия.

б) Легочное кровотечение из аррозированных сосудов опухоли.

в) Центральный рак нижней доли левого легкого. Шифр C34.3

Выводы:

1. Первоначальной причиной смерти является центральный рак левого легкого с распадом и аррозией сосудов опухоли, осложнившийся острым легочным кровотечением, аспирацией крови и развитием механической обтурационной (аспирационной) асфиксии. Данный вывод подтверждается обнаружением общеасфиктических признаков быстро наступившей смерти в виде жидкого состояния крови в полостях сердца и просвете сосудов, обильных сливных трупных пятен, пенистой крови в просвете трахеи и бронхов, очагов острой эмфиземы легких, мелкоклеточных кровоизлияний под легочной плеврой

и эпикардом (пятна Тардые). а также морфологическими проявлениями основного заболевания (Акт суд.-гист. исс-я №, дата).

2. Каких-либо телесных повреждений при экспертизе трупа не выявлено.

3. При судебно-химическом исследовании крови и мочи трупа этиловый и другие алифатические спирты не обнаружены (Акт №. дата).

Болезни органов пищеварения

Пример 9

Судебно-медицинский диагноз:

1. Рак нижней трети пищевода с прорастанием в стенку аорты, метастазами в надключичные лимфоузлы и печень (гистологически - плоскоклеточный низкодифференцированный рак). T4N1M1.

2. Острое массивное аррозивное кровотечение из распадающейся опухоли в стенке аорты с истечением крови в просвет пищевода и желудка (2600 мл). Малокровие внутренних органов, мелкоочечные и полосчатые кровоизлияния под эндокардом левого желудочка (пятна Минакова). Кахексия.

3. Аутоиммунный тиреоидит Хасимото.

"Медицинское свидетельство о смерти":

I. а) Острая постгеморрагическая анемия.

б) Аррозия стенки аорты.

в) Рак нижней трети пищевода.

Шифр C 15.5

Выводы:

1. Смерть наступила от рака нижней трети пищевода, прорастающего в стенку аорты, осложнившегося острым массивным кровотечением из аорты в просвет пищевода и желудка, что привело к малокровию внутренних органов (острой постгеморрагической анемии). Данный вывод подтверждается обнаружением овального дефекта стенки аорты, открывающегося в просвет пищевода, а также морфологическими признаками острой анемии в виде бледной окраски кожных покровов и слизистых оболочек трупа, островчатым характером трупных пятен, наличием в желудке свежих сгустков и жидкой крови (2600 мл), обнаружением под эндокардом левого желудочка сердца мелкоочечных и полосчатых кровоизлияний (пятна Минакова) и результатами судебно-гистологического исследования (Акт №. дата).

2. При экспертизе трупа каких-либо телесных повреждений не выявлено.

3. Имеет место сопутствующее заболевание - аутоиммунный тиреоидит Хасимото, которое в причинной связи со смертью не находится.

4. При судебно-химическом исследовании крови трупа этиловый и другие алифатические спирты не обнаружены (Акт №. дата).

Пример 10

Судебно-медицинский диагноз:

1. Хроническая язва передней стенки 12-перстной кишки.

2. Перфорация язвы. Разлитой фибринозно-гнойный перитонит.

3. Жировой гепатоз. Концентрация этанола в крови - 2.0"/, в моче - 1.6"/,...

"Медицинское свидетельство о смерти":

1. а) Разлитой фибринозно-гнойный перитонит.

б) Перфорация язвы.

в) Хроническая язва 12-перстной кишки

Шифр К26.5

Выводы:

1. Первоначальной причиной смерти следует считать хроническую язву передней стенки 12-перстной кишки, осложнившуюся перфорацией и развитием фибринозно-гнойного перитонита. Данный вывод подтверждается обнаружением язвенного дефекта в стенке 12-перстной кишки и наличием в брюшной полости около 1200 мл гнойной жидкости с хлопьями фибрина, тонкими спайками между петлями кишок, воспалительной инфильтрацией большого сальника и париетального листка брюшины (Акт суд.-гист. исс-я №. дата).

2. Каких-либо телесных повреждений при экспертизе трупа не выявлено.

3. Имеют место морфологические проявления сопутствующего заболевания в виде гепатоза, что подтверждается обнаружением мелко- и крупнокапельной жировой дистрофии гепатоцитов (Акт суд.-гист.исс-я №. дата). Данное заболевание в причинной связи со смертью не находится.

4. При судебно-химическом исследовании крови и мочи трупа обнаружен этиловый спирт в концентрации соответственно 2,0 и 1.6°/оо (Акт №. дата). Обнаружение подобной концентрации этилового спирта у живых лиц может соответствовать средней степени алкогольного опьянения.

Болезни мочеполовой системы

Пример II

Судебно-медицинский диагноз:

1. Самопроизвольный аборт на сроке беременности 21 неделя (клинически).

2. Стафилококковый маточный сепсис, септикопиемия: гнойный эндометрит. двухсторонняя абсцедирующая пневмония, правосторонний гнойный плеврит. фибринозно-гнойный перикардит. острый тубулоинтерстициальный нефрит, гиперплазия селезенки.

3. Ушибленная рана мягких тканей головы в затылочной области.

"Медицинское свидетельство о смерти".

1. а) Сепсис, септикопиемия.

б) Гнойный эндометрит.

в) Самопроизвольный аборт.

Шифр О 03.0

Выводы:

1. Смерть наступила вследствие самопроизвольного аборта, осложнившегося стафилококковым маточным сепсисом (Акт бак.исс-я №. дата) в стадии септикопиемии, что подтверждается обнаружением гнойной инфильтрации внутренней и мышечной стенок матки, гнойного воспаления в легких, почках, плевральной и перикардиальной полостях и гиперплазией

селезенки (Акт суд.-гист. исс-я №. дата).

2. При экспертизе трупа выявлено телесное повреждение в виде ушибленной раны мягких тканей затылочной области головы. Данное повреждение могло образоваться незадолго до смерти от удара тупым предметом или при падении и ударе о таковую, что подтверждается неровными осадненными краями повреждения и наличием тканевых перемычек в области дна раны, а также минимальной выраженностью реактивных изменений в области повреждения (Акт суд.-гист. исс-я №. дата). Отмеченное повреждение причинило легкий вред здоровью по признаку кратковременного расстройства здоровья на срок не свыше 3 недель (21 дня) и в причинной связи со смертью не находится.

3. При судебно-химическом исследовании крови и урочи трупа этиловый и другие алифатические спирты не обнаружены (Акт №. дата).

Пример 12

Судебно-медицинский диагноз

1. Внематочная (эктопическая) трубная беременность сроком 8 недель.

2. Разрыв левой маточной трубы, внутрибрюшное кровотечение, гемоперитонеум (1700 мл). Острая постгеморрагическая анемия (острая кровопотеря).

3. Множественная интерстициальная лейомиома тела матки. Концентрация этанола в крови - 2.7%, в моче - 2.9%¹.

"Медицинское свидетельство о смерти":

1. а) Острая постгеморрагическая анемия

б) Разрыв левой маточной трубы, внутрибрюшное кровотечение.

в) Внематочная (трубная) беременность.

Шифр О 00.1

Выводы:

1. Первоначальной причиной смерти является внематочная (трубная) беременность, осложнившаяся разрывом левой маточной трубы и внутрибрюшным кровотечением с развитием острой постгеморрагической анемии. Данный вывод подтверждается обнаружением сквозного отверстия в стенке левой маточной трубы с кровоизлияниями, а также морфологическими признаками острой массивной кровопотери. малокровия внутренних органов. наличием крови в брюшной полости (1700 мл), бледностью кожных покровов и слабой выраженностью трупных пятен, мелкоочечными кровоизлияниями под эндокардом левого желудочка сердца (пятна Минакова) и результатами судебно-гистологического исследования (Акт №. дата)

2. Имеет место сопутствующее заболевание в виде лейомиомы тела матки, которое в причинной связи со смертью не находится.

3. Каких-либо телесных повреждений при экспертизе трупа не выявлено.

4. Незадолго до смерти потерпевшая употребляла алкогольные напитки, что подтверждается обнаружением этанола в крови и моче в концентрациях 2.7 и 2.9%, (Акт №. дата), что обычно у живых лиц может соответствовать сильной степени алкогольного опьянения.

*Пример 13**Судебно-медицинский диагноз:*

1. Хронический (экстракапиллярный) гломерулонефрит с исходом в нефросклероз

2. Уремия: уремический эрозивный гастрит, уремический фибринозный перикардит, уремический фибринозный бронхит, уремическая очаговая пневмония. Анасарка

3. Жировая дистрофия печени. Концентрация этанола в крови - 2.9% в моче - 2.5‰

"Медицинское свидетельство о смерти":

I. а) Уремия

б) Нефросклероз.

в) Хронический гломерулонефрит.

Шифр N03.7

Выводы:

1. Смерть наступила от хронического гломерулонефрита с развитием нефросклероза, осложнившегося возникновением терминальной стадии хронической почечной недостаточности (уремии), сопровождающейся отеком подкожной клетчатки, уремическим гастритом, перикардитом, бронхитом, очаговой пневмонией. Данный вывод подтверждается морфологическими проявлениями перечисленных патологических состояний, подтвержденными при судебно-гистологическом исследовании (Акт №. дата), а также результатами биохимического исследования трупной крови, свидетельствующими о наличии в ней повышенного количества мочевины и остаточного азота (Акт №. дата).

2. Каких-либо телесных повреждений при экспертизе трупа не выявлено.

3. Имеет место сопутствующее заболевание в виде жировой дистрофии печени, которое в причинной связи со смертью не находится.

4. При судебно-химическом исследовании крови и мочи трупа обнаружен этиловый спирт в концентрации 2.9 и 2.5% соответственно (Акт №. дата). Подобная концентрация этанола может соответствовать у живых лиц тяжелой степени алкогольного опьянения

Патология новорожденных*Пример 14**Судебно-медицинский диагноз:*

1. Синдром дыхательного расстройства у новорожденного (болезнь гиалиновых мембран).

2. Внутриальвеолярный отек легких с формированием "гиалиновых мембран". сливные очаги ателектазов, мелкоочечные и пятнистые кровоизлияния в серповидный отросток твердой мозговой оболочки и мозжечковый намет. Отек головного мозга.

3. Недоношенность.

"Медицинское свидетельство о перинатальной смерти":

I. а) Синдром дыхательного расстройства у новорожденного. Шифр P 22.0

б) Недоношенность

в) _____

г) Не установлено

д) Не установлено.

Выводы:

1. Младенец является новорожденным, что подтверждается наличием сыровидной смазки на коже, мекония в кишечнике и остатками пуповины

2. Младенец родился на восьмом лунном месяце, недоношенным, что подтверждается антропометрическими данными и признаками общего развития.

3. Младенец родился живым, что подтверждается результатами рентгенологического исследования, а также положительными плавательными пробами.

4. Младенец родился жизнеспособным, что подтверждается длительностью внутриутробного периода развития и отсутствием пороков развития, несовместимых с жизнью.

5. Младенец умер в первые сутки после рождения, что подтверждается отсутствием демаркационной линии вокруг пупочного кольца, сохранением мекония в кишечнике, степенью воздушности легочной ткани и наличием воздуха в тонком кишечнике.

6. Признаков оказания необходимой помощи и ухода за младенцем не выявлено.

7. Причиной смерти новорожденного младенца мужского пола следует считать синдром дыхательного расстройства новорожденного (болезнь гиалиновых мембран). Данный вывод подтверждается обнаружением при судебно-гистологическом исследовании (Акт №. дата) внутриальвеолярного отека с выстиланием стенок альвеол и терминальных бронхиол фибрином ("гиалиновые мембраны") без воспалительных изменений, признаками гипоксического повреждения центральной нервной системы (мелкоточечные и пятнистые кровоизлияния в серповидный отросток твердой мозговой оболочки и мозжечковый намет). Выявлено сопутствующее заболевание - недоношенность, что подтверждается данными антропометрического исследования и выраженностью признаков общего развития. Данное состояние способствовало наступлению смерти.

8. Каких-либо телесных повреждений при экспертизе трупа не обнаружено.

*Пример 15**Судебно-медицинский диагноз:*

1. Внезапная смерть грудного ребенка: тимомегалия, системная гипертрофия висцеральных лимфатических узлов, гипоплазия гипофиза и надпочечников. Острое венозное полнокровие внутренних органов. Отек легких и головного мозга.

2. _____

3. _____

"Медицинское свидетельство о смерти":

1 а) Синдром внезапной смерти грудного ребенка. Шифр R 95.0

б) _____

в) _____

г) _____

II. Гипсринсулинемия. гиперпротеинемия. гипогликемия

Выводы:

1. Причиной летального исхода младенца мужского пола трехмесячного возраста следует считать синдром внезапной смерти грудного ребенка, что подтверждается отсутствием данных анамнеза, клинических и морфологических изменений, адекватных для объяснения других причин смерти. Косвенным подтверждением указанного диагноза могут служить увеличение массы тимуса и лимфатических узлов, уменьшение массы надпочечников и гипофиза с гипоплазией в нем базофильных клеток (Акт суд.-гистол. исс-я №, дата), а также обнаружением в трупной крови повышенного содержания инсулина и общего белка, при снижении уровня глюкозы (Акт биохим. исс-я №, дата), что в совокупности достаточно часто наблюдается при синдроме внезапной смерти младенцев

2. Каких-либо телесных повреждений и других патологических состояний при экспертизе трупа не обнаружено

Пример 16

Судебно-медицинский диагноз:

1. Менингококковый менингит.

