

Документ подписан простой электронной подписью
Информация о владельце:
ФИО: Ковтун Ольга Петровна
Должность: ректор
Дата подписания: 05.09.2023 14:08:16
Уникальный программный ключ:
f590ada38fac7f9d3be316004c218672d1757c

Приложение к РПД

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

Кафедра Патологической анатомии и судебной медицины



УТВЕРЖДАЮ

Проректор по образовательной
деятельности и молодежной политике,
ректор медицинских наук, доцент
Городулина Т.В.

«26» мая 2023 г.

**Фонд оценочных средств для проведения промежуточной аттестации по дисциплине
Б1.В.ДВ.01.02 Судебная медицина**

Уровень высшего образования: *подготовка кадров высшей квалификации*

Специальность: *31.08.07 - Патологическая анатомия*

Квалификация: *Врач-патологоанатом*

г. Екатеринбург,
2023

Фонд оценочных средств по дисциплине «Судебная медицина» составлен в соответствии с требованиями ФГОС ВО по специальности 31.08.07. Патологическая анатомия, утвержденного приказом Минобрнауки России от 02.02.2022г. № 110, зарегистрировано в Минюсте России 14.03.2022г. № 67737 и с учетом профессионального стандарта «Врач-патологоанатом», утвержденного Приказом Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации от 14.03.2018 г. №319н.

Фонд оценочных средств составлен:

№	ФИО	Должность	уч.степень	уч.звание
	Долгова Оксана Борисовна	Доцент	доцент	к.м.н.
	Филатова Алена Сергеевна	Доцент	доцент	к.м.н

Фонд оценочных средств одобрен представителем академического и профессионального сообщества.

Рецензент:

д.м.н., проф. С.В. Сазонов, заведующий кафедрой гистологии ФГБОУ ВО УГМУ Минздрава России, заместитель директора по науке ГАУЗ СО Институт медицинских клеточных технологий, г. Екатеринбург, заведующий патологоанатомическим отделением ГАУЗ СО Институт Медицинских клеточных технологий

Фонд оценочных средств дисциплины обсужден и одобрен:

- на заседании кафедры патологической анатомии и судебной медицины (протокол № 7 от «28» _____ февраля _____ 2023 г.);
- методической комиссией специальностей ординатуры (протокол № 5 от 05.10.2023 г.).

1. Кодификатор

Дидактическая единица (ДЕ)	Знать	Уметь	Владеть
Танатогенез. Диагностика непосредственных причин смерти при травме и заболеваниях. Структура и построение судебно-медицинского диагноза. УК-1, ОПК-4	современные представления о процессе умирания, принципах построения диагноза; УК-1, ОПК-4	построить тактику исследования трупа при некоторых травмах и заболеваниях; УК-1, ОПК-4	навыками контроля и самоконтроля за качеством работы врача судебно-медицинского эксперта; УК-1, ОПК-4
Ненасильственная смерть в практике судебно-медицинского эксперта: особенности тактики, диагностики, оценки роли травмы и патологии в генезе смерти. УК-1, ОПК-4	эпидемиологию, патоморфологию, особенности клинической и судебно-медицинской диагностики социально-значимых инфекционных заболеваний, в том числе ВИЧ, туберкулеза, респираторных инфекций у детей раннего возраста; УК-1, ОПК-4	построить тактику исследования трупа при некоторых травмах и заболеваниях; УК-1, ОПК-4	навыками контроля и самоконтроля за качеством работы врача судебно-медицинского эксперта; УК-1, ОПК-4
Современные подходы к оценке качества экспертной деятельности. Роль внутренних аудитов в повышении качества работы экспертов. УК-1, ОПК-4	эпидемиологию, патоморфологию, особенности клинической и судебно-медицинской диагностики социально-значимых инфекционных заболеваний, в том числе ВИЧ, туберкулеза, респираторных	построить тактику исследования трупа при некоторых травмах и заболеваниях; УК-1, ОПК-4	навыками контроля и самоконтроля за качеством работы врача судебно-медицинского эксперта; УК-1, ОПК-4

	инфекций у детей раннего возраста; УК-1, ОПК-4		
Оценка степени тяжести вреда здоровью в случаях черепно-мозговой травмы. Дифференциальная диагностика легкой черепно-мозговой травмы и заболеваний позвоночника, цереброваскулярной патологии. УК-1, ОПК-4	эпидемиологию, патоморфологию, особенности клинической и судебно-медицинской диагностики социально-значимых инфекционных заболеваний, в том числе ВИЧ, туберкулеза, респираторных инфекций у детей раннего возраста. УК-1, ОПК-4	построить тактику исследования трупа при некоторых травмах и заболеваниях. УК-1, ОПК-4	навыками оценки степени тяжести вреда, причиненного здоровью человека, при черепно-мозговой и позвоночно-спинномозговой травме. УК-1, ОПК-4

2. Вопросы тестового контроля

ВЫБЕРЕТЕ ОДИН ПРАВИЛЬНЫЙ ОТВЕТ:

1. Вирус иммунодефицита человека относится к:
 - а. РНК – содержащим вирусам
 - б. ДНК –содержащим вирусам
 - в. не классифицирован
2. Какие биологические жидкости представляют наибольшую опасность инфицирования ВИЧ?
 - А. сперма
 - б. спинномозговая жидкость
 - в. слюна
 - г. кровь
 - д. мокрота
3. Наиболее высока вероятность передачи ВИЧ при :
 - а. внутримышечных инъекциях
 - б. внутривенных инъекциях
 - в. инструментальных инвазивных исследованиях
 - г. гемотрансфузиях
 - д. внутривенном введении наркотиков одним для группы лиц шприцем

4. При пневмоцистной пневмонии у больных на поздних стадиях ВИЧ-инфекции наиболее часто наблюдается:
- а. непродуктивный кашель
 - б. выпоты в плевральной полости
 - в. скудные перкуторные и аускультативные данные
 - г. выраженная одышка
 - д. как правило, бурное нарастание симптоматики
5. При каких перечисленных заболеваниях показано обследование на ВИЧ?
- А. острый аппендицит
 - б. острые и хронические гепатиты «В» и «С»
 - в. рецидивирующие формы герпетической инфекции
 - г. фибромиома матки
6. Первичное поражение нервной системы ВИЧ на ранних стадиях инфекционного процесса может проявляться в виде:
- а. асептического менингита
 - б. острого энцефалита
 - в. СПИД-дементного комплекса
7. Так называемая «мозговая пурпура» встречается в случаях смерти от:
- а. черепно-мозговой травмы;
 - б. действия повышенного барометрического давления;
 - в. острой лучевой болезни;
 - г. жировой эмболии;
 - д. механической асфиксии от сдавления груди и живота.
8. Профессиональная деятельность судебно-медицинского эксперта при производстве экспертизы регламентирована соответствующими статьями УК и УПК. Какие из перечисленных ниже прав эксперта выходят за рамки, определенные УПК?
- А. знакомиться с материалами дела, относящимися к предмету экспертизы;
 - б. производить допросы по вопросам, относящимся к предмету экспертизы;
 - в. заявлять ходатайства о предоставлении материалов;
 - г. разъяснять свое заключение в судебном заседании;
 - д. давать пояснения в качестве свидетеля, будучи экспертом по данному делу
9. Какие (какая) из перечисленных ниже задач в деятельности бюро судебно-медицинской экспертизы не предусмотрена нормативными документами?
- А. судебно-медицинская экспертиза и исследование трупов;
 - б. судебно-медицинская экспертиза качества оказания медицинской помощи населению;
 - в. судебно-медицинская экспертиза и освидетельствование потерпевших, обвиняемых и других лиц;
 - г. судебно-медицинская экспертиза вещественных доказательств;
 - д. судебно-медицинская экспертиза по материалам уголовных и гражданских дел
10. Укажите правильные действия медперсонала при уколе контаминированной иглой:
- а. обработать место укола 96% раствором спирта, заклеить ранку лейкопластырем;
 - б. вымыть руки с мылом, дважды обработать 96% спиртом;
 - в. обработать и снять перчатки, выдавить кровь из ранки, вымыть руки с мылом под проточной водой, обработать ранку 70% спиртом и смазать 5% раствором йода;

- г. обработать место укола 5% раствором йода, заклеить лейкопластырем, сообщить руководителю;
- д. сообщить руководителю об аварии на рабочем месте

11. Воздушная эмболия возникает при открытых повреждениях венозных стволов; фибрилляцию желудочков и остановку сердца у человека вызывает быстрое поступление воздуха в сосудистое русло уже в объеме, превышающем:

- а. 3-4 куб.см;
- б. 5-8 куб.см;
- в. 15-20 куб.см;
- г. 40-50 куб.см;
- д. 50-60 куб.см.

