**Тема1.** Повреждения механического происхождения. Повреждения челюстно-лицевых костей. Повреждения зубов и повреждения, причиненные зубами.

**2. Цель:** Знать какие бывают повреждения механического происхождения, виды повреждений челюстно-лицевых костей, повреждений зубов и повреждений причиненные зубами..

**3. Задачи:**

*Обучающая:* сформировать знания о:

-повреждениях зубов механического происхождения.

-видах повреждений челюстно-лицевых костей, повреждений зубов и повреждений причиненные зубами..

*Развивающая:* сформировать умения:

-формулировать результаты проведения судебно- стоматологической экспертизы.

 *Воспитывающая:*

-формировать положительное отношение к профессии врача, формирование гуманистической направленности личности.

**4. Вопросы для рассмотрения:**

1. Характер повреждений.

2. Особенности травмирующего предмета.

3. Обстоятельства причинения повреждений.

4. Прижизненность и давность повреждений.

5. Тяжесть вреда здоровью.

6. Возможность совершения целенаправленных активных действий после получения повреждений.

**5. Основные понятия темы:**

Судебная стоматология — один из новых разделов судебной медицины, который имеет свои специфические особенности и требует познаний, выходящих за рамки судебно-медицинского образования.

Объектами изучения в судебной стоматологии являются части лицевого скелета, зубы, зубные протезы, органы и ткани полости рта, медицинская документация, отражающая состояние зубочелюстного аппарата и т. д.

Среди судебно-стоматологических вопросов, подлежащих разрешению, наиболее часто встречаются те, которые связаны с проведением идентификационных исследований с целью установления личности, которая особенно актуальна в условиях сложившейся обстановки, характеризующейся локальными войнами, терроризмом, железнодорожными и авиакатастрофами, приводящими к массовой гибели людей, где существующие в настоящее время методы отождествления личности иногда теряют свою достоверность или становятся не совсем пригодными.

В указанных условиях особую ценность в качестве объектов исследования приобретают зубы в связи с их значительной стойкостью к различным неблагоприятным физико-химическим факторам, температуре, гнилостной трансформации и т. д., а также с тем, что они обладают неповторимыми в своей совокупности признаками, индивидуализирующими личность.

Доказательная значимость судебно-стоматологических исследований при идентификации личности в значительной мере зависит от правильности выбора методов, их последовательного и рационального сочетания и знаний основ криминалистической идентификации, от учета степени изменчивости свойств объектов и их признаков. При этом следует помнить, что при отождествлении особенно важное значение имеют специфические детали идентифицируемого объекта, которые могут оказаться решающими.

Для идентификации личности по стоматологическому статусу могут быть использованы методы фотосовмещения, сравнительное исследование передних зубов по прижизненной фотографии лица и черепа, методы сравнения прижизненной и посмертной рентгенограмм челюстно-лицевой области, изучения следов и отпечатков зубов, анатомо-морфологических особенностей зубочелюстной системы, рельефа спинки языка, твердого неба и др.

При исследовании анатомо-морфологических особенностей зубов и зубного ряда учитывают следующие идентификационные признаки: анатомо-морфологические параметры зубов, аномалии зубов и челюстей, а также приобретенные при жизни (кариес и его осложнения, удаленные зубы, ортопедические и ортодонтические конструкции и их следы).

Исследование анатомо-морфологических особенностей зубов и челюстей включает:

* клиническое обследование пациента (опрос, осмотр), трупа (осмотр);
* осмотр и морфометрическое исследование гипсовых моделей зубов и челюстей;
* рентгенологическое исследование;
* статистический метод.

Для создания банка стоматологических данных в каждом случае заполняют специально разработанную карту осмотра, в которой фиксируют паспортные данные, результаты осмотра полости рта, зубную формулу и т. д.

Особое внимание уделяют наличию или отсутствию стоматологических заболеваний, таких как:

* кариозное и некариозное поражение зубов (кариес, пульпит, периодонтит,
* эрозии, флюороз, клиновидный дефект);
* наличие корней, искусственных коронок, имплантатов;
* наличие и характер пломбировочного материала;
* аномалии зубочелюстной системы.

Осмотр зубов и зубного ряда осуществляют с помощью набора стоматологических инструментов, а также внутриротовой видеокамеры. Для получения видеоизображения на мониторе компьютера данные обрабатывают с использованием фирменного программного обеспечения. Для создания архива исследований на каждого пациента заводят электронную карточку из 21 снимка, в которую также вводят сведения о пациенте (личный код, пол, возраст, дата исследования и т. д.).