2 Гнойный менингоэнцефалит. Отек и набухание головного мозга. Резкое венозное полнокровие сосудов мягких оболочек и вещества головного мозга. Острое венозное полнокровие внутренних органов.

"Медицинское свидетельство о смерти":

I. а) Гнойный менингоэнцефалит.

б) _____

в) Менингококковый менингит.

Шифр А 39.0

Выводы:

1. Смерть 2-месячного ребенка наступила в результате менингококкового менингита, осложнившегося развитием гнойного менингоэнцефалита. Данный вывод подтверждается результатами бактериологического исследования, свидетельствующего о наличии в микробиологических посевах материала колоний менингококка (Акт бак. исс-я №. дата), а также совокупностью макро- и микроскопических морфологических проявлений обнаруженного заболевания (Акт суд.-гист. исс-я №. дата).

2. Каких-либо телесных повреждений при экспертизе трупа не выявлено.

Пример 17

Субебно-медицинский диагноз:

1 Гемолитическая болезнь новорожденного вследствие изоиммунного конфликта по антигенам системы резус (желтушная форма). Иктеричность кожных покровов, слизистых и серозных оболочек, интимы крупных сосудов. Гепатоспленомегалия. очаги экстрамедуллярного кроветворения в печени, селезенке, почках, надпочечниках. Гипербилирубинемия.

2 Билирубиновая энцефалопатия ("ядерная желтуха").

3. _____.

"Медицинское свидетельство о перинатальной смерти":

1. а) Гемолитическая болезнь новорожденного (резус-изоиммунизация).

Шифр Р 55.0

б) J _____

в) Не известно

г) Не известно

д) Не известно.

Выводы:

1. Младенец является новорожденным, что подтверждается наличием мекония в кишечнике и остатками обработанной пуповины.

2. Младенец родился на десятом лунном месяце, доношенным, что подтверждается антропометрическими данными и признаками общего развития

3. Младенец родился живым, что подтверждается результатами рентгенологического исследования, а также положительными легочной и желудочно-кишечной плавательными пробами.

4. Младенец родился жизнеспособным, что подтверждается длительностью внутриутробного периода и отсутствием пороков развития, несовместимых с жизнью.

5. Имеются признаки ухода за младенцем, что подтверждается проведенной обработкой кожи и пуповины, а также наличием молока в полости желудка.

6. Младенец прожил после рождения не более 2-х суток, что подтверждается наличием не рассосавшейся родовой опухоли, мекония и демаркационной линии вокруг пупочного кольца, а также обнаружением воздуха в терминальных отделах дыхательных путей и толстой кишке.

7. Причиной смерти новорожденного младенца женского пола следует считать желтушную форму гемолитической болезни новорожденного, развившуюся во внутриутробном периоде вследствие изоиммунного конфликта между кровью плода и матери по резус-антигену, осложнившуюся билирубиновой энцефалопатией. Данный вывод подтверждается морфологическими проявлениями основного заболевания и непосредственной причины смерти (желтушность кожных покровов, слизистых и серозных оболочек, ядерная желтуха головного мозга, гепатоспленомегалия, очаги экстрамедуллярного кроветворения в паренхиматозных органах), а также результатами судебно-гистологического исследования (Акт №. дата), выявлением при судебно-биологическом исследовании трупной крови

антирезус-антител и высокого уровня билирубина (Акт №. дата)

8. Каких-либо телесных повреждений и сопутствующих патологических состояний при экспертизе трупа не обнаружено

Пример 18

Судебно-медицинский диагноз:

1. Родовая травма: кровоизлияния в мягкие ткани головы затылочной области, разрыв мозжечкового намета, кровоизлияние под твердую (60 мл) и в мягкие мозговые оболочки, очаговые субарахноидальные кровоизлияния.

2. Сдавление и дислокация головного мозга с вклинением ствола в большое затылочное отверстие.

3. Младенец мужского пола, новорожденный, доношенный (зрелый), живорожденный, жизнеспособный

"Медицинское свидетельство о перинатальной смерти":

I. а) Разрыв мозжечкового намета с кровоизлияниями под оболочки головного мозга при родовой травме. Шифр Р 10 4

б) _____

в) Равномерно суженный таз, приведший к диспропорции. Шифр О 33 1

г) _____

д) Не установлены.

Выводы:

1. Младенец является новорожденным, что подтверждается наличием сыровидной смазки, остатка пуповины и мекония в кишечнике.

2. Младенец родился в срок спустя 10 лунных месяцев, доношнным и зрелым, что подтверждается результатами антропометрического исследования и выраженностью признаков общего развития (масса 4500 г. длина тела 53 см. соответствие анатомических размеров, яички опущены в мошонку, локализация пуповинного остатка на середине расстояния между мечевидным отростком и лоном, ногти на руках выступают за кончики пальцев, хрящи ушных раковин и носа упругие, пушковые волосы на плечах и спине, ядра Бекляра сочные и красные 5-6 мм).

3. Младенец родился живым (дышал), что подтверждается степенью воздушности легких (Акт рентген. исс-я №. дата), результатами гистологического исследования (Акт №. дата), положительными плавательными легочной и желудочно-кишечной пробами.

4. Младенец являлся жизнеспособным, что подтверждается длительностью периода пребывания в утробе матери и отсутствием несовместимых с жизнью пороков развития.

5. Период внеутробной жизни младенца составлял не более 12 часов, что подтверждается отсутствием признаков демаркационной линии вокруг пупочного кольца, сохраняющимся меконием в кишечнике, наличием воздуха в желудке и в тонкой кишке.

6. Причиной смерти младенца следует считать родовую травму в виде разрыва мозжечкового намета с кровоизлиянием под оболочки мозга, сдавлением и дислокацией головного мозга, приведших к вклинению его ствола в большое затылочное отверстие, что подтверждается характером обнаруженных изменений и результатами судебно-гистологических исследований (Акт №. дата), свидетельствующих о выраженных реактивных и воспалительных процессах в области кровоизлияний.

7. Как следует из представленной на экспертизу "Истории родов" (№..., дата), отмеченные у младенца повреждения образовались во время родов, чему могло способствовать патологическое состояние со стороны матери в виде равномерно суженного таза, приведшего к диспропорции с крупным плодом.

Ятрогенная патология

Пример 19

Судебно-медицинский диагноз:

1. Перфорация задней стенки ампулярного отдела прямой кишки в ходе медицинской манипуляции - постановки очистительной клизмы.

2. Разлитой фибринозно-гнойный перитонит Флегмона тазовой клетчатки

3. Состояние после операции (дата) - герниопластика по Лихтенштейну в связи с правосторонней паховой грыжей.

"Медицинское свидетельство о смерти":

I. а) Разлитой фибринозно-гнойный перитонит,

б) _____

в) Перфорация задней стенки прямой кишки в ходе медицинской манипуляции. Шифр Т 81.2

г) Случайное нанесение вреда пациенту во время терапевтической процедуры. Шифр У 60.7

II. Состояние после операции герниопластики по поводу паховой грыжи.

Выводы:

1. Смерть наступила в результате перфорации задней стенки прямой кишки при выполнении медицинской манипуляции постановки очистительной клизмы, осложнившейся разлитым фибринозно-гнойным перитонитом и флегмоной тазовой клетчатки, что подтверждается результатами секционного и судебно-гистологического исследований (Акт №. дата).

2. Выявленная перфорация прямой кишки могла возникнуть в результате усиленного давления на стенку кишки тупым предметом с ограниченной контактирующей поверхностью, что привело к ее растяжению и разрыву. Отмеченный механизм причинения повреждения мог иметь место при постановке очистительной клизмы, процедура выполнения которой отражена в представленной на экспертизу медицинской карте стационарного больного (дата).

3. С момента перфорации стенки кишки до смерти прошло не менее 2 суток, что подтверждается степенью выраженности реактивных изменений в области повреждения и характером воспалительной реакции в брюшной полости.

4. Отмеченное повреждение и его осложнения причинили тяжкий вред здоровью по признаку опасности для жизни (развитие угрожающего жизни состояния) и находятся в прямой причинной связи со смертью.

Пример 20

Судебно-медицинский диагноз:

1. Анафилактический шок в результате индивидуальной реакции организма на введение лидокаина при проведении местного обезболивания.
2. _____
3. Гнойный периодонтит и непроходимость канала третьего зуба верхней челюсти слева.

"Медицинское свидетельство о смерти":

- I. а) Анафилактический шок на лидокаин. Шифр Т 88 6
- б) _____
- в) _____
- г) Неблагоприятная реакция на местно анестезирующие средства. Шифр Y 48.3

II. Гнойный периодонтит третьего зуба верхней челюсти слева.

Выводы:

1. Причиной смерти является анафилактический шок, развившийся в результате индивидуальной реакции организма на введение лидокаина при проведении местного обезболивания в ходе предполагаемой экстирпации зуба. Вывод подтверждается клиническими данными (падение артериального давления, учащение пульса, одышка, судороги и холодный пот), а также урфологическими проявлениями нарушений ушкрогеоциркуляции во внутренних органах, бронхоспазм и гиперсекреции слизи в дыхательных путях, очагов эозинофильной инфильтрации в легких, признаками быстро наступившей сурюти (Акт суд.-гист. исс-я №, дата).

2. Развитие патологического состояния находится в прямой причинной связи с выполнением медицинского вмешательства (местного обезболивания) по поводу планируемой экстирпации зуба.

3. При экспертизе трупа подтверждено имеющееся заболевание - гнойный периодонтит и непроходимость канала третьего зуба верхней челюсти слева, которое в прямой причинной связи со смертью не находится.

4. Каких-либо сопутствующих заболеваний при экспертизе трупа не выявлено.

5. При судебно-химическом исследовании крови трупа этиловый и другие алифатические спирты не обнаружены (Акт №. дата).

НАСИЛЬСТВЕННАЯ СМЕРТЬ Действие некоторых физических факторов

Пример 21

Судебно-медицинский диагноз:

1. Термический ожог III-IV степени обеих верхних конечностей, плечевого пояса и шеи на площади около 30% поверхности тела.
2. Ожоговый шок. Нарушения микроциркуляторного кровообращения, гемокоагуляции и реологических свойств крови с циркуляторно-гипоксическими изменениями структуры внутренних органов.

а. при проведении местного обезболивания крови 3% планируемой экстирпацией третьего зуба в "Медицинское свидетельство о смерти":

- I. а) Ожоговый шок.
- б) _____
- в) Термический ожог III-IV степени обеих верхних конечностей, плечевого пояса и шеи на площади около 30% поверхности тела. Шифр Т 29.3
- г) Воздействие неконтролируемого огня в здании. Шифр X 09.0

Выводы:

1. Причиной смерти является термический ожог III-IV степени обеих верхних конечностей, плечевого пояса и шеи на площади около 30% поверхности тела, осложнившийся ожоговым шоком. Вывод подтверждается клиническими данными из сопроводительного талона №... Скорой помощи, свидетельствующими о падении артериального давления до 70/40 мм рт.ст., учащении пульса до 140 уд. в мин, одышке с частотой до 40 в мин, а также совокупностью морфологических проявлений шока в виде нарушения микрогемоциркуляции, гемокоагуляции и реологических свойств крови с признаками патологического депонирования крови, децентрализации кровообращения и циркуляторно-гипоксических нарушений гистоструктуры внутренних органов (Акт суд.-гист. исс-я №. дата).

2. Степень выраженности трупных изменений и суправитальных реакций, отмеченных в протоколе осмотра места происшествия, свидетельствует о давности наступления смерти в сроки до 1-2 часов к моменту первоначального Осмотра трупа (дата, время).

3. Обнаруженное при экспертизе трупа телесное повреждение в виде термического ожога обеих рук, плечевого пояса и шеи образовались от действия пламени, что подтверждается степенью их выраженности, наличием признаков обгорания одежды и волос, обугливания мягких тканей обеих рук с очаговым отложением копоти на коже.

4. С момента причинения ожогов до смерти прошло не более 1-2 часов, что подтверждается минимальной выраженностью реактивных изменений в области повреждений, выявленных при судебно-гистологическом исследовании (Акт №. дата).

5. Отмеченные термические ожоги причинили тяжкий вред здоровью по признаку опасности для жизни (развитие угрожающего жизни состояния) и находятся в прямой причинной связи со смертью.

6. Каких-либо других прижизненных заболеваний и повреждений при экспертизе трупа не выявлено.

7. При судебно-химическом исследовании крови трупа этиловый и другие алифатические спирты не обнаружены (Акт №. дата). Выявлено наличие в крови карбоксигемоглобина в концентрации 15% (Акт №. дата), что свидетельствует о начальном проявлении отравляющего воздействия угарного газа на организм. Однако подобное содержание карбоксигемоглобина обычно не сопровождается смертельным исходом.

Пример 22

Судебно-медицинский диагноз:

1. Охлаждение организма. Мелкоточечные темные кровоизлияния на вершинах складок слизистой оболочки желудка (пятна Вишневского). Ярко-красные точечные кровоизлияния на слизистой оболочке почечных лоханок (признак Фабрикантова). Переполнение камер сердца и просвета крупных сосудов жидкой кровью с рыхлыми свертками. Бронхоспазм и гиперсекреция слизи в дыхательных путях. Венозное полнокровие внутренних органов. Втягивание яичек в паховый канал (признак Пупарева)

2. Тканевая гипоксия (гипоксия без аноксемии) внутренних органов. Отсутствие гликогена и уменьшение РНК в печени, миокарде и в скелетных мышцах. Некробиотические изменения эпителия канальцев почек и яичек.