3. Ситуационные задачи

По приведенной выписке из исследовательской части заключения эксперта необходимо составить судебно-медицинский диагноз и экспертные выводы.

На разрешение эксперту поставлены следующие вопросы:

- 1. Какова причина смерти С.?
- 2. Какова непосредственная причина смерти?
- 3. Какие повреждения имеются на трупе их характер, локализация, механизм образования, степень вреда здоровью?

ОБСТОЯТЕЛЬСТВА ДЕЛА

В направлении следователя указано: «На судебно-медицинское исследование направляется труп С., 1989 г.р. Доставлен в ГУЗ «СОКПБ №1» центром медицины катастроф в экстренном порядке из ГКБ г. Первоуральска».

С трупом представлена медицинская карта стационарного больного № 44861, выданная на имя С., 1989 г.р., «СОКБ №1». Из медицинской карты известно: «С. 26.09. ...г. экстренно поступил в нейрохирургическое отделение СОКБ №1 с направительным диагнозом: тяжелый ушиб головного мозга со сдавлением гидромами с 2-х сторон. В истории имеется выписка из истории болезни № ..., выданная МУ ГБ г. Первоуральска на имя С. Из выписки следует: «С. С 11.09 по 26.09 находился в ОАР ГБ №1 г. Первоуральска с диагнозом: ЗЧМТ. Ушиб головного мозга. Скальпированная рана правого плеча. Множественные раны лица, туловища, конечностей. Проведенная терапия: ИВЛ...Оперативное лечение: трахеостомия 17.09»... 26.09.... г. При поступлении: в тяжелом состоянии, без сознания, на ИВЛ. Анамнез заболевания: 11.09.... г. был сбит машиной. Сразу после травмы потерял сознание. С 11.09.07 по 26.09. находился в РАО ЦРБ г. Первоуральска на ИВЛ с диагнозом: тяжелый ушиб головного мозга. 26.09. для дальнейшего лечения направлен в СОКБ №1. Объективный статус: общее состояние тяжелое, положение пассивное, кожные покровы чистые. Видимые слизистые нормальной окраски. Температура тела нормальная. В легких дыхание везикулярное, проводится во всех отделах. В правой височной области свежий послеоперационный рубец зигзагообразной формы 3-20,1 см розового цвета, без признаков воспаления. Неврологический статус: сознание – оглушение на фоне тотальных афатических расстройств. Зрачки равные, реакция на свет живая, фиксация взора вправо (+) симптом орального автоматизма. Менингеальных симптомов нет. Грубый правосторонний спастический гемипарез. КТ черепа от 26.09. – обширные субдуральные гидромы лобных областей. 26.09. операция «трефинация черепа с 2-х сторон. Удаление и дренирование подострых субдуральных гидром. 1) Произведена обработка кожи головы. В правой лобно-височной области наложено трефинационное отверстие. ТМО напряжена, не пульсирует, крестообразно вскрыта. В рану под давлением выделилось окло 70 мл

ликвора желтого цвета. Мозг запавший, пульсация вялая. Гемостаз. Контроль гемостаза. В трепанационное отверстие в лобно-височной области установлен дренаж. Швы на рану. 2) В левой лобно-височной области, после обработки кожи, из отдельного кожного линейного разреза наложено трепанационное отверстие. ТМО напряжена, не пульсирует, крестообразно вскрыта. В рану под давлением выделилось в объеме около 150 мл застойного ликвора желтого цвета. Головной мозг запавший, ишемизирован, пульсация отсутствует. При ревизии обнаружено кровотечение из пиального артериального сосуда. С подолота трепанационное отверстие расширено до размерами 1,5×1,5 см. С целью редислокации эндолумбально введено 100 мл физ. Р-ра и 100 см³ воздуха. На кровоточащий сосуд наложено 2 клипсы. 27.09. г. 7:40 дежурный нейрохирург. 1-е сутки после операции. Состояние больного тяжелое, на ИВЛ. Сознание – медикаментозный сон. Зрачки D=S, реакция на свет живая. Менингеальных симптомов нет. Спастический тетрапарез. Повязка сухая. 03.10.... г. состояние больного стабильно тяжелое без отрицательной динамики. Находится на спонтанном дыхании через трахеостомическую трубку. ЧД 26-30 в мин. Сатурация кислорода 99%. Гемодинамика стабильная. АД 110/73 мм.рт.ст, ЧСС 80 в мин. ЦВД + 4 см. водн. Ст. Живот не вздут, зондовое питание усваивает. Диурез достаточный. 04.10.07 состояние тяжелое ИВЛ вспомогательный режим. Сознание оглушение. Зрачки D≥S, фотореакция живая. СХР D=S. Спастический тетрапарез. Менингеальных знаков нет. 08.10. осмотр окулиста (на месте): глазное дно: диски зрительных нервов розовые, границы четкие, артерии узловатые, вены нормального калибра, периферия без патологии. 08.10. температура тела 37,2⁰С, сознание оглушение, зрачки равные, фотореакция вялая, гиперсаливация, аускультативно дыхание жесткое, проводится во все отделы, частота дыхания 22 в мин., по трахеостоме значительное количество слизисто-гнойной мокроты, пульс 108 уд. В мин., живот не вздут, мягкий при пальпации. 12.10. У больного жалобы на многократный жидкий стул со слизью, тошноту, 2-х кратную рвоту после энтерального питания...через зонд...жалобы 11.10. после однократного быстрого введения большого количества энтерального. После снижения объема вводимого питания и дробности введения жалобы регрессировали – жидкого стула 12.10. не было, тошноты рвоты не было. Объективно: больной находится в тяжелом состоянии, в сопоре, контакту не доступен (обусловлено основным заболеванием – черепно-мозговой травмой). Температура 37,5⁰С. Кожа, слизистые физиологической окраски. Гемодинамика, дыхание стабильное + трахеостома, пульс 90 уд в мин. Язык влажный, живот мягкий, слегка поддут, при пальпации не реагирует. Диурез достаточный. Тошноты, рвоты, жидкого стула 12.10. не было, однократный стул со слизью. Весь введенный объем энтерального питания усвоил. Аускультативно: шума плеска, падающей капли нет, перистальтика несколько усилена. Симптомы Валя, Кивуля, Спинокукоцкого отрицательные. Данных за ОКИ, за острую хирургическую патологию органов брюшной полости на момент осмотра нет. Предположительный диагноз: энтероколит на фоне антибиотикотерапии, ЧМТ, Дисбактериоз. 17.10. 9:50 состояние больного тяжелое, стабильное, обусловлено ушибом головного мозга, 2-х сторонними гидромами. Сознание кома, церебральная недостаточность, контакту недоступен. За ночь у больного 1 кратная рвота кофейной гущей, по зонду до 50 мл кофейной гущи с примесью желчи. Кожа, слизистые физиологической окраски. Дыхание через трахеостому, спонтанное. Гемодинамика стабильная, АД 100/70 мм.рт.ст. Язык сухой, живот мягкий, слегка поддут, при пальпации не реагирует. Перистальтика выслушивается, вялая. Газы отходят, стул 2-3 раза в день со слизью. Диурез достаточный. По данным ФГДС (17.10. 9:20) у больного имеется рефлюкс-эзофагит 3 ст, 2 острые язвы антрального отдела желудка по 0,5-1 см диаметром, признаки остановившегося кровотечения (следы кофейной гущи). Диагноз: острые язвы антрального отдела желудка, осложненные остановившимся самостоятельно кровотечением. Кровопотеря легкой степени. Рефлюкс-эзофагит 3 ст. На момент осмотра данных за рецидив кровотечения нет. Показаний к экстренной операции нет. 29.10. состояние средней степени тяжести. Активных жалоб нет. Объективно: кожа и слизистые