Одним из важных этапов исследования и создания банка данных является получение точной гипсовой модели (копии) зубов и челюстей. Производят также одонтометрические измерения гипсовых моделей по общепринятой методике с точностью до 0,1 мм. Особое внимание уделяют геометрическим показателям размеров зубов: ширине, высоте и толщине.

При идентификации личности большое значение имеет рациональное использование гипсовых моделей, так как они хранятся в стоматологических учреждениях длительное время и в процессе ортопедического лечения выполняются неоднократно для динамического наблюдения.

Важность применения рентгенологического метода исследования зубочелюстной системы при идентификации личности общеизвестна. С помощью ортопантомографии можно определить форму, величину, направление и положение зубов, наличие ортопедических конструкций, следы терапевтического и хирургического лечения, расположение аномалий зубов, наличие адентии, ретенированных, полуретенированных и сверхкомплектных зубов. Для решения вопроса об идентичности ортопантомограммы разыскиваемого человека и определенной ортопантомограммы из базы данных, предлагает применять методику одномерного и многомерного статистического анализа.

Многочисленные публикации в отечественной и зарубежной литературе свидетельствуют об использовании анатомо-морфологических особенностей зубов при идентификации личности.

С целью идентификации личности изучены этнотерриториальные, половые и внутрипопуляционные особенности морфологии зубных дуг человека. Для этого разработан аппаратно-программный компьютерный комплекс и созданы база данных и метод определения внутрипопуляционной изменчивости признаков зубных дуг с учетом возможного применения в судебной медицине и этнической антропологии. Разработан также способ определения этнотерриториальной принадлежности индивидуума по параметрам зубных дуг применительно к целям судебно-медицинской экспертизы.

Для определения биологического возраста индивида стоматологи и судебные медики используют сроки прорезывания (окончание прорезывания зубов мудрости) и физиологической стираемости зубов. Однако при этом не следует упускать из виду ряд обстоятельств, которые могли оказать влияние на процессы стираемости и разрушения зубов, ускоряя или замедляя их нормальный темп.

Исследованиями были установлены признаки полового диморфизма в особенностях строения зубных дуг верхней и нижней челюстей. Изучение комплекса параметров (широтные размеры, хорды, угловые размеры) подтвердило достоверность диморфизма. Частота правильного определения пола по признакам, характерным для верхней и нижней челюстей, в среднем составила около 80 %.

Изучению этно-расовых особенностей зубов посвящены многочисленные исследования антропологов. Ими доказано, что по таким критериям, как размеры и форма центральных резцов, размеры и степень прорезывания моляров, наличие дополнительных бугорков на нижних молярах, размеры коронок и длина корней, можно идентифицировать представителей негроидной, европеоидной и монголоидной рас.

Указанными авторами также приведены четкие признаки межрасового различия в зубочелюстной системе. Так, для европеоидов частота лопатообразной формы первого верхнего резца встречается в 7,8% популяции, у негроидов в 15%, а у монголоидов в 82,6%. Четырехбугорковые формы первого нижнего моляра среди рас наблюдается: у европеоидов - в 12,6%, у негроидов - в 0,5%, а у монголоидов - в 4,7%. Определенная зависимость наблюдается и при наличии бугорка Карабелли, который наблюдается у европеоидов в 44,3%, у негроидов 9,9%, а у монголоидов - 22,5%. К группе селективно нейтральных признаков отнесены лопатообразные резцы, диастема, форма верхних вторых моляров и ряд других.

При идентификации личности по стоматологическому статусу важным разделом является изучение аномалий зубных рядов и зубов человека, т.к. они занимают одно из первых мест среди заболеваний челюстно-лицевой системы .

Для идентификации личности впервые в судебной медицине предложено исследование рисунка слизистой оболочки спинки языка, анатомическое расположение которого обусловливает доступность его изучения визуальными методами, а также с помощью различных оптических приборов

Особое внимание следует уделять количеству и локализации желобовидных сосочков, которые при идентификационных исследованиях являются наиболее информативными. Для их регистрации используют достаточно простую схему: по средней линии отмечают величину угла (в градусах) от центра терминальной бороздки; на верхней горизонтальной линии справа и слева арабскими цифрами отмечают количество сосочков, расположенных на 1-м и 10-м квадратах, на нижней горизонтальной линии — количество желобовидных сосочков на 2-м и 9-м квадратах. Для точного обозначения локализации, форм и количества желобо-, листо-, грибо- и нитевидных сосочков, углов их расположения, которые строго индивидуальны, используется схема-карта, предложенная , согласно которой спинка языка делится на 10 квадратов (по 5 с каждой стороны), разделенных средней линией, идущей от пограничной борозды до середины кончика языка. 1-5-й квадраты расположены справа, а 6-10-й слева.