3. Отморожение I степени на обеих кистях и лице. Множественные ссадины на ладонной поверхности обеих рук. Концентрация этилового спирта в крови 2,9‰, в моче - 3,0‰.

"Медицинское свидетельство о смерти":

I. а) Тканевая гипоксия (гипоксия без аноксемии).

б) _

в) Охлаждение организма.

Шифр Т 68.0

г) Воздействие чрезмерно низкой природной температуры.

Шифр X 31.4

Выводы:

1. Причиной смерти является охлаждение тела, обусловленное общим воздействием низкой температуры на организм, осложнившееся развитием тканей гипоксии. Данный вывод подтверждается сведениями из протокола осмотра трупа на месте его обнаружения (своеобразие позы трупа, наличие инея у отверстий рта, носа и на ресницах, заледенение ложа трупа), совокупностью признаков, выявленных при судебно-медицинской экспертизе трупа, а также отсутствием гликогена и РНК в печени, миокарде и скелетных мышцах (Акт суд.-биохим. исс-я №. дата) и некробиотическими изменениями во внутренних органах (Акт суд.-гист. исс-я №. дата).

2. При экспертизе трупа обнаружены телесные повреждения в виде сливающихся участков отморожений I-й степени на кистях обеих рук, которые

могли образоваться от местного воздействия низкой температуры. Также имеют место многочисленные ссадины на ладонных поверхностях кистей, которые могли образоваться незадолго до смерти при ударе тупым предметом с последующим его скольжением по коже или при аналогичных условиях действия кистей о предмет. Выявленные повреждения не сопровождаются расстройством здоровья, тяжесть их не определяется, и в прямой причинной связи со смертью они не находятся.

3. Незадолго до смерти потерпевший употреблял алкогольные напитки, что подтверждается обнаружением этилового спирта в крови и моче в концентрации соответственно 2,9 и 3,0 ‰ (Акт суд.-хим. исс-я №. дата). Обычно подобная концентрация этанола у живых лиц может соответствовать тяжелой степени алкогольного опьянения.

Пример 23

Судебно-медицинский диагноз:

1. Поражение техническим электричеством. Электрометки на ладонных поверхностях обеих кистей.

2. Острая очаговая деструкция миокарда в виде неравномерного кровенаполнения, фрагментации и контрактурных изменений кардиомиоцитов. Острое венозное полнокровие внутренних органов

3. Ишемическая болезнь сердца: коронарный атеросклероз (стеноз просвета левой коронарной артерии на 60%). Наличие этанола в крови в концентрации 1,3‰.

"Медицинское свидетельство о смерти":

I. а) Рефлекторная остановка сердца.

б) Острая очаговая деструкция миокарда.

в) Поражение техническим электричеством.

Шифр Т 75.4

г) Несчастный случай, связанный с источником электрического тока.

Шифр W 86

II. ИБС: коронарный атеросклероз

Выводы:

1. Причиной смерти является поражение техническим электричеством, приведшее к рефлекторной остановке деятельности сердца, что подтверждается обнаружением повреждений в виде электрометок на ладонных поверхностях, а также морфологическими признаками быстро наступившей смерти, наличием очаговой деструкции кардиомиоцитов в виде их фрагментации и контрактурных изменений, неравномерным кровенаполнением миокарда, проявлениями острого венозного полнокровия и нарушений микроциркуляции во внутренних органах (Акт суд.-гист. исс-я №. дата).

2. При экспертизе трупа обнаружены телесные повреждения в виде электрометок на ладонных поверхностях обеих кистей, что подтверждается результатами судебно-гистологического исследования (Акт №. дата), которые образовались при воздействии технического электричества при непосредственном контакте с токонесущим проводником, в состав которого

входила медь (Акт спектрального исс-я №. дата).

3. Выявленные телесные повреждения причинили тяжкий вред здоровью по признаку опасности для жизни (развитие угрожающего жизни состояния) и находятся в прямой причинной связи со смертью.

4. Смерть наступила в течение нескольких минут после поражения электротоком, что подтверждается отсутствием реактивных изменений в области повреждений (Акт суд.-гист. исс-я №. дата).

5. При исследовании трупа обнаружены морфологические проявления сопутствующего заболевания - ишемической болезни сердца в виде коронарного атеросклероза с сужением просвета левой коронарной артерии на 60%, которое могло оказать неблагоприятное влияние на течение основного заболевания, но в прямой причинной связи со смертью не находится.

6. При судебно-химическом исследовании крови трупа обнаружен этиловый спирт в концентрации 1,3^г/100 (Акт №. дата), что обычно у живых лиц может соответствовать слабой степени алкогольного опьянения.

Пример 24

Судебно-медицинский диагноз:

1. Острая лучевая болезнь (костно-мозговая форма).
2. Панмиелофтиз. Острая апластическая анемия. Геморрагический синдром в виде мелкоточечных кровоизлияний на коже, слизистых и серозных оболочках и во внутренних органах.
- 3."

"Медицинское свидетельство о смерти ":

- I. а) Острая апластическая анемия.
- б) Панмиелофтиз.
- в) Острая лучевая болезнь (костно-мозговая форма). Шифр Т 66
- г) Несчастный случай при работе с источником ионизирующего излучения. Шифр W 88.6

Выводы:

1. Причиной смерти следует считать костно-мозговую форму острой лучевой болезни, сопровождающуюся панмиелофтизом и осложнившуюся острой апластической анемией и геморрагическим синдромом. Данный вывод подтверждается почти полным опустошением кроветворной ткани костного мозга, повышением сосудистой проницаемости с наличием кровоизлияний на коже, слизистых и серозных оболочках и во внутренних органах, а также результатами судебно-гистологического исследования (Акт №, дата), свидетельствующими о подавлении гемопоэза.

2. Отмеченное заболевание возникло в результате одномоментного воздействия на организм большой дозы поглощенной радиации.

3. Каких-либо телесных повреждений и сопутствующих заболеваний при экспертизе трупа не выявлено.

4. Определить давность радиационного облучения, дозу поглощенной радиации и характер действующих лучей возможно после проведения

специальных исследований, выходящих за пределы компетенции судебно-медицинского эксперта. Для решения этих вопросов требуется производство комплексной экспертизы.

5. При судебно-химическом исследовании крови трупа этиловый и другие алифатические спирты не обнаружены (Акт № дата).

Пример 25

Судебно-медицинский диагноз:

1. Острая буллезная эмфизема легких. Разрыв висцеральной плевры и ткани легкого с очаговыми кровоизлияниями. Двухсторонний внутренний (закрытый) гемо- и пневмоторакс.
2. Воздушная эмболия артериальных сосудов головного мозга. Очаговые циркуляторно-гипоксические изменения нейроглии.

"3. _____

"Медицинское свидетельство о смерти ":

- I. а) Воздушная эмболия артериальных сосудов головного мозга.
- б) Разрыв висцеральной плевры и ткани легкого
- в) Острая буллезная эмфизема легких. Т 70.8
- г) Воздействие высокого атмосферного давления. W 94.8

Выводы:

1. Смерть обусловлена острой буллезной эмфиземой легких, сопровождающейся разрывом легочной плевры и ткани легкого с развитием двухстороннего гемо- и пневмоторакса, осложнившихся воздушной эмболией сосудов головного мозга и циркуляторно-гипоксическими изменениями нейроглии. Отмеченные повреждения могли возникнуть в результате резкого повышения барометрического давления в дыхательных путях по типу баротравмы легких. Данный вывод подтверждается совокупностью отмеченных при исследовании трупа морфологических изменений, а также результатами судебно-гистологического исследования (Акт №. дата).

2. Степень выраженности трупных изменений и суправитальных реакций, выявленных на месте обнаружения трупа, позволяет считать, что давность наступления смерти составляла 4-6 часов к моменту первоначального осмотра (дата, время).

3. С момента возникновения повреждения в легком до наступления смерти могло пройти не более 1 часа, что подтверждается отсутствием реактивных изменений в зоне кровоизлияний (Акт суд.-гист. исс-я №. дата).

4. Каких-либо других повреждений и сопутствующих заболеваний при экспертизе трупа не установлено.

5. При судебно-химическом исследовании крови трупа этиловый и другие алифатические спирты не обнаружены (Акт №, дата).

Повреждения механического происхождения

Повреждения от действия тупых предметов

Пример 26

Судебно-медицинский диагноз:

1. Внутрочерепная травма. Очаговые кровоизлияния в мягкие мозговые оболочки в области правой теменной, лобных и левой затылочной долей. Кровоизлияния в кору правой теменной и левой затылочной долей, в стволовые отделы головного мозга, в капсулу и ножку гипофиза. Множественные ссадины и очаговые кровоизлияния в мягкие ткани лобной, левой затылочной, правой теменной областей.

2. _ _ _ _ _

3. Концентрация этилового спирта в крови 3,2°/ю.

"Медицинское свидетельство о смерти":

1. а) Кровоизлияние в головной мозг

б) _____

в) Внутрочерепная травма.

Шифр S 06.8

г) Нападение с применением тупого предмета.

Шифр Y 00.4

Выводы:

1. Смерть наступила в результате внутрочерепной травмы в виде кровоизлияний в мягкие мозговые оболочки и вещество головного мозга, множественных ссадин и кровоизлияний в мягкие ткани головы. Вывод подтверждается данными секционного и судебно-гистологического исследований (Акт №. дата).

2. Степень выраженности трупных явлений и характер суправитальных реакций, выявленных на месте обнаружения трупа, позволяют предположить, что смерть могла наступить не ранее 12 часов и не более 24 часов к моменту первоначального осмотра (дата, время).

3. При судебно-медицинской экспертизе трупа обнаружены телесные повреждения в виде очаговых кровоизлияний в мягкие мозговые оболочки в области правой теменной, лобной и левой затылочной долей, кровоизлияний в кору правой теменной и левой затылочной долей, стволовые отделы головного мозга, в капсулу и ножку гипофиза, множественных ссадин и очаговых кровоизлияний в мягкие ткани лобной, левой затылочной, правой теменной областей. Данные телесные повреждения причинены многократными (не менее трех) воздействиями тупого твердого предмета (предметов) в лобную, левую затылочную и правую теменную области. В механизме образования повреждений могли иметь место удар и трение (скольжение), что подтверждается количеством и морфологическими особенностями повреждений мягких тканей головы, структур головного мозга и его оболочек. Особенности отмеченных повреждений и их различная плоскостная локализация, исключают возможность одномоментного образования в условиях однократного падения тела на плоскость из положения стоя.

4. В связи с отсутствием в повреждениях отображения характерных слеодообразующих признаков травмирующего предмета (предметов), высказаться о конструктивных особенностях контактирующей поверхности соударения не представляется возможным.

5. Телесные повреждения могли образоваться незадолго до смерти (в пределах 1-3 часов), что подтверждается минимальной выраженностью реактивных изменений в зоне кровоизлияний, обнаруженных при судебно-гистологическом исследовании (Акт №. дата).

6. Перечисленные выше повреждения причинили тяжкий вред здоровью по признаку опасности для жизни и состоят в прямой причинной связи со смертью.

7. Судебно-медицинских данных, свидетельствующих о положении тела потерпевшего в момент причинения телесных повреждений, при экспертизе не обнаружено.

8. Морфологических проявлений сопутствующих заболеваний не установлено.

9. При судебно-химическом исследовании крови трупа обнаружен этиловый спирт в концентрации 3,2°/00 (Акт №, дата). Данная концентрация этанола могла соответствовать при жизни тяжелой степени алкогольной интоксикации.

Пример 27

Судебно-медицинский диагноз:

1. Сочетанная травма тела. Закрытая травма груди: полные поперечные переломы II-V ребер слева по средне-ключичной линии без повреждения пристеночной плевры, разрыв корня левого легкого с массивным кровоизлиянием в окружающую ткань. Левосторонний гемоторакс (1000 мл). Закрытая травма живота: множественные разрывы селезенки, кровоизлияния в желудочно-двенадцатиперстную связку, круглую и серповидную связки печени. Гемоперитонеум (800 мл). Травма мягких тканей головы: множественные ссадины левой щеки, очаговое кровоизлияние в мягкие ткани правой теменной области. Кровоподтек и ссадина передненаружной поверхности верхней трети левого бедра.

2. Острая массивная кровопотеря: малокровие внутренних органов, полосчатые кровоизлияния под эндокардом левого желудочка сердца (пятна Минакова).

3. _____

"Медицинское свидетельство о смерти":

1. а) Острая массивная кровопотеря.

б) _____

в) Сочетанная травма тела.

Шифр T 06.8

г) Столкновение с автобусом.

Шифр V 04.1

Выводы:

1. Смерть наступила в результате сочетанной травмы органов груди и живота в виде разрывов корня левого легкого и селезенки, сопровождающихся

скоплением крови в левой плевральной и брюшной полостях осложнившихся острой массивной кровопотерей. Изложенный вывод подтверждается обнаружением большого количества крови в левой плевральной и брюшной полостях (1800 мл), малокровием внутренних органов, наличием полосчатых кровоизлияний под эндокардом левого желудочка сердца, морфологическими признаками быстро наступившей смерти.