бледно-розового цвета. Дыхание жесткое, проводится во все отделы, ЧДД 20 в мин. Проводниковые единичные хрипы, небольшое количество мокроты. Тоны сердца ясные, ритмичные 90 в мин. Шумов не выслушивается. АД 110/80 мм.рт.ст. Живот мягкий, безболезненный, температура тела N. Стул, диурез в N. Питание через рот усваивает. Трахеостомическая канюля убрана. 31.10. в виду давности стояния подключичного катетера справа (более месяца) показана его замена. 06.11.20 состояние больного средней степени тяжести. Жалобы на общую слабость, температура тела N. Кормление через рот, периодически поперхивается,...улучшаются. Кожа и видимые слизистые бледно-розового цвета, нормальной влажности. После деканюляции трахеостома заживает вторичным натяжением. В легких дыхание проводится во все отделы, хрипов нет, дыхание ослаблено в нижних отделах. Сердце...ритм правильный. Пульс 94 в мин, удовлетворительного наполнения, АД 120/70 мм.рт.ст. Живот не вздут, мягкий при пальпации во всех отделах. Диурез достаточный. Сознание ясное. Умеренные когнитивные нарушения. Зрачки D=S, фотореакция живая, положительные симптомы орального автоматизма. Умеренный спастический тетрапарез. Менингеальных знаков нет. Рана правого плеча заживает за счет краевой эпителизации. 07.11. состояние больного средней степени тяжести. С утра отмечает затруднение вдоха и «нехватку» воздуха. Температура тела N. Кожа и видимые слизистые слегка бледноватые, нормальной влажности. Дыхание с ЧСС 20 в мин, затруднен вдох. Дыхание с вовлечением мышц грудной клетки, глубокое. Аускультативно дыхание жесткое, проводится во все отделы. Сердечные тоны ясные, умеренная тахикардия до 104 в мин, АД 12-/70 мм.рт.ст. Живот не вздут, мягкий при пальпации во всех отделах. Диурез достаточный. В неврологическом статусе без существенной динамики. Показания к бронхоскопии: учитывая затруднение дыхания для исключения стеноза трахеи после трахеостомии больному показано проведение бронхоскопии. Согласие больного на проведение процедуры получено. 07.11. Фибротреахеоскопия. Местная анестезия лидокаином. Голосовая щель..., складки подвижны. При осмотре трахеи в верхней ее трети кольцевидное сужение, сечением просвета около 5 мм. Заключение: рубцовый стеноз в/трети трахеи II степени. 08-09.11.07 сохраняются жалобы на общую слабость и «нехватку» воздуха. 11.11. 13:00 состояние средней степени тяжести. Жалобы на затрудненное дыхание. Нарастает дыхательная недостаточность. Кожа и слизистые чистые, физиологичной окраски, температура N. Дыхание жесткое с проводными хрипами, 22 в мин. Участвует мышца грудной клетки в дыхании. Тоны сердца ясные, ритмичные 90 в мин, АД 120/60 мм.рт.ст. Живот мягкий. Вызван деж. ЛОР-врач. 11.11. 14:45 вызов в палату по поводу нарастающей одышки. Ухудшение дыхания в течении недели, резкое ухудшение с приступами удушья с 10.11. Состояние тяжелое, одышка до 36 в мин, пульс, участие в дыхательном акте вспомогательной мускулатуры, цианоз губ, кончиков ногтей. Положение вынужденное полусидя. В связи с явлениями стеноза III ст. показана срочная ретрахеостомия. 15:30 Операция ретрахеостомия. Под местной анестезией выполнен разрез вдоль старого рубца, трахея в рубцовом конгломерате, во время выделения последней остановка дыхания. Вызов врачей РАО, 11.11. 15:45 Вызов в ЛОР-операционную в связи с неудавшейся попыткой восстановления трахеостомы. Произведена интубация трахеи d=7,5. ИВЛ Дыхание жесткое, равномерное. Гемодинамика: сердцебиение и пульс на сосудах определяются. Быстро восстановил спонтанное дыхание. Транспортирован в РАО при АД 120/80 мм.рт.ст, ЧСС 140 в мин под наблюдение деж. Врача. 11.11. 19:00 доставлен в 15:00 дежурным анестезиологом в состоянии постгипоксической комы. АД 120/80-140/90 мм.рт.ст., ЧСС 150 в мин. Диурез стимулированный. Проводится противоотечная терапия, коррекция дисметаболических нарушений. 11.11. на рентгенограмме – напряженный пневмоторакс справа. Установлен плевральный дренаж справа в II м.р. по средней ключичной линии. Отходит воздух. 12.11. 7:00 состояние без динамики. Мед. седация. ИВЛ, АД 140/100 мм.рт.ст, ЧСС 150 в мин. По плевральному дренажу отходит воздух. ...отрицательная. 12.11. 7:00 нейрохирург. Состояние тяжелое. На ИВЛ медикаментозно седатирован. Сознание сопор + седация,