Для достоверного изучения рисунка спинки языка разработан комплекс современных методов исследования, максимально передающий информацию о строении слизистой оболочки.

Комплексное исследование включало: осмотр языка как у живых лиц, так и у трупов, определение его геометрических параметров; изготовление гипсовых моделей по оттискам-отпечаткам слизистой оболочки тыльной поверхности языка у трупов; компьютерное исследование с использованием цифрового фотоаппарата, внугриротовой видеокамеры и видеосъемки с помощью видеокамеры для регистрации анатомо-топографических особенностей строения дорсальной поверхности языка: гистологическое исследование слизистой оболочки языка для подтверждения выявленных макроскопических изменений ее рельефа.

Методы одно- и многомерного математического анализа позволили создать модель топографо-анатомических структур языка в норме и при заболеваниях внутренних органов. Исследовали 4 физиологические характеристики индивидуума (возраст, пол, рост, масса) и 26 параметров языка и зубочелюстной системы, которая имела свою кодировку.

Компьютерное изучение рисунка спинки языка с использованием интраоральной видеокамеры дает возможность не только зафиксировать изображение в цифровом режиме на электронной карте, но и измерить параметры изучаемого объекта с высокой степенью точности, что позволяет получить достоверные результаты.

Для определения корреляционных связей между топографо-анатомическими структурами языка в зависимости от возраста, пола и расово-этнической принадлежности разработана математическая модель, которая была положена в основу диагностических правил при идентификации личности. Применение методов одно- и многомерного математического анализа позволило выявить наиболее значимые идентификационные признаки изучаемого объекта.

В результате исследований установлено 7 возрастных интервалов, которые положены в основу диагностических правил по отождествлению личности в зависимости от исходных идентификационных признаков.

Начиная с 10-летнего возраста различия в длине языка становятся статистически значимыми по половому признаку. При сравнении максимальных размеров языка (9,5 см для женщин и 11 см для мужчин) необходимо отметить, что язык длиной более 9,5 см может быть только у мужчин. Максимальная ширина языка у женщин — 7 см, у мужчин — 7,8 см. В интервале ширины более 7 см могут быть идентифицированы только мужчины.

По толщине языка различия наблюдаются в I (5-9 лет), II (10-13 лет), V (25-44 лет) возрастных группах. При толщине языка до 0,4 см с доверительной вероятностью 80% идентифицируются женщины, а при толщине более 1,72 см — мужчины.

Объем языка в определенной степени зависит от возраста. Начиная с 5-летнего возраста он закономерно увеличивается до 61 года, затем к 80 годам незначительно уменьшается, не достигая исходных цифр.

Таким образом, с учетом изученных физиологических параметров индивидуума и морфологических структур рельефа тыльной поверхности языка при использовании многомерного математического анализа и функции линейной регрессии представляется возможным определение пола, возраста и этнорасовой принадлежности при наличии только органов полости рта как исследуемого объекта.

Сравнительно недавно в судебной медицине появились данные о возможности идентификации личности по особенностям строения рельефа твердого неба. Выбор последнего в качестве объекта исследования в указанных целях обусловлен стойкостью его к воздействию различных эндо- и экзогенных факторов. Статистически достоверной индивидуальностью обладают боковые складки слизистой оболочки твердого неба, расположенные перпендикулярно по обе стороны от небного шва и ограниченные альвеолярным краем верхней челюсти.

Слизистая оболочка твердого неба плотно сращена с надкостницей. В области срединного шва и непосредственно у зубов отсутствует подслизистый слой, и собственный слой слизистой оболочки в этих участках непосредственно сращен с надкостницей небных костей, благодаря чему слизистая оказывается плотно фиксированной.

Таким образом, анатомические данные о строении твердого неба позволяют выделить элементы, которые можно использовать для судебно-стоматологической идентификации личности: срединный (небный) шов, резцовый сосочек, складки слизистой оболочки твердого неба, идущие перпендикулярно срединному шву в определенной последовательности на разных уровнях справа и слева.