2. Степень выраженности трупных явлений и характер суправитальных реакций, отмеченных на месте обнаружения трупа, позволяют предположить, что смерть могла наступить в интервале 6-8 часов к моменту первоначального осмотра (дата, время).

3. При экспертизе трупа обнаружены следующие телесные повреждения:

- закрытая травма груди в виде полных прямых переломов III-V ребер слева, разрыва корня левого легкого с массивным кровоизлиянием в окружающую ткань;
- закрытая травма живота в виде множественных разрывов селезенки и кровоизлияний в связочный аппарат желудка и печени;
- множественные ссадины левой щеки, кровоподтек и ссадина на передненаружной поверхности верхней трети левого бедра, очаговое кровоизлияние в мягкие ткани правой теменной области.

4. В механизме образования перечисленных телесных повреждений могли иметь место удар (удары), сдавление и скольжение тупым предметом (предметами). Характер и локализация повреждений мягких тканей, внутренних органов груди и живота, их множественность и обширность, могут свидетельствовать о возможном образовании повреждений в результате автотравмы при столкновении движущегося транспортного средства с потерпевшим, с последующим сотрясением тела, отбрасыванием и ударом о фонт. Преимущественно левосторонняя локализация повреждений указывает на то, что они возникли в результате действия травмирующей силы на левую половину тела. Наличие повреждений на расстоянии 80-130 см от подошвенных поверхностей стоп позволяет предположить, что удар был причинен частями транспорта с неограниченной травмирующей поверхностью, нижний край которой мог находиться на высоте около 80 см от дорожного покрытия.

5. Отмеченные повреждения могли образоваться незадолго до наступления смерти, возможно в срок до 1-3 часов, что подтверждается минимальной выраженностью реактивных изменений, обнаруженных при судебно-гистологическом исследовании (Акт №. дата). Сочетанная травма причинила тяжкий вред здоровью по признаку опасности для жизни и находится в прямой причинной связи со смертью.

6. Морфологических признаков сопутствующих заболеваний при экспертизе не установлено.

7. При судебно-химическом исследовании крови и мочи трупа этиловый и другие алифатические спирты не обнаружены (Акт №. дата).

Пример 28

Судебно-медицинский диагноз:

1. Сочетанная множественная травма нижних конечностей, таза, позвоночника и черепа. Линейные переломы обеих пяточных костей, оскольчатый перелом наружной лодыжки справа и внутренней лодыжки слева с повреждением капсулы и разрывом связочного аппарата, межмышечковые переломы дистальных диафизов обеих бедренных костей, переломы обеих вертлужных впадин, компрессионные переломы II - V поясничных позвонков, вклинение I-го шейного позвонка в большое затылочное отверстие с кольцевидными переломами основания черепа и эпидуральным кровоизлиянием (40 мл) в проекции задней черепной ямки. Кровоизлияния в мягкие ткани. окружающие области переломов. в корень брыжейки тонкой кишки, серповидную связку печени и ножку правой почки, множественные кровоподтеки и ссадины на кожных покровах обеих стоп, в проекции правого коленного и локтевого суставов, в области правой ягодицы и правой щеки

2. Травматический шок

3. Переходно-клеточный рак задней стенки мочевого пузыря.

"Медицинское свидетельство о смерти":

1. а) Травматический шок.

б) _____

в) Сочетанные переломы нескольких областей тела.

г) Падение с высоты здания.

Шифр Т 02.8

Шифр W 13.0

Выводы:

1. Смерть наступила в результате сочетанной множественной травмы нижних конечностей, таза, позвоночника, черепа и мягких тканей, осложнившихся травматическим шоком. Данный вывод подтверждается характером выявленных повреждений, клиническими проявлениями шока в виде падения артериального давления, поверхностного частого дыхания (Медицинская карта стационарного больного №. дата), а также морфологическими проявлениями шокового процесса в виде патологического депонирования крови, децентрализации кровообращения, нарушения микрогемодинамики с циркуляторно-гипоксическими изменениями во внутренних органах.

2. Дата и время смерти указаны в прилагаемой медицинской карте стационарного больного №... .

3. При судебно-медицинской экспертизе трупа обнаружены телесные повреждения в виде линейных переломов обеих пяточных костей, оскольчатого перелома наружной лодыжки справа и внутренней лодыжки слева с повреждением капсулы и разрывом связочного аппарата, межмышечковых переломов дистальных диафизов обеих бедренных костей, переломов обеих вертлужных впадин, компрессионных переломов II - V поясничных позвонков, вклинения I-го шейного позвонка в большое затылочное отверстие с кольцевидными переломами основания черепа и эпидурального кровоизлияния

(40 мл) в проекции задней черепной ямки, кровоизлияний в мягкие ткани, окружающие области переломов, в корень брыжейки тонкой кишки, серповидную связку печени и ножку правой почки, множественных кровоподтеков и ссадин на кожных покровах обеих стоп, в проекции правого коленного и локтевого суставов, в области правой ягодицы и правой щеки.

4 В механизме образований указанных повреждений могли иметь место удар, сдавление, трение (скольжение) в результате воздействия тупых предметов. Преобладание внутренних повреждений над наружными, их множественность и различная локализация, а также морфологические проявления сотрясения тела в виде кровоизлияний в корень брыжейки, связочный аппарат печени и ножку почки, свидетельствуют о том, что сочетанная травма могла образоваться в условиях свободного падения с большой высоты. Наличие характерных переломов пяточных костей и лодыжек, вколоченных переломов дистальных диафизов бедренных костей с разрушением вертлужных впадин, компрессионных переломов позвоночника в поясничном отделе, вклинения первого шейного позвонка в большое затылочное отверстие с кольцевидными переломами основания черепа позволяют считать, что отмеченные повреждения образовались при вертикальном положении тела на заключительном этапе падения с приземлением на подошвенные поверхности обеих стоп. В дальнейшем могло иметь место движение тела вперед и вправо с ударом о твердую поверхность и скольжением по ней областью правого коленного и локтевого суставов, правой ягодицей и правой щекой, что подтверждается наличием в указанных областях множественных ссадин и кровоподтеков.

5. Установленная при судебно-гистологическом исследовании степень выраженности реактивных и воспалительных изменений в области повреждений свидетельствует, что давность их образования составляла около 12-18 часов к моменту смерти (Акт №. дата).

6. Совокупность отмеченных повреждений привела к развитию угрожающего жизни состояния (травматического шока) и по этому признаку оценивается как причинение тяжкого вреда здоровью, находясь в прямой причинной связи со смертью.

7. При экспертизе трупа выявлено сопутствующее заболевание в виде переходно-клеточного рака задней стенки мочевого пузыря, которое в причинной связи со смертью не находится.

8. При судебно-химическом исследовании крови трупа этиловый и другие алифатические спирты не обнаружены (Акт №, дата).

Пример 29

Судебно-медицинский диагноз:

1. Неполная травматическая ампутация обеих нижних конечностей на уровне средней трети бедер: наличие полос осаднения (давления) и обтирания с угловидными лоскутами кожи по краям ампутации, множественные разрывы мягких тканей с их раздавливанием, пропитыванием кровью, повреждением нервных стволов и магистральных сосудов, многооскольчатые переломы

бедренных костей в месте отделения конечностей, поперечные переломы в ампутационных культих и косые переломы в ампутированных частях бедренных костей.

2. Жировая эмболия сосудов малого круга кровообращения с очаговыми геморрагическими инфарктами в легких. Кровопотеря в результате наружного кровотечения.

3. Концентрация этанола в крови 3,0‰/оо.

"Медицинское свидетельство о смерти":

I. а) Жировая эмболия сосудов малого круга кровообращения,

б) _____

в) Травматическая ампутация нижних конечностей. Шифр S 78.1

г) Переезд железнодорожным транспортом. Шифр V 05.8

Выводы:

1. Смерть наступила в результате неполной травматической ампутации нижних конечностей на уровне средней трети обеих бедер, осложнившейся жировой эмболией сосудов малого круга кровообращения с развитием очаговых геморрагических инфарктов в легких. Данный вывод подтверждается обнаружением множественных жировых эмболов в сосудах разного калибра с наличием массивных скоплений эритроцитов в просвете альвеол различных сегментов обеих легких (Акт суд.-гист. исс-я №. дата).

2. Степень выраженности трупных изменений и характер суправитальных реакций, установленных на месте обнаружения трупа, позволяет предположить, что давность наступления смерти составляла 2-4 часа к моменту первоначального осмотра (дата, время).

3. При экспертизе трупа выявлены телесные повреждения в виде неполной травматической ампутации обеих нижних конечностей на уровне средней трети бедер с наличием полос осаднения (давления) и обтирания с угловидными лоскутами кожи по краям ампутации, множественных разрывов мягких тканей с их раздавливанием, пропитыванием кровью, повреждением нервных стволов и магистральных сосудов, многооскольчатых переломов бедренных костей в месте отделения конечностей, поперечных переломов в ампутационных культих и косых переломов в ампутированных частях бедренных костей. Отмеченные повреждения могли образоваться в результате сдавления между тупыми предметами с ограниченной травмирующей поверхностью, в частности, при перекачивании колесом движущегося железнодорожного транспорта через бедра. Данный вывод подтверждается наличием по краям повреждения полос осаднения (давления) и обтирания на коже, раздавливанием мягких тканей и множественными переломами бедренных костей, а также обнаружением на одежде и теле потерпевшего черного маслянистого налета.

4. Характерные особенности полос давления и осаднения на коже, более широких по краям передней поверхности ампутационных культих и узких на ампутированных частях ног свидетельствуют о том, что в момент перекачивания колеса железнодорожного транспорта через бедро потерпевший находился в положении на спине, при этом туловище было обращено кнаружи от колен, а

нижняя часть ног располагалась между рельсами. Направление вершин угловидных лоскутов по краям линии разделения свидетельствует о движении железнодорожного транспорта справа налево по отношению к потерпевшему, находившемуся в положении на спине.

5. Выраженность реактивных изменений в области повреждений и зоне очаговых кровоизлияний в легких (Акт суд.-гист. исс-я №. дата) позволяет предположить, что с момента причинения травмы до наступления смерти прошло не более 3 часов.

6. Отмеченные повреждения привели к развитию угрожающего жизни состояния в виде расстройства регионарного кровообращения с возникновением очагов геморрагического инфаркта в легких, и по этом признаку относятся к причинению тяжкого вреда здоровью и находятся в прямой причинной связи со смертью.

7. Каких-либо других повреждений и сопутствующих заболеваний при экспертизе не выявлено.

8. Незадолго до смерти потерпевший употреблял алкогольные напитки, что подтверждается обнаружением этилового спирта в крови в концентрации 3,0 /⁰⁰ (Акт суд.-хим. исс-я №. дата), которая обычно у живых лиц может соответствовать сильной степени алкогольного опьянения.

Пример 30

Судебно-медицинский диагноз:

1. Сочетанная травма тела. Закрытая травма области таза и живота: разрыв крестцово-подвздошных сочленений, перелом верхней трети правой бедренной кости с обширным горизонтальных ветвей лобковых костей, многооскольчатые переломы подвздошных костей, перелом правой вертлужной впадины, разрыв передней стенки мочевого пузыря, множественные разрывы петель тонкой кишки, кровоизлияния в париетальную и висцеральную брюшину, клетчатку малого таза, кровоизлияния в мягкие ткани поясничной области и ягодиц, множественные кровоизлияния в толщу кожи передней брюшной стенки в виде геометрических фигур с карманообразной отслойкой кожи и подкожной клетчатки в правой подвздошной области. Закрытый оскольчатый поперечный перелом верхней трети правой бедренной кости с обширным кровоподтеком и массивными кровоизлияниями в мягкие ткани по задней поверхности правого бедра. Множественные полосчатые ссадины на коже лопаточных областей и ягодиц.

2. Травматический шок.

3. Фиброзно-кавернозный туберкулез легких.

"Медицинское свидетельство о смерти":

I. а) Травматический шок.

б) _____

в) Сочетанная травма тела.

г) Пешеход, пострадавший при столкновении с автомобилем.

Шифр Т 06.8

Шифр V 03.1

Выводы:

1. Смерть наступила в результате сочетанной травмы тела с множественными переломами костей таза и правой бедренной кости, повреждениями внутренних органов полостей таза и живота, осложнившихся травматическим шоком. Данный вывод подтверждается наличием выявленных шокогенных повреждений и морфологическими проявлениями шокового процесса в виде патологического депонирования крови, децентрализации кровообращения, нарушения микрогемоциркуляции и гемокоагуляции с циркуляторно-гипоксическими изменениями во внутренних органах (Акт суд.-гист. исс-я №. дата).

2. Степень выраженности трупных изменений и характер суправитальных реакций, выявленных на месте обнаружения трупа, позволяют предположить, что давность наступления смерти составляет не более 2 часов к моменту первоначального осмотра (дата, время).