зрачки D=S по центру, фотореакция угнетена. Гипорефлексия, мышечная гипотония. Менингеальных знаков нет. Положительный Бабинского с двух сторон. 12.11. осмотр ЛОР...Диагноз: стеноз верхней трети трахеи II-III ст. В настоящее время больной находится на ИВЛ, интубационная трубка проведена через рот. Сознание кома I, седация. Больному показано восстановление трахеостомы. О целесообразности ларинготрахеопластики решить после отмены седации. 12.11. состояние тяжелое, обусловлено последствиями ЧМТ, постгипоксической энцефалопатией тяжелой степени. Кома I + седация, на выходе из седации – гипертензия, тахикардия. Кожные покровы бледно-розовые. Отеков нет. Пониженного питания. Проводится ИВЛ через ЭТТ. Дыхание проводится во все отделы. Хрипов нет. Справа – ослабление над верхней долей. Сатурация кислорода 100%. На рентгенограмме легкое расправилось. По правому плевральному дренажу отделяемого нет. АД 110/70 мм.рт.ст, ЧСС 190 в мин. Живот спокоен, температура 38,7. Диурез 3050. 12.11. Ретрахеостомия. Под ЭТН сняты швы с кожи. Края раны разведены... разрезы передней стенки трахеи, видна интубационная трубка. Из просвета трахеи – гнойное отделяемое. Установлена пластиковая Тг-трубка №7,5. Дыхание адекватное. 12.11. 19:40 состояние больного тяжелое, на ИВЛ. Сознание – сопор+седация. Зрачки D=S, реакция на свет живая. Менингеальных симптомов нет. Грубый спастический тетрапарез. 13.11. 3-и сутки в РАО Состояние больного тяжелое, обусловлено постгипоксической энцефалопатией, генерализованным судорожным припадком, отеком головного мозга. Кома на фоне седации. Кожные покровы розовые, теплые, обычной влажности, отеков нет. Пониженного питания. Судорожная готовность высокая на фоне...введения реланиума (от приостановления начинаются генерализованные судороги). Глубоко седатирован с миорелаксантами. ИВЛ через трахеостому аппаратом. Дыхание жесткое с рассеянными проводными хрипами. Сатурация кислорода 100%. Гемодинамика на фоне седации АД 130/70 мм.рт.ст, ЧСС 120-140 в мин. Живот спокоен. Питание усваивает. Температура 38,9С. 13.11. Эпилептолог. 12:00 У больного единичный судорожный приступ на момент осмотра седатирован, на ИВЛ. Зрачки равные, фотореакция вялая, зрачки по центру. Асимметрии лица нет. Мышечный тонус в руках низкий, в ногах высокий. Рефлексы с рук низкие, равные, ножные высокие, $S \geq D$. Симптом Бабинского слева положительный. Стопные знаки не вызываются. Диагноз: энцефалопатия смешанного генеза (травматическая, гипоксическая), отек головного мозга. Единичный генерализованный эпилептообразный? Пароксизм. 15.11. 14:45 На фоне резко нарастающих доз адреналина и мезатона произошла остановка сердечной деятельности. Непрямой массаж сердца. Кожные покровы резко бледные, цианотичные. В течении 30 мин реанимационные мероприятия без эффекта. В 15:15 констатирована смерть больного. ИССЛЕДОВАНИЯ: 26.09. рентгенография легких: справа в легком изменений не выявлено. Слева в нижнем отделе снижена пневмотизация легочного поля за счет воспалительной инфильтрации. Срединная тень не смещена. Заключение: левосторонняя н/долевая пневмония. 27.09. рентгенография: в левой плевральной полости следы жидкости. Срединная тень ...Заключение: левосторонний гидроторакс. 27.09. Исследование спинномозговой жидкости: бесцветная, прозрачная, цитоз: 1 лимфоцит в мм^3 , белок 0,033 г/л. 29.09. КТ головного мозга: очагов патологической плотности вещества головного мозга не выявлено. Отмечается умеренная асимметрия срединных структур. Форма, размеры желудочков обычные. Хиазмально-селлярная область не изменена. Краниовертебральный переход обычного строения. Кистозное расширение конвекситальных борозд. Орбиты и их содержимое без особенностей. Определяется оскольчатый перелом скуловой кости справа, с небольшим смещением костных отломков. Придаточные пазухи носа затемнены. Заключение: Гидроцефалия. Полисинусит. Перелом скуловой кости справа. 29.09. рентгенография легких: легочные поля прозрачные. Диафрагма чистая. Синусы свободны. Срединная тень не смещена. 30.09. рентгенография легких: сохраняется небольшое количество жидкости слева и деформация сосудистого рисунка по ячеистому типу.

Правое легкое прозрачное. Сердце и аорта без особенностей. 01.10. рентгенография легких: слева в плевральной полости небольшое количество жидкости, диафрагма не совсем четкая. Корни структурные. Сердце и аорта без особенностей. 02.10. рентгенография легких: динамическая нерезкость (свободная жидкость в плевральной полости слева. Средостенье без особенностей). 03.10. рентгенография легких: снижена прозрачность левого легочного поля. Правый купол диафрагмы ровный...левый не визуализируется. Тень средостенья не смещена. Заключение: гидроторакс слева. 04.10. рентгенография легких: слева в плевральной полости следы жидкости. Сердце и аорта без особенностей. 10.10. легочные поля прозрачные. Корни не расширены. Сосудистый рисунок усилен. Диафрагма четкая и ровная. Сердце и аорта без особенностей. 17.10. 9:24 протокол ЭГДС: ...слизистая нижней трети рыхлая с множественными сливными эрозиями. Кардия зияет, симметрична, не сужена, эластична. Слизистая желудка пролабирует в пищевод при натуживании...в антральном отделе по большой кривизне – 2 плоские язвы d по 0,5-1,0 см с фибринозным налетом...Заключение: недостаточность кардии. Рефлюкс-эзофагит 3 ст. 2 острые язвы антрального отдела желудка по большой кривизне d по 0,5-1,0 см. 15:00 Эндоскопическая картина без динамики с 9:24. Риск кровотечения невысокий. 18.10. 9:08 заключение ЭГДС: недостаточность кардии. Рефлюкс-эзофагит 3 ст. 4 острые язвы антрального отдела желудка по большой кривизне d по 0,5-1,0 см. 26.10. 10:04 заключение ЭГДС: недостаточность кардии. Рефлюкс-эзофагит 3 ст. 2 острые язвы антрального отдела желудка по большой кривизне d по 0,5 см. 09.11. КТ-грамма трахеи: на уровне первого грудного позвонка определяется локальное, на протяжении до 12 мм, сужение просвета трахеи до 5,8×4 мм. Заключение: стеноз верхней трети трахеи. 12.11. оценка состояния церебральной гемодинамики методом транскраниальной доплерографии. Заключение: кровоток по СМА компенсирован. Легкое снижение кровотока по ВА. 12.11. г. 17:44 бронхоскопия, протокол №404/1. Заключение: эндобронхит 1 ст. Мокрота слизистая, хорошо дренируется, обструкции нет. 12.11. г. направление на бактериологическое исследование крови на стерильность. На направлении два штампа с неразличимыми надписями. 13.11.07 13:54 бронхоскопия №404/2. Заключение: эндобронхит 2, частичная обструкция на уровне сегментарных бронхов. 13.11. г. направление на бактериологическое исследование мокроты. На направлении штамп с неразличимыми надписями. 13.11. ЭЭГ-исследование. Заключение: выраженные изменения БЭА регуляторного характера: зональное перераспределение основной корковой ритмики, отсутствие реакции активации при фотостимуляции, снижение функциональной реактивности коры (нельзя исключить влияние бензодиазепинов). Справа в теменно-затылочной области фокус патологической медленноволновой активности. Эпилептиформной активности не зарегистрировано.

10.04.... г. представлена медицинская карта стационарного больного № ..., выданная МУ ГБ №1 г. Первоуральска на имя С., 1989 г.р. Из истории болезни известно: «С., 1989 г.р. 11.09. в 02:40 мин экстренно поступил в приемный покой МУ ГБ №1 г. Первоуральска с направительным диагнозом: ОЧМТ, СГМ, рваные раны лица, плеча, предплечья слева. Первичный осмотр 11.04. г., 2:20 мин. Жалобы на момент осмотра отсутствуют из-за нарушения сознания. Анамнез заболевания: сегодня в быту ДТП (пассажир). Доставлен СМП. Анамнез жизни выяснить не возможно. Объективно: состояние тяжелое, сознание сопор-кома I. Положение на каталке, кожный покров бледен, физиологической влажности. Дыхание проводится по всем полям, ЧД 18-20 в мин, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритм правильный, АД 100/70 мм.рт.ст., пульс 90 в мин, температура тела нормальная. Язык влажный, с налетом. Живот мягкий, не вздут, пальпацию не реагирует. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. На момент осмотра стула не было. Мочеиспускание самостоятельное. Моча светлая. Местный статус: в правой височной области рана с ровными краями до 6 см, в ране сгустки крови. Бледно-синюшные кровоизлияния на в. и н. веке справа. Обширная скальпированная рана по передней поверхности правого плеча. Рана загрязнена травой и землей. В ране видна