Одно из первых упоминаний о возможности использования рельефа слизистой оболочки твердого неба для целей идентификации личности относится к 1891 г.: полагал, что при установлении принадлежности идентичных зубных протезов определенному лицу различить их возможно по рельефу твердого неба, отобразившемуся в акриловом основании зубного протеза верхней челюсти. Изучение рельефа твердого неба для идентификации личности предпринято в работе.

Рельеф слизистой оболочки твердого неба может быть использован в целях идентификации личности, в связи с чем предложена система описательного кодирования рельефа слизистой оболочки твердого неба и хранения этих записей в карточках. Первые суждения об индивидуальном характере неба были высказаны в работе , где показывалось, что узоры рельефа твердого неба различны для каждого человека и сохраняются неизмененными в течение всей жизни. Индивидуальность узора рельефа слизистой оболочки твердого неба изучали на 50 парах гомозиготных близнецов . Автор отмечал число, особенности, направления складок слизистой оболочки у каждой пары близнецов и установил, что наследственность не играет роли и не отражается в вариациях узора складок твердого неба. Однако, по его данным, во многих случаях можно было выделить пары близнецов по генеральному подобию узора складок.

Н. Romero утверждал, что важность судебной стоматологии состоит в том, что она представляет средства идентификации личности, среди которых наравне с другими, а возможно, и выше стоит рельеф твердого неба. В США выделяют 3 основных компонента идентификации: дактилоскопию, одонтоскопию, ругопалатиноскопию . Значение этого исследования велико в случаях обгорания тела,а также при дефектах зубного ряда, когда обычные стоматологические сведения не позволяют определить личность неизвестного трупа. Если объект идентификации включает в себя переднюю, часть верхней челюсти, то особое значение приобретает изучение рельефа твердого неба . В исследовании подчеркнуто значение ругопалатиноскопии, поскольку твердое небо по сравнению с другими областями человеческого тела лучше всего защищено от внешних воздействий. Рельеф слизистой оболочки твердого неба — индивидуальный признак для каждого человека, и его значимость сравнима в идентификационном отношении с отпечатками пальцев.

В работе проведено изучение складок слизистой оболочки твердого неба в различных этнорасовых группах (болгар, турок, татар, вьетнамцев и др.). Описаны различие формы и размеры исследованных признаков в обследованных группах.

Разными авторами предлагались различные способы прижизненной фиксации рельефа твердого неба: прямая внутриротовая фотография, окрашивание специальным карандашом с получением оттисков на бумаге, снятие отпечатков твердого неба силиконовыми пастами с последующим покрытием полученных слепков-негативов красителем и получение оттисков-позитивов на бумаге, снятие оттисков с помощью альгинатных масс с последующей отливкой гипсовой модели . Для снятия слепков твердого неба использовали также необратимый гидроколлоид с последующим изготовлением слабоокрашенных гипсовых моделей, на которых свинцовым карандашом обводили контуры отдельных элементов рельефа твердого неба . Затем производили масштабное фотографирование, причем плоскость между ямкой и небным бугром была параллельна фотопленке.

Впервые индивидуальные особенности элементов рельефа слизистой оболочки твердого неба с применением методов статистической обработки и математического анализа изучены в работе . Исследованы особенности рельефа слизистой оболочки твердого неба у 1400 живых лиц в возрасте от 18 до 70 лет, и на основе полученных данных предложена расширенная классификация элементов рельефа слизистой оболочки твердого неба. Были выделены среди возвышенности складчатой зон, кроме двух основных элементов (резцового сосочка и небного шва), еще черточка, точка, запятая, смешанная, боковой вал, борозда и бугорок. Исходя из этой классификации, автором предложена формула рельефа слизистой оболочки твердого неба, которая отражала наличие или отсутствие и степень выраженности элементов в каждом случае, но формула не учитывала топографоанатомические особенности расположения элементов.

Особенности строения рельефа твердого неба в процессе гнилостной трансформации трупа для идентификации личности исследовали в работах [ 2, 14]. Авторами изучены особенности рельефа слизистой оболочки твердого неба у 300 живых лиц в возрасте от 18 до 30 лет и у 100 трупов (возраст 30— 70 лет), находящихся в различных стадиях гнилостной трансформации. При исследовании слизистой оболочки твердого неба путем снятия слепков с использованием стандартных альгинатных масс с последующей отливкой гипсовой модели установлено, что основными элементами рельефа твердого неба являются резцовый сосочек, срединный шов и боковые складки, идущие перпендикулярно срединному шву в определенной последовательности [2].