3. При судебно-медицинской экспертизе обнаружены следующие телесные повреждения: разрыв крестцово-подвздошных и лонного сочленений, оскольчатые переломы горизонтальных ветвей лобковых костей, многооскольчатые переломы подвздошных костей, перелом правой вертлужной впадины, разрыв передней стенки мочевого пузыря, множественные разрывы петель тонкой кишки, кровоизлияния в париетальную и висцеральную брюшину, клетчатку малого таза, кровоизлияния в мягкие ткани поясничной области и ягодиц, множественные кровоизлияния в толщу кожи передней брюшной стенки в виде геометрических фигур с карманообразной отслойкой кожи и подкожной клетчатки в правой подвздошной области, а также закрытый оскольчатый поперечный перелом верхней трети правой бедренной кости с обширным кровоподтеком и массивными кровоизлияниями в мягкие ткани по задней поверхности правого бедра, множественные полосчатые ссадины на коже лопаточных областей и ягодиц.

4. В механизме образования перечисленных выше повреждений могли иметь место удар, растяжение, сдавление, трение (скольжение) от воздействия тупого предмета (предметов).

5. Степень выраженности реактивных изменений в области выявленных повреждений (Акт суд.-гист. исс-я №. дата), дают основание считать, что они могли образоваться не более чем за один час до момента наступления смерти. Отмеченные телесные повреждения причинили тяжкий вред здоровью по признаку опасности для жизни (развитие угрожающего жизни состояния) и находятся в прямой причинной связи со смертью.

6. Характер повреждений мягких тканей и костей, их локализация, обширность и множественность, свидетельствуют о том, что они могли явиться результатом автотранспортной травмы.

7. Наличие кровоподтека на коже и обширного кровоизлияния в мягкие ткани в области задней поверхности верхней трети правого бедра, а также закрытого поперечного оскольчатого перелома верхней трети правой бедренной кости, позволяют считать, что эти повреждения возникли от сильного удара в

направлении сзади кпереди выступающей частью движущегося транспортного средства, которая располагалась на высоте около 82 см от дорожного покрытия, с последующим отбрасыванием тела. Ударом и скольжением его по твердой поверхности и образованием полосчатых ссадин на коже лопаточных областей и ягодиц

8 После падения потерпевшего имел место переезд тела колесом движущегося транспортного средства с последующим сдавливанием во фронтальной плоскости на уровне таза в направлении справа налево при положении тела на спине, о чем свидетельствуют повреждения лонного и обоих крестцово-подвздошных сочленений, многооскольчатые переломы костей таза и наличие на коже передней брюшной стенки фигурных кровоизлияний, характерных для отпечатка протектора колеса, а также карманообразная отслойка кожи с подкожной клетчаткой в правой подвздошной области. Ширина полосы фигурных кровоизлияний может свидетельствовать о том, что ширина контактной поверхности протектора колеса автомобиля составляет не менее 22 см.

9. При экспертизе трупа выявлено сопутствующее заболевание - фиброэнокавернозный туберкулез легких, которое в причинной связи со смертью не состоит.

10. При судебно-химическом исследовании крови трупа этиловый и другие алифатические спирты не обнаружены.

Пример 31

Судебно-медицинский диагноз:

1. Сочетанная травма тела. Разрывы передней продольной связки и межпозвоночного диска с переломом поперечных отростков VI-VII шейных позвонков и кровоизлиянием в окружающие мягкие ткани, без повреждения оболочек и вещества спинного мозга. Закрытая травма груди: дугообразные ссадины и кровоподтеки на передней поверхности грудной клетки с поперечным переломом грудины на уровне IV межреберья и двухсторонними локально-конструкционными переломами II-VI ребер по трем анатомическим линиям с разрывом пристеночной плевры и с кровоизлияниями в передние отделы обоих легких и клетчатку переднего средостения, двухсторонний гемоторакс (800 мл). Разрывы кожи между I и II пальцами кистей, двухсторонние поперечные переломы II и III пястных костей. Множественные ссадины и ушибленные раны на передней поверхности обоих коленных суставов, перелом правого надколенника, разрыв крестовидных связок правого коленного сустава, оскольчатый перелом мыщелков и задне-верхний вывих головки правой бедренной кости с кровоизлиянием в связочный аппарат и окружающие мягкие ткани. Множественные резаные раны мягких тканей лобной области.

2 Травматический шок. Кровопотеря.

3. Двухсторонняя фиброзно-кистозная мастопатия.

'Медицинское свидетельство о смерти':

I. а) Травматический шок. кровопотеря.

б) _____

в) Сочетанная травма тела.

Шифр Т 06 8

г) Водитель легкового автомобиля, пострадавший при столкновении с грузовым автомобилем.

Шифр V 43.5

Выводы:

1 Смерть наступила в результате сочетанной травмы шейного отдела позвоночника, грудной клетки и органов грудной полости, верхних и нижних конечностей, мягких тканей лица, осложнившейся травматическим шоком и острой кровопотерей. Данный вывод подтверждается характером выявленных повреждений, морфологическими проявлениями шокового процесса в виде патологического депонирования крови, децентрализации кровообращения, нарушения микрогемодинамики с циркуляторно-гипоксическими изменениями во внутренних органах (Акт суд -гист. исс-я №. дата) и наличием крови (800 мл) в обеих плевральных полостях.

2 Степень выраженности трупных изменений и характер суправитальных реакций, выявленных на месте обнаружения трупа, позволяют считать, что давность наступления смерти составляет не более 2 часов к моменту первоначального осмотра (дата, время).

3 При судебно-медицинской экспертизе трупа обнаружены телесные повреждения, которые характерны для водителя автомобиля, пострадавшего при столкновении с другим автомобилем, а именно:

- разрывы передней продольной связки и межпозвоночного диска с переломом поперечных отростков VI-VII шейных позвонков и кровоизлиянием в окружающие мягкие ткани без повреждения оболочек и вещества спинного мозга, которые могли образоваться при быстром снижении скорости движения автомобиля и резким сгибанием головы сначала вперед, а затем запрокидывания ее назад;

- дугообразные ссадины и кровоподтеки на передней поверхности грудной клетки с поперечным переломом грудины на уровне IV межреберья и двухсторонними локально-конструкционными переломами II-VI ребер по трем анатомическим линиям (разгибательные переломы по окологрудным и лопаточным линиям, сгибательные - по среднеподмышечным линиям) с разрывом пристеночной плевры, кровоизлияниями в передние отделы обоих легких и клетчатку переднего средостения, разрывы кожи между I и II пальцами кистей, двухсторонние поперечные переломы II и III пястных костей, которые характерны для удара о рулевое колесо при резком снижении скорости движения с последующим сдавливанием грудной клетки во фронтальном направлении;

- множественные ссадины и ушибленные раны на передней поверхности обоих коленных суставов, перелом правого надколенника, разрыв крестовидных связок правого коленного сустава, оскольчатый перелом мыщелков и задне-верхний вывих головки правой бедренной кости с кровоизлиянием в связочный аппарат и окружающие мягкие ткани, возникновение которых характерно при ударе коленями о панель приборов (щиток управления).

- множественные резаные раны мягких тканей лобной области образовались от осколков ветрового стекла, что подтверждается их обнаружением в области ран. в волосах и на одежде потерпевшей.

4. В соответствии со степенью выраженности реактивных изменений в местах повреждений, установленной при судебно-гистологическом исследовании (Акт №. дата), можно предположить давность их образования в интервале 4-6 часов к моменту наступления смерти. Комплекс выявленных телесных повреждений, приведших к развитию угрожающих жизни состояний (травматический шок и кровопотеря) расценивается как причинение тяжкого вреда здоровью по признаку опасности для жизни и состоит в прямой причинной связи со смертью.

5. При жизни потерпевшая страдала заболеванием в виде двухсторонней фиброзно-кистозной мастопатией, которая в причинной связи со смертью не находится.

6. При судебно-химическом анализе крови и мочи трупа этиловый и другие алифатические спирты не обнаружены (Акт №. дата).

Повреждения от действия острых орудий

Пример 32

Судебно-медицинский диагноз:

1. Колото-резаная рана передней поверхности груди слева на уровне пятого межреберья по среднеключичной линии, проникающая в грудную полость со сквозным повреждением сердечной сорочки и передней стенки левого желудочка сердца. Гемоперикард (450 мл).

2. Гемотампонада сердца.

3. Серозная цистаденома левого яичника.

"Медицинское свидетельство о смерти":

I. а) Гемотампонада сердца.

б) Гемоперикард.

в) Колото-резаное ранение груди с повреждением сердца. Шифр S 21 1

г) Нападение с применением острого предмета. Шифр X 99.1

Выводы:

1. Смерть наступила в результате колото-резаного ранения передней поверхности груди слева, проникающего в грудную полость с повреждением сердца, осложнившегося скоплением крови в околосердечной сумке с тампонадой сердца. Данный вывод подтверждается обнаружением характерных признаков колото-резаного ранения на коже, сердечной сорочке и передней стенке левого желудочка сердца, а также наличием крови с рыхлыми сгустками в объеме 450 мл в околосердечной сумке и морфологическими проявлениями быстро наступившей смерти.

2. Степень выраженности трупных явлений и характер суправитальных реакций, выявленных на месте обнаружения трупа, позволяют предположить, что смерть могла наступить в интервале 6-9 часов к моменту первоначального

осмотра (дата, время)

3. При экспертизе трупа обнаружено телесное повреждение в виде колото-резаного ранения передней поверхности грудной клетки слева в области пятого межреберья по среднеключичной линии, проникающего в левую грудную полость с повреждением передней стенки левого желудочка сердца. Отмеченное повреждение причинено ударным воздействием односторонне острого клинка колюще-режущего орудия по типу ножа, что подтверждается прямолинейной формой раны с ровными краями и стенками, одним П-образным и другим остроугольным концами, а также преобладанием глубины раны над ее длиной и шириной. Учитывая размеры раны и длину раневого канала, можно предположить, что ширина клинка составляла не более 2,5 см на глубину его погруженной части в тело, а длина клинка - не менее 11 см.

4. Направление раневого канала спереди кзади и несколько слева направо позволяет считать, что потерпевшая в момент удара была обращена передней поверхностью груди к травмирующему орудию. Наличие следов крови в виде вертикальных потеков на одежде и туловище указывает на возможное вертикальное положение потерпевшей в начале наружного кровотечения.

5. Отсутствие реактивных изменений в области стенки раны позволяет считать, что с момента ее причинения до смерти прошло не более 1 часа (Акт суд.-гист. исс-я №. дата).

6. Отмеченное ранение груди причинило тяжкий вред здоровью по признаку опасности для жизни и находится в прямой причинной связи со смертью.

7. При первоначальном осмотре трупа и при экспертизе в секционном зале каких-либо признаков, свидетельствующих о возможном перемещении тела или о совершении потерпевшей активных целенаправленных действий после причиненного повреждения, не установлено.

8. Обнаруженное сопутствующее заболевание в виде серозной цистаденомы левого яичника в причинной связи со смертью не находится.

9. При судебно-химическом исследовании крови трупа этиловый и другие алифатические спирты не выявлены (Акт №. дата).

Пример 33

Судебно-медицинский диагноз:

1. Комбинированное повреждение (сочетанная травма): а) рубленая рана мягких тканей головы в правой височной области с повреждением височной артерии, наружным кровотечением в объеме около 700 мл и неполным линейным переломом наружной кортикальной пластинки чешуи височной кости; б) закрытая травма живота с разрывом корня брыжейки тонкой кишки, скоплением крови в брюшной полости (650 мл) и очаговым кровоизлиянием в толщу передней брюшной стенки.

2. Острая кровопотеря. Малоокровие внутренних органов.

3. -----

"Медицинское свидетельство о смерти":

- I. а) Острая массивная кровопотеря.
 б) Наружное кровотечение.
 в) Рубленая рана головы с повреждением височной артерии Шифр S 01.0
 г) Нападение с использованием тупого и острого предметов Шифр Y 08.4
 II. Закрытая травма живота с разрывом брыжеечной артерии. Шифр S 35.2

Выводы:

1. Смерть наступила от комбинированного повреждения (сочетанной травмы) в виде рубленой раны мягких тканей головы в правой височной области с повреждением височной артерии, наружным кровотечением и неполным линейным переломом наружной кортикальной пластинки чешуи височной кости, а также в виде закрытой травмы живота с разрывом корня брыжейки тонкой кишки, скоплением крови в брюшной полости, очаговым кровоизлиянием в толщу передней брюшной стенки, которые осложнились острой массивной кровопотерей. Данный вывод подтверждается запустевшими камерами сердца и просветами сосудов, скоплением крови в брюшной полости (650 мл), наличием следов наружного кровотечения в виде лужи крови со сгустками на покрытом линолеумом полу (около 700 мл), признаками малокровия внутренних органов и тканей, наличием точечных и полосчатых кровоизлияний под эндокардом левого желудочка сердца (пятна Минакова).

2. В соответствии со степенью выраженности трупных явлений и суправитальных реакций, отмеченных на месте обнаружения трупа (дата, время), можно предположить, что давность смерти составляет ориентировочно не более 3 часов к моменту первоначального осмотра.

3. Телесное повреждение мягких тканей головы в правой височной области с линейным переломом наружной кортикальной пластинки чешуи височной кости образовалось при ударном воздействии острого рубящего орудия, что подтверждается морфологическими особенностями раны и характером перелома, установленных при медико-криминалистическом исследовании (Акт №. дата). Закрытая травма живота с очаговым кровоизлиянием в толщу передней брюшной стенки и разрывом корня брыжейки тонкой кишки образовалась в результате ударного воздействия тупым предметом с ограниченной травмирующей поверхностью и местом приложения силы в области пупка, что подтверждается размерами и локализацией выявленных повреждений.