частично поврежденная двуглавая мышца правого плеча. Рана с рваными краями до 20-30 см. В верхней трети левого предплечья множественные №7 рваные раны, загрязнены землей (6 – по 1,5 см и 1 – 5,0 см). Пульс на артериях правого и левого предплечий сохранен. Ограничение движений в правом т/з суставе – при попытке пассивных движений напрягает. Патологической подвижности правого бедра нет. Неврологический статус: сознание сопор-кома I. На осмотр реакция слабая – хмурится. Контакту недоступен. Болевая чувствительность снижена. Зрачки равные, фотореакция сохранена. Корнеальные рефлексы сохранены. Сухожильные рефлексы снижены, равные. Движения конечностей сохранены, неадекватные. Брюшные рефлексы отсутствуют. Патологических стопных рефлексов нет. Диагноз: Ушиб головного мозга II-III ст. Обширная скальпированная рана правого плеча с повреждением мышц. Ушибленная рана лица. Рваные раны левого предплечья. Назначено: рентгенография черепа, грудной клетки, таза, гемоглобин, гематокрит cito. Кровь на алкоголь. Больной в экстренном порядке после консультации реаниматолога взят в операционную для обработки ран и проведения На рентгенограммах черепа, грудной клетки и таза костно-травматических повреждений не выявлено. 11.09. под ЭТН ПХО (первичная хирургическая обработка), туалет раны правого плеча – обильно промывание раны перекисью водорода (H_2O_2),...-удаление грязи, швы на мышцы, при ревизии раны повреждений магистральных сосудов и нервов не выявлено. Швы на кожу. По задней поверхности правого плеча выявлена рана в средней трети до 6 см и рваными краями, ПХО, туалет H_2O_2 , швы. По ладонной поверхности правого предплечья в нижней трети множественные № 4, ПХО ран, гемостаз, швы (перевяз. Локтевой артерии). ПХО ран левого предплечья, швы. В правой височной области 2 раны, параллельные по 7 см. Туалет H_2O_2 , ПХО, швы на раны, ас. Повязки. Люмбальная пункция: ликворное давление не изменено, визуально чистый, прозрачный, ликворного блока нет. Направлено на исследование около 3 мл. Лист исследования ликвора от 11.09. в медицинской карте не обнаружен. Диагноз: Ушиб головного мозга II-III ст. Обширная скальпированная рана правого плеча с повреждением мышц. Рваные раны лица, левого и правого предплечья, правого плеча. Шок II ст. Назначено: рентгенография шеи. На рентгенограмме ШОП переломов позвонков не определяется. На рентгенограмме костей таза переломов не определяется. На рентгенограмме ОГК легкие прозрачны, расправлены, синусы свободны, переломов ребер не определяется. На рентгенограмме черепа перелом костей свода не определяется. 11.09. 9:00 ОАР. Состояние тяжелое. Медикаментозно седатируется. По выходу из седатации дыхательная активность. Продолжается ИВЛ, фаза 7, сатурация кислорода 98%. Зрачки равные. Кожный покров бледноват. В легких дыхание проводится, хрипов нет. АД 120/70 мм.рт.ст, пульс 136 в мин, ритмичен. Сердечные тоны ясные. Живот мягкий. В/в 2800,0. Диурез 200,0. 11.09. 16:00. Состояние больного крайне тяжелое, тяжесть обусловлена церебральной недостаточностью. Уровень сознания кома +седатация. ИВЛ аппаратом фаза 7 в режиме, сатурация кислорода 98%. Седатация и синхронизация с ИВЛ. Кожный покров бледный, сухой, прохладный. Аускультативно: в легких дыхание аппаратное, неравномерное по всем полям, ослабленное в нижних отделах, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные, АД 110/70 мм.рт.ст, пульс 129 в мин, ЦВД +5 см водного столба. Живот мягкий, аускультативно шума перистальтики не слышно.ю стул -. Диурез 950,0 мл, температура 37,4С. Эпикриз. Скориков Н.В. 18 л. Находился на лечении в ОАР ГБ 31 с 11.09 по 26.09 с диагнозом: ушиб головного мозга III степени. Обширная скальпированная рана правого плеча с повреждением мышц. Рваные раны лица, правого и левого предплечья. Шок. А/о. Травма в быту в день поступления ДТП. Доставлен СМП. Экстренно госпитализирован. Взят в операционную. ПХО ран, швы. В последующем транспортирован в РО. При поступлении симптомов дислокации не выявлено. На Rg гр черепа, гр.клетки, таза травматических повреждений нет. Интенсивная терапия. Консультирован нейрохирургом и ...без мониторинга ЦМК. В процессе лечения состояние без динамики. Сознание кома II ст. Появился правосторонний гемипарез. Раны на лице и предплечьях зажили, швы сняты.

Рана на пр.плече – краевой некроз удален, очистилась, заживает вторичным натяжением. Отмечается снижение Hb до 84 г/л. УЗИ брюшной полости свободной жидкости нет. Гемотрансфузия без осложнений. В динамике, несмотря на проводимую терапию улучшений нет, сознание кома I, правосторонний гемипарез. После консультации нейрохирурга ЦМК переведен на дальнейшее лечение в ОАР ОКБ №1 г. Екатеринбурга».

НАРУЖНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ

Труп представлен на исследование без одежды. Труп мужского пола, правильного телосложения по астеническому типу, пониженного питания, длиной 183 см. Кожный покров бледный с легким сероватым оттенком, холодный на ощупь во всех отделах. Трупные пятна крупноостровчатые синюшно-красного цвета, средней интенсивности, располагаются по задней поверхности туловища и конечностей. В зоне давления трупное пятно не меняет интенсивность окраски. Мышечное окоченение отсутствует (разрешено) во всех исследуемых группах мышц. Голова правильной, округлой формы, не деформирована. Волосы на голове светло-коричневого цвета, длиной 1,5-2,5 см. Умеренно контурируются кости лицевого отдела черепа в орбитальных и скуловых областях. В лобной области на границе роста волос на расстоянии 12 см кверху и кпереди от наружного отверстия правого слухового прохода и 14 см кверху и кпереди от наружного отверстия левого слухового прохода рубец неправильной дугообразной формы, размерами 11×0,5 см, ориентированный горизонтально выпуклостью книзу. Рубец белесовато-розового цвета с легким синюшным оттенком, располагается на уровне прилежащей кожи, края относительно ровные, концы закруглены, плотноватый, малоподвижный. Левый конец рубца имеет округлое расширение розовато-красного цвета, размерами 1×1,5 см, частично покрытое отслаивающейся желтовато-коричневой плотноватой корочкой. Указанный рубец пересекает множество линейных рубцов розового цвета, размерами до 1×0,3 см, ориентированных вертикально. Кожа, прилежащая к рубцу без признаков воспаления, обработана брильянтовым зеленым. В проекции средней трети рубца пальпируются дефекты (2) кости, округлой формы, размерами около 1×1 см. В правой лобно-височной области на расстоянии 4,5 см кверху и кпереди располагается рубец неправильной «Г»-образной формы, направленный углом кзади. Горизонтальное плечо неправильной овальной формы размерами 5,5×0,5 см, располагается параллельно надглазничному краю лобной кости справа, на расстоянии 2,5 см кверху от последнего. Вертикальное плечо неправильной овальной формы 6,5×0,6-0,7 см, располагается параллельно скуловому отростку лобной кости справа, на расстоянии 1 см кзади от последнего. От нижнего конца рубца кзади отходит горизонтальный рубец линейной формы размерами 1,7×0,4 см. Рубец белесовато-розового цвета с синюшным оттенком, располагается на уровне кожи, плотноватый, малоподвижный, края крупноволнистые, концы закруглены. Кожа, прилежащая к рубцу без признаков воспаления, обработана брильянтовым зеленым. Подвижности и крепитации костей свода черепа на ощупь не выявлено. Глаза приоткрыты, слизистые век бледно-розового цвета, сосуды не расширены, кровоизлияний не обнаружено. Роговые оболочки матовые, полупрозрачные, с участками подсыхания коричневатого цвета неправильной веретенообразной формы. Белочные оболочки белого цвета, сосуды не расширены, кровоизлияний не выявлено. Радужные оболочки серого цвета, зрачки равные, округлой формы диаметром до 0,4 см. Глазные яблоки мягкие, при сдавливании форма зрачка меняется на овальную. Выделений из наружных отверстий носовых ходов и наложений вокруг последних не обнаружено. Патологической подвижности, крепитации костей и хрящей носа на ощупь не выявлено. Рот приоткрыт, переходная кайма губ бледная с розоватым оттенком, подсохшая. Выделений из ротовой полости не выявлено. Ротовая полость и ее преддверье свободны, слизистая серо-розового цвета, тускловатая, гладкая, без повреждений. Зубы представлены в полном для возраста объеме. Выделений из наружных отверстий слуховых проходов и наложений вокруг последних не выявлено. Патологической подвижности, крепитации хрящей ушных раковин и костей лицевого отдела черепа на

ощупь не обнаружено. Шея длинная и тонкая, соразмерна туловищу и конечностям. На передней поверхности шеи в нижней ее трети, на расстоянии 0,5 см книзу от хрящей гортани и 1,2 см кверху от проекции яремной вырезки грудины располагается рана веретенообразной формы, размерами 5,5×2,5 см, ориентированная вертикально. Кожа, прилежащая к краям раны, обработана брильянтовым зеленым, на участке 8×8 см. Концы раны заострены, края ровные, гиперемированы, отежные, плотноватые, при сведении хорошо сопоставляются. Стенки раны относительно ровные с множественными мелкоочаговыми сливными кровоизлияниями темно-красного цвета с пропитыванием мягких тканей. Мягкие ткани, составляющие стенки раны (подкожная жировая клетчатка, фасции и мышцы), отежные, плотноватые. В просвете раны, в области ее концов, имеются разрастания розовато-красной с синюшным оттенком грануляционной ткани. После сопоставления краев рана принимает линейную форму длиной 5,5 см. Грудная клетка правильной формы, умеренно контурируются ребра и межреберные промежутки. Патологической подвижности и крепитации костей грудной клетки на ощупь не выявлено. В левой подключичной области к коже приклеена пластина белого цвета из синтетического материала. Из центра пластины выступает полупрозрачная синтетическая трубка диаметром 0,15 см, длиной 5,5 см, оканчивающаяся клапаном. После удаления указанной пластины обнаружена рана округлой формы, размерами 0,15×0,15 см с ровными краями. Из раны выступает вышеописанная трубка, плотно охватываемая краями. Кожа, прилежащая к краям ссадин, обработана брильянтовым зеленым на участке 3×3 см. В правой подключичной области 4 ссадины неправильной округлой формы, размерами до 0,2×0,2 см имеющие относительно ровные края, покрытые плотными корочками красно-бурого цвета, выступающими над поверхностью кожи. Кожа, прилежащая к краям ссадин, обработана брильянтовым зеленым на участке 7×7 см. На передней поверхности груди справа, в проекции 2 межреберья по срединно-ключичной линии ушита рана линейной формы, длиной 1,1 см, ориентированная вертикально. Края раны и прилежащая к ним кожа обработаны брильянтовым зеленым. В просвете раны розовато-красная нежная грануляционная ткань. Живот правильной овальной формы. Передняя брюшная стенка, в горизонтальном положении трупа на секционном столе, располагается несколько ниже уровня реберных дуг и гребней подвздошных костей. Наружные половые органы сформированы по мужскому типу, мошонка бледно-коричневатого цвета, яички пальпируются в мошонке, выделений из наружного отверстия мочеиспускательного канала не обнаружено. Конечности симметричные, пропорциональные. На задней поверхности левого предплечья в верхней и средней ее третях на участке 9×7 см, ориентированном вертикально, не менее 10 рубцов неправильной овальной и округлой форм размерами от 1×0,5 см до 2,5×1,5 см. Рубцы красновато-фиолетового цвета с синюшным оттенком, плоские, мягкие, малоподвижные. Поверхность рубцов представлена тонкой, «нежной» эпителиальной пластинкой, концы закруглены, края неровные, волнистые. К краям рубцов прилежит поясok «депигментированной» кожи шириной до 0,1-0,3 см белесоватого цвета с розоватым оттенком. Рубцы преимущественно ориентированы горизонтально, некоторые косо-вертикально. Патологической подвижности и крепитации костей левого предплечья при пальпации не обнаружено. На передней и боковых поверхностях правого плеча в верхней и средней ее третях на участке 18×11 см, ориентированном вертикально, множественные сливные фокусы депигментации кожи, белесоватого цвета, неправильной округлой и овальной форм. На внутренней поверхности правого плеча в верхней и средней ее третях, на фоне очагов депигментации кожи рубец неправильной дугообразной формы, размерами 13×0,8-1 см, ориентированный вертикально, выпуклостью направленной влево. Рубец розовато-синюшного цвета, плоский, мягкий, малоподвижный. Поверхность рубца представлена тонкой, «нежной» эпителиальной пластинкой, в отдельных участках желтовато-коричневой плотной корочкой, отслаивающейся по периферии. Концы рубца закруглены, края неровные волнистые. Патологической подвижности и крепитации

позвоночника, костей таза, конечностей на ощупь не выявлено. Анальное отверстие сомкнуто, повреждений не обнаружено, кожа вокруг без наложений.

ВНУТРЕННЕЕ ИССЛЕДОВАНИЕ

Подкожная жировая клетчатка бледно-желтая, толщиной на груди 0,3 см, на передней брюшной стенке 0,5 см. Мышцы передней брюшной стенки и грудной клетки темно-красного цвета, умеренного кровенаполнения. Карман, сформированный в результате выделения кожного лоскута в проекции грудной клетки, был заполнен водой. Затем большим секционным ножом были произведены проколы в 4 межреберьях по срединно-ключичным линиям. Воздух из указанных проколов не поступал. На передней поверхности шеи книзу от раны между фасциями распространяется диффузно-очаговое кровоизлияние темно-красного цвета, достигающее правого купола плевры. В проекции ссадин в правой подключичной области тусклое диффузно-очаговое кровоизлияние темно-красного цвета, неправильной округлой формы с нечеткими контурами, размерами 2,5×3 см. В проекции ушитой раны на передней поверхности груди справа диффузно-очаговое кровоизлияние темно-красного цвета, неправильной овальной формы с нечеткими контурами, размерами 2,5×3,5 см, ориентированное вертикально. В левой подключичной области из мягких тканей выступает полупрозрачная трубка диаметром 0,15 см. Вокруг последней диффузно-очаговое кровоизлияние в мягких тканях, темно-красного цвета, с нечеткими границами, размерами 1,5×1,5 см. Внутренние органы расположены правильно, повреждений не обнаружено. Легкие заполняют более $\frac{1}{3}$ объема плевральных полостей, прикрывают менее $\frac{1}{3}$ сердечной сорочки. В плевральных полостях светлая прозрачная желтоватая жидкость до 200 мл в каждой. Во втором межреберье по правой срединно-ключичной линии ушитая рана линейной формы, длиной 0,9 см. Края раны ровные, концы заострены. Под реберной плеврой в проекции раны очаговое кровоизлияние темно-красного цвета, округлой формы с нечеткими контурами, размерами 2×2 см. Спаек в плевральных полостях, в том числе в области верхушек легких не обнаружено. В брюшной полости светлая прозрачная желтоватая жидкость в следовом количестве. Реберная плевра (вне ушитой раны), перикард, брюшина желтовато-белесоватого цвета, гладкие без наложений и повреждений. Кишечник розовато-желтого цвета, поддут. Мочевой пузырь не выступает над лоном, не напряжен. Сердечная сорочка не напряжена, с внутренней поверхности белесовато-желтая, гладкая, в полости следы светло-желтой прозрачной жидкости. Сердце массой 260 г., размерами 9×11×5,5 см, упругое на ощупь, бледно-коричневого цвета, верхушка заострена. Эпикард сероватый, полупрозрачный, гладкий. До извлечения сердца произведен разрез легочного ствола и легочных артерий. В просвете сосудов жидкая кровь, тромбов не обнаружено. Миокард на разрезе тусклый, бледно-коричневого цвета, умеренного кровенаполнения, равномерного окрашивания, мышечный рисунок различим. Толщина миокарда левого желудочка 1,1 см, правого 0,2 см, межжелудочковой перегородки 0,8 см. Полости сердца не расширены, заполнены темно-красной жидкой кровью и ее сгустками. Сосочковые мышцы цилиндрические, упругие. Клапаны сердца и крупных сосудов белесоватого цвета, эластичные. Коронарные артерии не извитые, эластичные, рассекаются без хруста. Интима желтоватого цвета, гладкая. Периметр аорты над клапанами 7,5 см, интима аорты желтоватого цвета без наложений. В крупных кровеносных сосудах жидкая темная кровь и красные ее сгустки. Вход в пищевод и гортань свободен. Повреждений подъязычной кости, хрящей гортани. Голосовая щель в средней части шириной 0,4 см, слизистая набухшая, умеренно гиперемирована. Слизистая оболочка гортани, трахеи, крупных бронхов розового цвета с синюшным оттенком. На передней поверхности трахеи, на расстоянии 0,5 см книзу от хрящей гортани, рана неправильной овальной формы 2×1 см, ориентированная вертикально. Концы раны закруглены, края и стенки шероховатые за счет умеренного разрастания грануляционной ткани розовато-красного цвета с синюшным оттенком. На внутренней поверхности трахеи, распространяясь от краев раны, грануляционная ткань выстилает просвет последней в виде муфты, длиной 3,5-4 см