4. Минимальная выраженность реактивных изменений в области повреждений на голове, в передней брюшной стенке и в корне брыжейки, установленных при судебно-гистологическом исследовании (Акт №. дата), свидетельствуют об одинаковой давности их образования в пределах одного часа. Это обстоятельство не позволяет высказаться о последовательности причинения выявленных повреждений.

5 Рана на голове с наличием следов крови в виде идущих в различных направлениях потеков на лице, установленных на месте обнаружения трупа, не

позволяют высказаться о положении головы потерпевшего к моменту начала наружного кровотечения. Локализация раны в правой височной области может свидетельствовать о том, что в момент причинения повреждения потерпевший был обращен правой половиной головы к травмирующему орудию.

6. Локализация кровоизлияния в толще передней брюшной стенки с наличием разрыва корня брыжейки позволяет считать, что данное повреждение было причинено при воздействии травмирующей силы в живот в направлении спереди назад.

7. Каждое из отмеченных повреждений в отдельности осложнилось кровопотерей в небольших объемах (650-700 мл), но, возникнув одновременно, они привели к массивной кровопотере с развитием острого малокровия внутренних органов и тканей, явившейся непосредственной причиной смерти.

8. Каждое из указанных повреждений, взятое в отдельности, не является смертельным, но, развиваясь одновременно, через общее осложнение (массивная кровопотеря) привели к развитию угрожающего жизни состояния и по этому признаку в своей совокупности должны расцениваться как причинение тяжкого вреда здоровью с наличием прямой причинной связи со смертью.

9. Данных, свидетельствующих о перемещении трупа или об изменении его положения, на месте происшествия и в ходе экспертизы не установлено.

10. Морфологических проявлений других повреждений и сопутствующих заболеваний при экспертизе трупа не выявлено.

11. В ходе судебно-химического исследования крови трупа этиловый и другие алифатические спирты не обнаружены (Акт №. дата)

Пример 34

Судебно-медицинский диагноз:

1 Резаная рана правой боковой поверхности шеи с повреждением общей сонной артерии и наружной яремной вены. Обильное наружное кровотечение.

2. Массивная кровопотеря: бледность кожных покровов, слабовыраженные единичные трупные пятна, малокровие внутренних органов, полосчатые кровоизлияния под эндокардом левого желудочка сердца (пятна Минакова).

3. Хроническая ишемическая болезнь сердца: стенозирующий атеросклероз коронарных артерий. Алкоголемия - концентрация этанола в крови 1.6 ‰.

"Медицинское свидетельство о смерти":

- I. а) Малокровие внутренних органов.
 б) Наружное массивное кровотечение.
 в) Резаная рана шеи с повреждением магистральных сосудов. Шифр S 15.7
 г) Преднамеренное самоповреждение острым предметом. Шифр X 78.0

Выводы:

1. Смерть наступила от резаной раны шеи с повреждением общей сонной артерии и наружной яремной вены, сопровождавшейся обильным наружным кровотечением и осложнившейся острой массивной кровопотерей в виде

малокровия внутренних органов. Данный вывод подтверждается обнаружением веретенообразной формы раны, идущей в направлении от правого сосцевидного отростка к рукоятке грудины с поврежденными в глубине сосудами, а также наличием на месте обнаружения трупа большого количества крови со сгустками (около 1500 мл), слабой выраженностью трупных пятен, бледностью органов и тканей, кровоизлияниями под эндокард левого желудочка (пятна Минакова).

2. Степень выраженности трупных явлений и отсутствие суправитальных реакций, установленных на месте обнаружения трупа, позволяют высказаться, что смерть наступила около 36-48 часов к моменту первоначального осмотра (дата, время).

3. При судебно-медицинской экспертизе трупа обнаружена резаная рана шеи с повреждением общей сонной артерии и наружной яремной вены, которая могла образоваться от действия (давления и протягивания по поверхности) предмета, имеющего лезвие или острый край. Данный вывод подтверждается веретенообразной формой раны, идущей в направлении от правого сосцевидного отростка к рукоятке грудины, с ровными краями, гладкими стенками, остроугольными концами, преобладанием наружных размеров над глубиной. Минимальная выраженность реактивных изменений в области раны (Акт суд.-гист. исс-я №. дата) свидетельствует о том, что с момента причинения повреждений до наступления смерти прошло не более 2 часов. По признаку опасности для жизни (развитие угрожающего жизни состояния) отмеченное повреждение причинило тяжкий вред здоровью и находится в прямой причинной связи со смертью.

4. Локализация и направленность повреждения сверху вниз и сзади кпереди на правой половине шеи свидетельствуют о доступности его причинения собственной рукой.

5. Обнаружение следов крови в виде вертикальных подтеков на одежде и теле потерпевшего, идущих в направлении сверху вниз, позволяют высказаться о том, что в момент начала наружного кровотечения голова и туловище потерпевшего находились в вертикальном положении.

6. Каких-либо других повреждений при экспертизе трупа не выявлено. Имеют место морфологические проявления прижизненного заболевания - хронической ишемической болезни сердца в виде стенозирующего атеросклероза коронарных артерий, которое в причинной связи со смертью не состоит.

7. Незадолго до смерти потерпевший употреблял алкогольные напитки, что подтверждается наличием этилового спирта в крови в концентрации $1,6^{0/00}$ (Акт суд.-хим. исс-я №, дата). Обычно подобное содержание этанола у живых лиц может соответствовать средней степени алкогольного опьянения.

Огнестрельные повреждения

Пример 5.5

Судебно-медицинский диагноз:

1. Огнестрельное дробовое слепое ранение мягкого неба, проникающее в полость черепа с многооскольчатыми переломами костей лицевого скелета, основания и свода черепа, разрушением оболочек и вещества головного мозга.

2. _____

3. Концентрация этилового спирта в крови 2.8%

"Медицинское свидетельство о смерти":

I. а) Разрушение вещества головного мозга,

б)

в) Огнестрельное дробовое ранение головы.

Шифр S 07.8

г) Выстрел из дробового оружия в квартире

Шифр W 33.0

Выводы:

1. Смерть наступила в результате огнестрельного дробового слепого ранения мягкого неба, проникающего в полость черепа с многооскольчатыми переломами костей лицевого скелета, свода и основания черепа, разрушением оболочек и вещества головного мозга. Данный вывод подтверждается обнаружением при секционном исследовании вышеперечисленных повреждений головы, а также морфологическими признаками быстро наступившей смерти.

2. Степень выраженности трупных явлений и характер суправитальных реакций, выявленных на месте обнаружения трупа, позволяют предположить, что смерть могла наступить не ранее 11 часов и не более 16 часов к моменту первоначального осмотра (дата, время).

3. При судебно-медицинской экспертизе трупа обнаружены телесные повреждения в виде огнестрельного дробового слепого ранения мягкого неба, проникающего в полость черепа с многооскольчатыми переломами костей лицевого скелета, основания и свода черепа, разрывом оболочек и разрушением вещества головного мозга. Рана, обнаруженная на мягком небе, является входной, что подтверждается неправильно-округлой формой, фестончатыми краями с обширными радиальными разрывами, неровными стенками, наличием дефекта слизистой оболочки рта и мягких тканей в центре, а также следами действия дополнительных компонентов выстрела вокруг входного отверстия и по ходу раневого канала со следами металлизации, выявленными при рентгеноспектральном анализе (Акт №. дата).

4. Отмеченное телесное повреждение причинено дробовым снарядом при выстреле из огнестрельного гладкоствольного оружия, что подтверждается морфологическими признаками входной огнестрельной раны, а также обнаружением в полости черепа и в мягких тканях раневого канала дробин. Выстрел был произведен в ротовую полость при неполном упоре дульного среза оружия в пределах компактного (сплошного) действия многокомпонентного огнестрельного снаряда, что подтверждается наличием одиночной входной огнестрельной раны и следов действия дополнительных факторов выстрела.

Грубое нарушение анатомической целостности костей черепа, оболочек и вещества головного мозга может указывать на гидродинамическое действие огнестрельного снаряда и разрывной эффект пороховых газов.

5. Направление раневого канала - снизу вверх и спереди назад с длиной около 25 см. Наличие вертикальных потеков крови на одежде и туловище, отмеченных на месте обнаружения трупа и в морге, указывают на возможное вертикальное положение потерпевшего в момент начала наружного кровотечения.

6. Огнестрельное ранение было причинено непосредственно перед смертью, что подтверждается отсутствием реактивных изменений в области повреждения (Акт суд.-гист. исс-я №. дата). Указанное ранение головы является опасным для жизни и по этому признаку относится к причинению тяжкого вреда здоровью, находясь в прямой причинной связи со смертью

7. Морфологических признаков сопутствующих заболеваний и других повреждений при экспертизе трупа не выявлено.

8. При судебно-химическом исследовании крови трупа обнаружен этиловый спирт в концентрации 2.8‰ (Акт №. дата). Данная концентрация этанола в крови могла соответствовать при жизни опьянению сильной степени.

Пример 36

Судебно-медицинский диагноз:

1. Осколочные слепые ранения головы в затылочной и правой теменной областях, проникающие в полость черепа с массивным разрушением вещества, кровоизлияниями в оболочки и желудочки головного мозга. Наличие четырех инородных тел (металлические осколки) в подкорковых отделах правого полушария, стволе и мозжечке, а также двух инородных тел (осколки стекла) в мягких тканях затылочной области.

2. _____

3. Хронический обструктивный бронхит.

"Медицинское свидетельство о смерти":

1. а) Разрушение головного мозга,

б) _____

в) Осколочные ранения головы.

Шифр S 09.7

г) Взрыв снаряда на улице.

Шифр W 40.4

Выводы:

1. Смерть наступила в результате осколочного слепого ранения головы, проникающего в полость черепа с разрушением вещества головного мозга.

2. Степень выраженности трупных явлений и характер суправитальных реакций, выявленных на месте обнаружения трупа, позволяют предположить, что смерть могла наступить в интервале 2-4 часов к моменту первоначального осмотра (дата, время).

3. При экспертизе трупа обнаружены телесные повреждения в виде четырех слепых осколочных ранений головы, проникающих в полость черепа с разрушением вещества головного мозга, и двух осколочных ранений мягких

тканей головы, не проникающих в полость черепа. Данные повреждения могли образоваться от механического действия металлических осколков снаряда и стекла, что позволяет высказаться о возможном наличии стеклянной преграды между взрывным устройством и потерпевшим в момент взрыва

4. Отсутствие следов дополнительных факторов взрыва в области повреждений на одежде и на осколках стекла может указывать на неблизкую дистанцию взрыва.

5. Локализация повреждений в теменно-затылочной области с направлением раневых каналов сзади кпереди, а также обнаружение осколков стекла в ткани спинки одежды позволяют высказаться о том, что потерпевший в момент взрыва был обращен затылочной и правой теменной областями и спиной к эпицентру взрыва.

6. Телесные повреждения могли образоваться незадолго до наступления смерти (возможно в срок до 1 часа), что подтверждается отсутствием реактивных изменений в области ран (Акт суд.-гист. исс-я №. дата).

7. Осколочные слепые ранения затылочной и правой теменной областей, проникающие в полость черепа, причинили тяжкий вред здоровью по признаку опасности для жизни и состоят в прямой причинной связи со смертью. Повреждения в виде двух осколочных слепых ранений мягких тканей головы, не проникающих в полость черепа, содержат признаки легкого вреда здоровью и в причинной связи со смертью не находятся

8. Выявленное при экспертизе трупа сопутствующее заболевание в виде хронического обструктивного бронхита в причинной связи со смертью не состоит.

9. При судебно-химическом исследовании крови и мочи трупа этиловый и другие алифатические спирты не обнаружены (Акт №. дата).

Пример 37

Судебно-медицинский диагноз:

1. Огнестрельное пулевое сквозное ранение передней брюшной стенки, проникающее в брюшную полость с повреждением печени. Гемоперитонеум (1800 мл).

2. Острая массивная кровопотеря: малокровие внутренних органов, полосчатые кровоизлияния под эндокардом левого желудочка сердца (пятна Минакова).

3. Концентрация этилового спирта в крови 2.4 ‰.

"Медицинское свидетельство о смерти"

1 а) Массивная кровопотеря.

б) Внутрибрюшное кровотечение.

в) Огнестрельное сквозное пулевое ранение живота с повреждением печени.

Шифр S 31.1

г) Выстрел из огнестрельного оружия.