суживающей просвет до 0,5-0,6 см в диаметре. На грануляционной ткани умеренные пленкообразные наложения желтовато-зеленого цвета и мелкоочаговые кровоизлияния темно-красного цвета. Муфта имеет наибольшую толщину в средней своей части, за счет которой происходит сужение просвета. В крупных бронхах небольшое количество сероватой жидкой слизи. Легкие серо-розового цвета массой 580 г. правое и 500 г. левое. Висцеральная плевро сероватая, полупрозрачная, гладкая, без повреждений и наложений. Кровоизлияний под висцеральной плеврой не выявлено. На ощупь легкие мягко-эластические, однородные, «воздушные», без очаговых уплотнений. На разрезе ткань легких красно-коричневого цвета с синюшным оттенком, однородной «пористой» структуры. При сдавливании с поверхности разреза стекает небольшое количество буроватой пенистой жидкости и умеренное количество темной жидкой крови из просвета легочных сосудов. Внутригрудные лимфатические узлы розовато-серого цвета, не увеличены, округлой и бобовидной формы, плотноэластической консистенции, на разрезе с единичными черными вкраплениями. Доли щитовидной железы на ощупь эластичные, поверхность гладкая, на разрезе ткань железистая, красновато-коричневого цвета, умеренного кровенаполнения. Надпочечники вытянутой овальной формы, на разрезе корковое вещество – желтоватого цвета, мозговое серо-коричневого, граница между слоями четкая, ткань умеренного кровенаполнения, кровоизлияний не обнаружено. Околопочечная жировая клетчатка светло-желтого цвета, выражена крайне слабо, преимущественно в области ворот. Почки бобовидной формы, бледно-коричневого цвета, размерами: правая – 12×5×4,5 см, левая – 12×5,5×4,5 см, массой 195 г. и 205 г. соответственно, плотно-эластической консистенции. Капсула гладкая, полупрозрачная, сероватая, отделяется без затруднений. Поверхность под капсулой бледно-коричневого цвета, гладкая. На разрезе корковое и мозговое вещество различимы, ткань умеренного кровенаполнения, чашечки и лоханки не расширены. Слизистая оболочка мочеточников, мочевого пузыря белесоватая, без кровоизлияний. Мочевой пузырь пуст, внутренняя поверхность трабекулярная. Предстательная железа шаровидной формы, размерами 3×2,5×2 см, плотно-эластической консистенции, на разрезе белесовато-серого цвета. Язык обычной формы, на слизистой небольшой белесоватый налет, мышцы на разрезе однородные, без кровоизлияний, коричневатые. Слизистая пищевода бледно-розового цвета с сероватым оттенком, умеренно складчатая, просвет пуст. Желудок не раздут, слизистая розовато-желтого цвета, складчатость не выражена. В просвете желудка непрозрачная, «застойная» жидкость темно-зеленого цвета. Тонкий отдел кишечника серо-розового цвета, в просвете на всем протяжении светло-желтое однородное кашицеобразное содержимое желто-коричневого цвета. Стенка 12-перстной и тощей кишки не утолщена, мягко-эластичная на ощупь, слизистая розовато-белесоватого цвета, складчатость умеренно выражена. В среднем и нижнем отделах тощей кишки слизистая слегка набухшая, с умеренным количеством слизи на поверхности. Подвздошная кишка на участке 30 см перед илеоцекальным клапаном серо-розового цвета, плотноватая на ощупь. Висцеральная брюшина гладкая, без наложений, кровоизлияний не выявлено. Толщина стенки кишки 0,5-0,6 см, слои различимы. Слизистая желтовато-серого цвета, «мелкобугристая» за счет наложения желтовато-серых нитей и пластин фибрина. В отдельных участках хаотично расположены мелкоочаговые фокусы кровоизлияний бурого-красного цвета, размерами до 0,5×0,5 см, расположенных в пределах слизистого и подслизистого слоев. Естественная складчатость слизистой практически не различима. В просвете подвздошной кишки серовато-желтая масса с нитями и хлопьями фибрина. Лимфатические узлы, расположенные в брыжейке указанного участка подвздошной кишки розовато-синюшного цвета, размерами до 0,6×0,6×0,6 см, мягко-эластической консистенции. На разрезе розоватого цвета, кровоизлияний не выявлено. Толстый отдел кишечника розовато-серого цвета, уплотнен на всем протяжении. Толщина стенки кишки 0,8-1,1 см, слои различимы. Слизистая желтовато-серого цвета, «15РУ15нобугристая» за счет наложения желтовато-серых нитей и пластин фибрина. В отдельных участках

хаотично расположены мелкоочаговые фокусы кровоизлияний буро-красного цвета, размерами до 0,5×0,5 см, расположенных в пределах слизистого и подслизистого слоев. Естественная складчатость слизистой практически не различима. В просвете кишки серовато-желтая масса с нитями и хлопьями фибрина. Поджелудочная железа на ощупь дрябловатая, на разрезе дольчатая, железистая, полнокровная, розовато-желтого цвета. Селезенка размерами 13×10×3,5 см, массой 250 г, гладкая, плотноэластическая, капсула сероватая полупрозрачная не напряжена. На разрезе паренхима темно-красного цвета с фиолетовым оттенком, «зернистая», соскоба нет, полнокровна. Печень размерами 25×20×15×11 см, массой 1780 г, поверхность гладкая, розовато-бордового цвета с желтоватым оттенком, передний край закруглен, плотноэластической консистенции. Поверхность разреза розовато-бордового цвета с легким желтоватым оттенком, однородная, ткань полнокровна. Желчные пути проходимы, желчный пузырь грушевидной формы. В полости до 20 мл темно-желтой желчи, слизистая оболочка бархатистая, тускло-коричневая. Повреждений позвоночника, грудины, костей таза не обнаружено.