Шифр W 32.0

Выводы:

1. Смерть наступила от огнестрельного пулевого сквозного ранения передней брюшной стенки, проникающего в брюшную полость с повреждением печени, которое осложнилось острой массивной кровопотерей. Данный вывод подтверждается наличием в брюшной полости 1800 мл излившейся крови, малокровием внутренних органов и полосчатыми кровоизлияниями под эндокардом левого желудочка сердца (пятна Минакова).
2. Степень выраженности трупных изменений и характер суправитальных реакций позволяют высказать, что смерть наступила за 2-4 часа к моменту осмотра трупа на месте его обнаружения (дата, время).
3. При судебно-медицинской экспертизе трупа обнаружены телесные повреждения в виде огнестрельного пулевого сквозного ранения передней брюшной стенки, проникающего в брюшную полость с повреждением печени.
3. **Выявленное повреждение образовалось в результате действия пулевого снаряда, "Медицинская экспертиза устанавливает характер трупных особенностей раны и данные медико-криминалистического исследования (Акт №. дата). Огнестрельная рана, расположенная на передней брюшной стенке в правом подреберье по среднеключичной линии, является входной, что подтверждается ее округлой формой, наличием дефекта ткани в центре, пояса осаднения и наличием вокруг нее следов действия дополнительных факторов выстрела. Огнестрельная рана, расположенная на спине под нижним краем XII ребра по правой лопаточной линии, является выходной, что подтверждается ее размерами, щелевидной формой и вывернутыми наружу краями. Минимальная выраженность реактивных изменений в области стенок раны и в участках кровоизлияний, установленная при судебно-гистологического исследования (Акт №. дата), позволяет предположить, что давность причинения повреждения составляет не более 1 часа к моменту смерти. Отмеченное огнестрельное повреждение причинило тяжкий вред здоровью по признаку опасности для жизни и находится в прямой причинной связи со смертью.**
4. Прямой и непрерывный характер раневого канала в направлении спереди назад указывает на то, что потерпевший в момент выстрела был обращен передней поверхностью живота к дульному срезу оружия. Наличие следов крови на коже в виде потеков из раневых отверстий вниз свидетельствует о том, что туловище потерпевшего находилось в вертикальном положении в момент начала наружного кровотечения.
5. Наличие следов действия дополнительных факторов выстрела вокруг входной огнестрельной раны указывает на то, что выстрел был произведен с близкой дистанции.
6. При судебно-химическом исследовании крови трупа обнаружен этиловый спирт в концентрации 2,4‰ (Акт №. дата), что может соответствовать у живых лиц средней степени алкогольного опьянения.

Смерть от асфиксии**Пример 38****Судебно-медицинский диагноз:**

1. Сдавление органов шеи петлей (удавление): одиночная замкнутая горизонтальная равномерно выраженная странгуляционная борозда, локализованная в средней трети шеи с признаками прижизненного образования.
2. Механическая странгуляционная асфиксия: наличие мелкоточечных кровоизлияний в конъюнктиву глаз, кожу лица, обильные сливные трупные пятна, жидкое состояние крови, очаговая эмфизема легких, острое венозное полнокровие внутренних органов. Концентрация глюкозы в крови из сагиттального синуса твердой мозговой оболочки 0,12 ммоль/л, в крови из полости правого желудочка сердца 1,2 ммоль/л.

1. а) Механическая странгуляционная асфиксия,
б)
в) Сдавление шеи петлей (удавление). Шифр Т 71.0
г) Нападение путем удавления. Шифр Х 91.8

Выводы:

1. Смерть наступила в результате сдавления органов шеи петлей (удавление) с развитием механической странгуляционной асфиксии, что подтверждается обнаружением в средней трети шеи одиночной горизонтальной замкнутой равномерно выраженной странгуляционной борозды, а также обще-асфиктическими признаками быстро наступившей смерти: наличие мелкоточечных кровоизлияний в конъюнктиву глаз, кожу лица, обильных сливных трупных пятен, жидкого состояния крови, очаговой эмфиземы легких, острого венозного полнокровия внутренних органов, разницы концентраций глюкозы в крови из сагиттального синуса твердой мозговой оболочки и полости правого желудочка сердца (Акт биохим. исс-я №. дата). Странгуляционная борозда образовалась прижизненно, что подтверждается положительной пробой Бокариуса и результатами судебно-гистологического исследования (Акт №, дата).
2. Степень выраженности трупных явлений и характер суправитальных реакций, выявленных на месте обнаружения трупа, позволяют предположить, что смерть могла наступить в интервале 4-8 часов к моменту первоначального осмотра (дата, время).
3. Каких-либо телесных повреждений, за исключением странгуляционной борозды на шее и сопутствующих заболеваний при судебно-медицинской экспертизе трупа не выявлено.
4. Отмеченные особенности локализации и характера странгуляционной борозды могут указывать на то, что затягивание петли на шею осуществлялось руками или иным способом, но не под действием тяжести собственного тела. Определить положение потерпевшего в момент затягивания петли на шею не

представляется возможным

5. При судебно-химическом исследовании крови и мочи тр/па этиловый и другие алифатические спирты не обнаружены (Акт №. дата)

Пример 39

Судебно-медицинский диагноз:

1. Сдавление груди и живота: рельефные мелкоточечные кровоизлияния в коже передней поверхности груди и живота, множественные кровоизлияния в мягкие ткани грудной клетки и передней брюшной стенки, экзофтальм.

2. Механическая компрессионная асфиксия: синюшность и одутловатость лица с множественными мелкоточечными кровоизлияниями ("экхимотическая маска"), очаговая эмфизема легких, "карминовый отек" легких, точечные кровоизлияния под плеврой и эпикардом (пятна Тардье). острое венозное полнокровие внутренних органов, темная жидкая кровь в полостях сердца и просвете крупных сосудов.

3. "

"Медицинское свидетельство о смерти":

I. а) Механическая компрессионная асфиксия

б) _____

в) Сдавление (компрессия) груди и живота.

Шифр Г 710

г) Несчастный случай при обвале фунта.

Шифр X 36.6

Выводы:

1. Причиной смерти следует считать сдавление груди и живота сыпучим веществом (фунтом) с развитием механической компрессионной асфиксии. Данный вывод подтверждается обнаружением частиц фунта на одежде, обуви, лице и волосах потерпевшего, рельефными отпечатками одежды на коже, множественными кровоизлияниями в мягкие ткани грудной клетки и передней брюшной стенки, а также общеасфигических признаками быстро наступившей смерти: синюшность и одутловатость лица с множественными мелкоточечными кровоизлияниями ("экхимотическая маска"), очаговая эмфизема и "карминовый отек" легких, точечные кровоизлияния под плеврой и эпикардом (пятна Тардье). острое венозное полнокровие внутренних органов, темная жидкая кровь в полостях сердца и просвете крупных сосудов.

2. Степень выраженности трупных явлений и характер суправитальных реакций, выявленных на месте обнаружения трупа, позволяют предположить, что смерть могла наступить в интервале 2-4 часов к моменту первоначального осмотра (дата, время).

3. Каких-либо других телесных повреждений и сопутствующих заболеваний при экспертизе трупа не выявлено.

4. При судебно-химическом исследовании крови и мочи трупа этиловый и другие алифатические спирты не обнаружены (Акт №. дата).

Пример 40

Судебно-медицинский диагноз:

I. Сдавление органов шеи петлей при повешении: одиночная незамкнутая косо-восходящая (спереди назад и снизу вверх), неравномерно выраженная по глубине, странгуляционная борозда с признаками прижизненности в верхней трети шеи. Кровоизлияния в коже по краям борозды, в подкожной клетчатке и в грудино-ключично-сосцевидных мышцах. Перелом хрящей гортани и рожков подъязычной кости с кровоизлиянием в окружающие мягкие ткани. Надрыв интимы общих сонных артерий у места бифуркации. Кровоизлияния в переднебоковые отделы 1-3 межпозвоночных дисков.

2. Механическая странгуляционная асфиксия: цианоз и одутловатость лица, разлитые интенсивные темно-фиолетовые трупные пятна, мелкоточечные кровоизлияния в соединительные оболочки глаз, под легочную плевру и эпикард (пятна Тардье). переполнение кровью правой половины сердца, венозное полнокровие внутренних органов. Снижение концентрации глюкозы в крови из сагиттального синуса твердой мозговой оболочки.

3. Состояние после операции наложения колостомы по поводу рака сигмовидной кишки с метастазами в печень и регионарные лимфоузлы (гистологически - низкодифференцированная аденокарцинома) T4N1M1G3.

"Медицинское свидетельство о смерти":

I. а) Механическая странгуляционная асфиксия

б) _____

в) Сдавление органов шеи петлей

Шифр Т 710

г) Преднамеренное самоповреждение путем повешения.

Шифр X 70.0

Выводы:

1. Смерть наступила в результате сдавления органов шеи петлей, приведшего к развитию механической странгуляционной асфиксии. Данный вывод подтверждается наличием прижизненной странгуляционной борозды на шее, кровоизлияниями в коже по краям борозды, в подкожной клетчатке и в грудино-ключично-сосцевидных мышцах, переломом хрящей гортани и рожков подъязычной кости, надрывом интимы общих сонных артерий, кровоизлияниями в переднебоковые отделы 1-3 межпозвоночных дисков, а также общеасфигическими признаками быстро наступившей смерти в виде цианоза и одутловатости лица, разлитых интенсивных темно-фиолетовых трупных пятен, мелких кровоизлияний в соединительные оболочки глаз, под легочную плевру и эпикард (пятна Тардье), переполнения кровью правой половины сердца, венозного полнокровия внутренних органов, снижения концентрации глюкозы в крови из сагиттального синуса твердой мозговой оболочки

2. Степень выраженности трупных явлений и характер суправитальных реакций свидетельствуют, что давность наступления смерти составляет около 6-8 часов к моменту первоначального осмотра трупа на месте его обнаружения (дата, время).

3. Расположение странгуляционной борозды в верхней трети шеи, её косовосходящее спереди назад и снизу вверх направление, незамкнутый характер и наибольшая выраженность на передней поверхности шеи могут указывать на то, что затягивание петли на шею произошло под тяжестью собственного тела при повешении.

4. Кроме признаков сдавления шеи петлей, каких-либо других телесных повреждений не обнаружено.

5. При экспертизе трупа выявлено сопутствующее заболевание - рак сигмовидной кишки с метастазами в лимфоузлы и печень, по поводу которого проведено оперативное вмешательство - наложение колостомы. Данное патологическое состояние в причинной связи со смертью не состоит

6. При судебно-химическом исследовании крови трупа этиловый и другие алифатические спирты не обнаружены (Акт №. дата).

Пример 41

Судебно-медицинский диагноз:

1. Закрытие дыхательных путей жидкостью (утопление в воде): стойкая белая мелкопузырчатая пена у отверстий носа, рта и в дыхательных путях, расплывчатые субплевральные кровоизлияния (пятна Рассказова-Лукомского), наличие жидкости в пазухе основной кости (признак Свешникова), разжижение крови, обнаружение в костном мозге трубчатых костей и почке диатомового планктона.

2. Механическая обтурационная асфиксия: синюшность и одутловатость лица, множественные мелкоточечные кровоизлияния в соединительные оболочки глаз, острое вздутие легких с отпечатками ребер на заднебоковых поверхностях, переполнение темной жидкой кровью правой половины сердца, острое венозное полнокровие внутренних органов.

3. Очаговое кровоизлияние в мягкие ткани волосистой части головы затылочной области справа. Концентрация этилового спирта в крови 2,9‰.

"Медицинское свидетельство о смерти":

I. а) Обтурационная асфиксия

б) _____

в) Закрытие просвета дыхательных путей жидкостью Шифр Т 17.8

г) Утопление во время принятия ванны. Шифр W 65.0

Выводы:

1. Смерть наступила в результате закрытия просвета дыхательных путей жидкостью (утопления в воде), приведшего к развитию обтурационной асфиксии. Данный вывод подтверждается обнаружением стойкой белой мелкопузырчатой пены у отверстий носа, рта и в дыхательных путях, расплывчатых субплевральных кровоизлияний (пятен Рассказова-Лукомского), наличием жидкости в пазухе основной кости (признак Свешникова), разжижением крови, обнаружением в костном мозге трубчатых костей и почке диатомового планктона (Акт гист. исс-я №. дата), а также общеасфитическими признаками быстро наступившей смерти: синюшность и одутловатость лица.

множественные мелкоточечные кровоизлияния в соединительные оболочки глаз, острое вздутие легких с отпечатками ребер на заднебоковых поверхностях, переполнение темной жидкой кровью правой половины сердца, острое венозное полнокровие внутренних органов.

2 Смерть наступила ориентировочно за 3-5 часов к моменту первоначального осмотра трупа (дата, время), что подтверждается степенью выраженности трупных изменений и характером суправитальных реакций, а также проявлениями набухания и сморщивания кожи пальцев, указанных в протоколе осмотра трупа.

3 При судебно-медицинской экспертизе обнаружены телесные повреждения в виде очагового кровоизлияния в мягкие ткани волосистой части головы затылочной области справа. Данное повреждение могло образоваться от удара тупым предметом с неограниченной травмирующей поверхностью или при ударе о таковой. Отсутствие реактивных изменений в указанном повреждении (Акт суд.-гист. исс-я №. дата) свидетельствует о том, что оно возникло незадолго до смерти (ориентировочно не более первого часа до ее наступления). Очаговое кровоизлияние в мягкие ткани головы не причинило вреда здоровью и в причинной связи со смертью не находится.

4 При судебно-химическом исследовании крови трупа обнаружен этанол в концентрации 2,9‰ (Акт №, дата), что обычно у живых лиц может соответствовать сильной степени алкогольного опьянения.

Смерть от отравлений

Пример 42

Судебно-медицинский диагноз:

1. Острое парентеральное отравление наркотическим веществом (морфином): точечная рана в правой паховой области (след от инъекции), жидкое состояние крови, острое венозное полнокровие внутренних органов, отек, полнокровие и кровоизлияния в мягкие мозговые оболочки, в полнокровные оболочки глаз, под капсулу и в паренхиму тимуса, в поджелудочную железу, внутрикожные кровоизлияния на фоне трупных пятен, периваскулярные кровоизлияния в миокард и створчатые отделы головного мозга. Наличие морфина в ткани печени - 0.009 мг%. почки - 0.07 мг%.