Кожно-апоневротический лоскут головы полнокровный, с внутренней поверхности желто-розового цвета, гладкий, блестящий, без повреждений. В проекции средней трети рубца, расположенного в лобной области на границе роста волос, дефекты (2) чешуи лобной кости округлой формы, диаметром 1 см. Правый расположен на расстоянии 14 см кверху и кпереди от наружного отверстия правого слухового прохода, левый – 17 см кверху и кпереди от наружного отверстия левого слухового прохода. Края дефектов ровные, гладкие, «закруглены», выстланы соединительной тканью белесовато-серого цвета. К внутренним краям дефектов «подпаяна» твердая мозговая оболочка за счет умеренного разрастания соединительной ткани белесоватого цвета с тусклым буро-коричневым оттенком. В проекции правого дефекта чешуи лобной кости в твердой мозговой оболочке отверстие округлой формы с ровными краями, диаметром 0,5 см. На внутренней поверхности твердой мозговой оболочки по краям отверстия умеренные разрастания соединительной ткани белесоватого цвета с тусклым буро-коричневым оттенком. Внутренняя поверхность твердой мозговой оболочки в передней черепной ямке диффузно прокрашена в «рыжевато»-коричневый цвет. Твердая мозговая оболочка белесоватая, гладкая, других повреждений не обнаружено. Сосуды и синусы твердой мозговой оболочки наполнены вязкой темно-красной кровью. Головной мозг серовато-желтого цвета, на плоскости хорошо сохраняет форму, полушария симметричные, межполушарная борозда по средней линии, борозды и извилины контурируются. Мягкая мозговая оболочка прозрачная, гладкая, без наложений и повреждений, сосуды полнокровны. На медиальной поверхности правой лобной доли, в области переднего отдела поясной извилины очаговое западение мягкой мозговой оболочки округлой формы, диаметром около 1,1 см. Мягкая мозговая оболочка в проекции западения буровато-коричневого цвета, тусклая, непрозрачная, на ощупь уплотнена. Под мягкой мозговой оболочкой в данном участке кора головного мозга несколько истончена, «рыжевато»-коричневого цвета. В других отделах под мягкой мозговой оболочкой умеренное скопление свободной жидкости в пространствах между извилинами и в бороздах. Сосуды основания мозга с тонкими гладкими полупрозрачными эластичными стенками. Сосуды мягкой мозговой оболочки и основания головного мозга полнокровны. Головной мозг массой 1310 г., на плоскости сохраняет форму. На разрезе вещество головного мозга влажное, блестящее, слегка прилипает к ножу, полнокровное. Граница серого и белого вещества, подкорковые структуры на разрезе головного мозга четкие, на фронтальных срезах симметричные. Желудочки мозга не расширены, щелевидные, с умеренным количеством прозрачной жидкости, эпендима гладкая. Сосудистые сплетения рыхлые, темно-красные, с эпендимой не спаяны. Кровоизлияний и участков размягчения в стволовых и подкорковых отделах головного мозга не выявлено. Повреждений костей

свода и основания черепа не обнаружено. При вскрытии от полостей и органов труп ощущается обычный трупный запах.

На судебно-гистологическое исследование направлены кусочки внутренних органов – головной мозг –3 (№1 – кора правой лобной доли с межполушарной поверхности с фрагментом кисты), твердая мозговая оболочка с основания передней черепной ямки -1, сердце – 2, легкие – 4, (№3) фрагмент трахеи с рубцовым стенозом -1, (№6) внутригрудной лимфатический узел -1, почка- 2, печень –1, селезенка -1, надпочечник -1, (№4) стенка слепой кишки и восходящего отдела поперечной ободочной кишки -2, стенка верхнего отдела тонкой кишки -2, (№2) стенка подвздошной кишки -1, (№5) брыжеечный лимфатический узел слепой кишки -1.

05.12... г. представлен акт судебно-гистологического исследования № ... от 22.11... г. из которого следует: «судебно-гистологический диагноз: формирующиеся фиброзные капсулы с очаговым гемосидерозом в кусочке «ТМО...». Фиброз, признаки продуктивного воспаления с очаговым гемосидерозом в мягкой мозговой оболочке; массивные участки некроза и формирующиеся глиально-мезенхимальные рубцы в кусочке «..лобной доли №1»; выраженные отечно-дистрофические изменения в исследованных кусочках головного мозга. Признаки фибринозно-продуктивного воспаления в исследованном кусочке «трахеи №3». Слизисто-гнойный бронхит. Мелкоочаговая пневмония. Признаки серозного воспаления в кусочке тонкой кишки «...о...и...№2». Множественные эрозии; признаки активного хронического продуктивного воспаления в исследованном немаркированном кусочке тонкой кишки. Множественные эрозии; признаки активного продуктивного воспаления; фибринозно-фибропластический перитонит в исследованном кусочке толстой кишки «сле...ки...№4». Очаговая гиперплазия фолликулов в исследованных кусочках тонкой кишки, толстой кишки, «лимфоузле брыжеечном №5» и «ЛУ 17РУ...№6». Редукция части фолликулов и миелоидная гиперплазия пульпы в селезенке. Очаги дис-, ателектаза, внутриальвеолярных кровоизлияний и отека в легких. Отек стромы миокарда. Дистрофия кардиомиоцитов. Межуточный гепатит. Паренхиматозная белковая дистрофия печени и почек. Очаговый склероз с гемосидерозом, очаги делипоидизации в немаркированном кусочке надпочечника».

СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКИЙ ДИАГНОЗ

ОСН.: Рубцовое сужение (стеноз) трахеи после трахеостомии (17.09... г.).

ФОН.: Закрытая черепно-мозговая травма: ушиб головного мозга тяжелой степени, перелом правой скуловой кости, множественные «ушибленные» раны головы.

ОСЛ.: Механическая асфиксия Отек головного мозга с формированием субдуральных гидром с двух сторон. Острые язвы желудка, желудочное кровотечение. Язвенный энтероколит. Мелкоочаговая пневмония. Посттравматическая энцефалопатия. Дистрофические изменения внутренних органов.

СОП.: «ушибленные», «рваные» раны, ссадины, кровоподтеки верхних конечностей.

МЕДИЦИНСКИЕ МАНИПУЛЯЦИИ: Первичная хирургическая обработка ран головы и конечностей (11.09... г.); трепанация черепа с 2-х сторон (26.09... г.), пункция и катетеризация подключичных вен, люмбальная пункция (17.09... г., 25.09... г.), трахеостомия (17.09...), повторная трахеостомия, рассечение рубцовых изменений трахеи (11.11... г., 12.11... г.); дренирование правой плевральной полости по Петрову (11.11... г.).

ОСЛОЖНЕНИЯ МЕДИЦИНСКИХ МАНИПУЛЯЦИЙ:

Повреждение пристеночной плевры справа при повторной трахеостомии (11.11... г.), правосторонний пневмоторакс.

3. Технологии оценивания

Критерии зачёта: уровень теоретических знаний и практических умений ординаторов оценивается по шкале оценок «отлично», «хорошо», «удовлетворительно».

Для данной шкалы оценок установлены следующие критерии:

Критерии оценки этапов решения ситуационной задачи:

Отлично – если обучающийся демонстрирует умение анализировать информацию, выделяет главные и второстепенные признаки болезни, правильно использует терминологию, ставит диагноз согласно действующих классификаций, МКБ, выбирает оптимальный метод лечения, диагностики, реабилитации, профилактики, разрабатывает план диспансерного наблюдения в зависимости от нозологии, индивидуальных особенностей пациента, устанавливает причинно-следственные связи и уверенно аргументирует собственную точку зрения

Хорошо – если допускает незначительные ошибки, не способные негативно повлиять на течение и исход болезни

Удовлетворительно – если допускает ошибки, способные привести к осложненному течению болезни и ухудшить прогноз

Неудовлетворительно – если допущена грубая диагностическая ошибка (неправильно сформулирован диагноз), определена неверная лечебная тактика. 5,4,3 – зачтено; 2 – не зачтено

Критерии оценки этапа тестирования:

Результат оценивается как «зачтено» или «не зачтено», знания по дисциплине засчитываются, если есть положительный ответ на 70% и более тестовых заданий по данной дисциплине.

1. Положительный ответ на менее чем 70% тестовых заданий свидетельствует о несформированности компетенций по дисциплине.

2. Положительный ответ на 70– 80% тестовых заданий свидетельствует о низком уровне сформированности компетенций по дисциплине.

3. Положительный ответ на 81– 90% тестовых заданий свидетельствует о среднем уровне сформированности компетенций по дисциплине.

4. Положительный ответ на 91–100% тестовых заданий свидетельствует о высоком уровне сформированности компетенций по дисциплине.

71-80% правильных ответов – удовлетворительно.

81-90% правильных ответов – хорошо.

91% и выше – отлично. 5,4,3 – зачтено; 2 – не зачтено