2. Геморрагический отек легких.

3. Ушибленная рана верхнего века левого глаза.

"Медицинское свидетельство о смерти":

I. а) Геморрагический отек легких,

б)

в) Острое отравление морфином.

Шифр Т40.2

г) Случайное отравление наркотиками.

Шифр X 42.0

Выводы:

1. Смерть наступила в результате острого парентерального отравления наркотическим веществом (морфином), приведшего к повышению сосудистой

проницаемости с множественными кровоизлияниями в различные органы и ткани, осложнившегося развитием геморрагического отека легких. Данный вывод подтверждается наличием точечной раны в правой паховой области (след от инъекции), совокупностью геморрагических нарушений, выявленных при морфологическом исследовании (Акт суд.-гист. исс-я №. дата), признаками быстро наступившей смерти, а также обнаружением морфина в ткани печени и почки (Акт суд.-хим. исс-я №. дата).

2. Степень выраженности трупных явлений и характер суправитальных реакций, выявленных на месте обнаружения трупа, позволяют предположить, что смерть могла наступить в интервале 8-12 часов к моменту первоначального осмотра (дата, время).

3. При экспертизе трупа обнаружено телесное повреждение в виде поверхностной ушибленной раны верхнего века левого глаза, которое могло возникнуть незадолго до смерти в результате удара тупым предметом или при падении и ударе о таковой. Данный вывод подтверждается характерными морфологическими признаками раны и минимальной выраженностью реактивных изменений, выявленных при судебно-гистологическом исследовании (Акт №. дата). Отмеченное повреждение не могло повлечь за собой расстройства здоровья, тяжесть его не определяется, и в причинной связи со смертью оно не находится.

4. Морфологических признаков сопутствующих заболеваний при экспертизе трупа не выявлено.

5. При судебно-химическом исследовании крови и мочи трупа этиловый и другие алифатические спирты не обнаружены (Акт №. дата).

Пример 43

Судебно-медицинский диагноз:

1. Химический ожог кожи нижней губы и подбородочной области, слизистых оболочек ротовой полости, пищевода и желудка. Язвенно-некротический стоматит, гингивит, эзофагит и гастрит с перфорацией стенки желудка. Наличие свободной серной кислоты в содержимом желудка.

2. Разлитой фибринозно-гнойный перитонит. Паренхиматозная дистрофия и венозное полнокровие внутренних органов.

3. Маточная беременность сроком 4-5 недель.

"Медицинское свидетельство о смерти":

I. а) Разлитой фибринозно-гнойный перитонит.

б) Перфорация стенки желудка.

в) Химический ожог начального и среднего отделов пищеварительного тракта.

г) Случайное отравление серной кислотой.

Шифр Т 28 7

Шифр Х 49.0

Выводы:

1. Смерть наступила в результате химического ожога кожных покровов лица, слизистых оболочек рта, пищевода и стенки желудка с ее перфорацией, осложнившейся разлитым фибринозно-гнойным перитонитом. Данный вывод

подтверждается морфологическими проявлениями действия концентрированного едкого вещества, идентифицированного при судебно-химическом исследовании как серная кислота (Акт №. дата), а также наличием фибринозно-гнойного экссудата в брюшной полости.

2. Степень выраженности трупных изменений и отсутствие суправитальных реакций позволяет предположить, что давность смерти составляет не менее 24 и не более 36 часов к моменту исследования трупа в секционном зале (дата, время).

3. Концентрированное едкое вещество (серная кислота) поступила в организм через рот. что подтверждается локализацией химических ожогов. С момента причинения химического ожога до наступления смерти прошло не менее одних суток, что подтверждается выраженностью реактивных изменений в области повреждений и характером воспалительного процесса в брюшной полости, установленных при судебно-гистологическом исследовании (Акт №, дата).

4. Химический ожог с перфорацией стенки желудка, осложнившейся разлитым фибринозно-гнойным перитонитом, причинил тяжкий вред здоровью по признаку опасности для жизни (развитие угрожающего жизни состояния) и находится в прямой причинной связи со смертью

5. При экспертизе трупа обнаружена маточная беременность сроком 4-5 недель, что подтверждено результатами судебно-гистологического исследования (Акт №. дата).

6. При судебно-химическом исследовании крови трупа этиловый и другие алифатические спирты, а также производные едких веществ не обнаружены (Акт №, дата).

Пример 44

Судебно-медицинский диагноз:

1. Острое отравление этиловым спиртом: токсическая концентрация этанола в крови 5,9‰, в моче 6,0⁰/‰. Признаки быстро наступившей смерти, острое венозное полнокровие внутренних органов, повышение сосудистой проницаемости с мелкими кровоизлияниями под висцеральную плевро, эпикард, слизистую желудка, отек ложа желчного пузыря и фатерова соска, обесцвечивание содержимого 12-перстной кишки, переполнение мочевого пузыря (600 мл).

2. Геморрагический отек легкого, геморрагический панкреонекроз, отек головного мозга

3. Алкогольная кардиомиопатия. жировой гепатоз, стеатоз и фиброз поджелудочной железы.

"Медицинское свидетельство о смерти":

1а) Геморрагический отек легких.

б) Повышение сосудистой проницаемости.

в) Острое отравление этиловым спиртом.

г) Отравление алкоголем с неопределенными

Шифр Т 51.0

намерениями
II. Алкогольная кардисмиопатия

Шифр Y 15.0
Шифр 142.6

Выводы:

1. Причиной смерти явилось острое отравление этиловым спиртом, осложнившееся повышен⁷ сосудистой проницаемостью с развитием геморрагического отека лег⁷ких и геморрагического панкреонекроза. Данный вывод подтверждается об⁷явлением токсической концентрации этанола в крови 5,9‰. в моче - 6,0‰ (Акт суд.-хим. исс-я №. дата), признаками быстро наступившей смерти. ост⁷рым венозным полнокровием внутренних органов, множественными кровоизлия⁷ниями П⁷.Д висцеральную плевру, эпикард, слизистую желудка, в ткан⁷ь легкого и строму поджелудочной железы, отско⁷ла желчного пузыря и фатерова соска, обесцвечиванием содержимого 12-перстной кишки, переполнением мочевого пузыря (600 мл).

2. Степень выраженное⁷ труп⁷ных явлений и характер суправитальных реакций, выявленных на у⁷б⁷ обнаружения трупа, позволяют предположить, что давность наступления су⁷и⁷ может составлять около 8-10 часов к моменту первоначального осмотра (д⁷ата - время).

3. С момента посл⁷еднего употребления алкогольных напитков до наступления смерти прошло⁷ около 3-4 часов, что подтверждается практически одинаковы⁷м содержанием эт⁷анола в крови и в моче.

4. Каких-либо телесны⁷х повреждений при экспертизе трупа не выявлено. При жизни потерпевший страдал заболеваниями в виде алкогольной кардиоуожопатии. жирового г⁷епатоза - стеатоза и фиброза поджелудочной железы, которые в своей совокупност⁷и могли оказать неблагоприятное влияние на исход алкогольной интоксикации. н⁷о в прямой причинной связи со смертью не находятся.

Пример 45

Судебно-медицинский д⁷иагно⁷з

1. Острое отравление ркисью углерода (угарным газом): розово-красная окраска кожи, слизистых об⁷олочек - трупных пятен, органов и тканей, жидкая алая кровь в полостях сердца и в просвете сосудов Концентрация карбоксигеуюглобина в крови⁷ 86%.

2. Тканевая гипоксия.

3. Концентрация этилов⁷спирта в крови 1,8‰, в моче 1,5‰
"Медицинское свидетел⁷ство о смерти":

1. а) Тканевая гипоксия,

б) _____

в) Токсическое действия окиси углерода.

Шифр Т 58.0

г) Случайное отравлен⁷ие угарным газом в гараже.

Шифр Х 08.0

Выводы:

1. Смерть наступила ? результате острого отравления угарным газом (окисью углерода), осложнившегося развитием тканевой гипоксии. Данный вывод подтверждается обнару⁷жением П⁷.И судебно-химическом исследовании

крови трупа смертельной концентрации карбоксигеуюглобина - 86% (Акт №. дата), а также характерными для этого вида смерти признаками в виде розово-красного цвета кожи, слизистых оболочек, трупных пятен, органов и тканей, жидкой алой крови в полостях сердца и просвете сосудов

2. Степень выраженности трупных явлений и отсутствие суправитальных реакций, отмеченных на месте обнаружения трупа, позволяют предположить, что давность смерти может составлять 24-36 часов к моменту первоначального осмотра (дата, вреу⁷тя).

3. Каких-либо телесных повреждений и морфологических проявлений сопутствующих заболеваний в ходе экспертизы не выявлено.

4. Незадолго до смерти потерпевший употреблял алкогольные напитки, что подтверждается обнаружением при судебно-химическом исследовании крови и мочи этилового спирта в концентрациях соответственно 1,8 и 1,5. Обычно подобное содержание этанола может соответствовать у живых лиц средней степени алкогольного опьянения (Акт №. дата).

Неустановленная причина смерти

Пример 46

Судебно-медицинский диагноз:

1 Резко выраженные гнилостные изменения трупа: трупная зелень, гнилостная венозная сеть, выраженная гнилостная эмфизема, гнилостные пузыри, гнилостный распад внутренних органов.

2. _ _ _ _ _

3. _____

"Медицинское свидетельство о смерти":

1 а) Выраженные гнилостные изменения трупа

Шифр R 99.0

б) _____

в)

г) Неблагоприятное воздействие неуточненного фактора. Шифр Х 59.8

Выводы:

1. О причине смерти высказаться не представляется возможным вследствие резко выраженных гнилостных изменений органов и тканей трупа.

2. Учитывая характер и степень выраженности гнилостных изменений трупа, а также сезонность и у⁷есто его обнаружения (лес), можно предположить, что су⁷и⁷ наступила не у⁷нее чем у⁷и за 5-7 дней к моменту исследования трупа в секционном зале (дата. вреу⁷я).

3. Каких-либо признаков телесных повреждений, заболеваний и патологических состояний при экспертизе трупа не обнаружено.

4. При судебно-хи⁷мической экспертизе гнилостно-измененной крови трупа этиловый и другие алифатические спирты не выявлены (Акт №. дата).

Библиографический список

1. Автандилов Г.Г., Районова Л.В., Преображенская Т.М. Основные требования к составлению патолого-анатомического диагноза и оформлению свидетельства о смерти. - М.: ЦОЛИУВ. 1987.
2. Автандилов Г.Г. Основы патолого-анатомической практики. Руководство (2-е изд.). - М.: РМАПО, 1998.
3. Зайратьянц О.В., Кактурский Л.В., Автандилов Г.Г. Правила построения патолого-анатомического диагноза, оформления медицинского свидетельства о смерти, сопоставления клинического и патолого-анатомического диагнозов в соответствии с требованиями МКБ - 10: Методические рекомендации. - М.: ЦП АЛ НИИ морфологии человека РАМН. 2001.
4. Коваленко В.Л., Сеницын П.Д., Малышев Ю.И. Теоретические и практические основы оформления диагноза при ятрогенных болезнях. Челябинск. 1985.
5. Медицинский диагноз. Метод, пособие / Пегров С. Б. - Казань: КГМУ. 1996.
6. Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем (Десятый пересмотр). - ВОЗ. Женева. 1995.
7. Построение судебно-медицинского диагноза, клинко-анатомического эпикриза и алгоритмы экспертной диагностики повреждений. Методическое пособие / Б.А. Саркисян, В.Э. Янковский. А.И. Зорькин и др. Барнаул. 2003.
8. Правила оформления медицинской документации патолого-анатомического отделения (Секционный раздел работы): Методические рекомендации / Саркисов Д.С., Смольяников А.В., Вихерт А.М. и др. - М.: МЗ СССР, 1987.
9. Принципы составления судебно-медицинского диагноза. Методические указания / Харин Г.М., Калинин Ю.П. - Казань: КГМИ. 1994
10. Структура и построение судебно-медицинского диагноза. Методическое пособие / Башмаков В.А., Бугуев Г.Т., Зорькин А.И. и др. Барнаул-Москва: МЗ РСФСР. 1991

ОГЛАВЛЕНИЕ

Предисловие.....	3
Глава 1. Диагноз и его структура.....	4
Глава 2. Заполнение и выдача «Медицинского свидетельства о смерти».....	9
Глава 3. Основные принципы формулировки выводов эксперта.....	11
Глава 4. Правила сличения (сопоставления) заключительного клинического и судебно-медицинского диагнозов.....	14
Приложение	
Примеры построения судебно-медицинского диагноза, формулировки экспертных выводов и заполнения «Медицинского свидетельства о смерти».....	17
Ненасильственная (скоропостижная) смерть.....	17
Болезни системы кровообращения.....	17
Болезни органов дыхания.....	20
Болезни органов пищеварения.....	23
Болезни мочеполовой системы.....	24
Патология новорожденных.....	26
Ятрогенная патология.....	31
Насильственная смерть.....	33
Действие некоторых физических факторов.....	33
Повреждения механического происхождения.....	38
Повреждения от действия тупых предметов.....	38
Повреждения от действия острых орудий.....	48
Огнестрельные повреждения.....	53
Смерть от асфиксии.....	57
Смерть от отравлений.....	61
Неустановленная причина смерти.....	65
Библиографический список.....	66