В связи с тем что сосочек и срединный шов являются постоянными и присутствуют у каждого человека, в качестве идентификационных признаков могут быть использованы только боковые складки. По характеру рисунка слизистой оболочки твердого неба выделены 5 форм боковых складок:

1-я — линейная; она может быть прямой или извилистой;

2-я — две расходящиеся линии в виде галочки, которые своими вершинами упираются в срединный шов;

3-я — линия, идущая от срединного шва и делящаяся на 2 ветви от середины;

4-я — линия, идущая от срединного шва и на своем свободном конце образующая рисунок в виде кольца;

5-я — линия, идущая от срединного шва и делящаяся на 3 ветви от середины.

Каждая из указанных форм боковых складок слизистой оболочки твердого неба может занимать один или несколько определенных уровней как с одной, так и с другой стороны от срединного шва.

Также выделены 5 условных уровней расположения складок, которые ограничиваются справа и слева верхним краем альвеолярного отростка:

1-й — проекция условной прямой между межзубными промежутками клыка и первого премоляра;

2-й — проекция условной прямой между серединами коронок первых премоляров;

3-й — проекция условной прямой между межзубными промежутками первого и второго премоляров;

4-й — проекция условной прямой между серединами коронок двух премоляров;

5-й — проекция условной прямой между межзубными промежутками второго премоляра и первого моляра.

Боковые складки на каждом уровне могут быть парными или одиночными, располагаться как с одной, так и с другой стороны. Проведенный анализ боковых складок слизистой оболочки твердого неба с учетом пола и возраста свидетельствует об их строгой индивидуальности. Статистический анализ определения вероятности совпадения особенностей строения слизистой оболочки твердого неба по всем параметрам с применением формулы биноминального разложения эмпирических распределений свидетельствовал о вероятности совпадения рисунка рельефа слизистой оболочки твердого неба у двух разных людей в популяции из 6 • 107 человек в 2 раза меньше. Это означает, что рельеф слизистой оболочки твердого неба у каждого человека строго индивидуален и его можно использовать как один из критериев при идентификации личности по стоматологическому статусу.

Вместе с тем антропологические аспекты этой проблемы, в частности этнорасовые и половые различия, изучены недостаточно, поэтому назрела явная необходимость углубления подходов к формулировке задач исследования, к выбору критериев разработки и оценке повышения достоверности и практической ценности результатов.

Обобщая обзор литературы по современному состоянию идентификации личности с помощью стоматологических методов исследования, следует подчеркнуть, что благодаря относительно высокой точности большинство из них вошли в практику судебно-медицинской экспертизы, и с помощью которых возможно установить пол, возраст и этнорасовую принадлежность человека даже при наличии гнилостной трансформации и мумификации трупа, а также при обнаружении расчлененных, скелетированных частей трупа и т. д.

**6.Рекомендуемая литература:**

Пиголкин Ю.И., Попов В.Л., Дубровин И.А. Судебная медицина: Учебник.-М.::ООО «Издательство «Медицинское информационное агенство,2011.- 424с.:ил.

Клевно, В. А. Судебная медицина : учебник для вузов / В. А. Клевно, В. В. Хохлов. — 2-е изд., пер. и доп. — М. : Издательство Юрайт, 2017. — 413 с.

**7. Хронокарта занятия:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| №п/п | Этапы и содержание занятия  | Используемые методы (в т.ч., интерактивные) | Время  |
| 11.1 1.2 1.3  | **Организационный момент.** Объявление темы, цели занятия.Оценка готовности аудитории, оборудования и студентов.Краткая характеристика этапов и содержания работы студентов на занятии.  | Наблюдение |  10 мин. |
| 2 | **Входной контроль** знаний, умений и навыков студентов  | Программированный тестовый контроль. Входное тестирование | 30 мин. |
| 3 | **Актуализация теоретических знаний**. | Преподаватель совместно сстудентом разбирает основные вопросы темы. Индуктивные, методы стимулирования и мотивации - анализ жизненных ситуаций | 45 мин. |
| 4 | **Отработкапрактических умений и навыков**. | студенты работают с задачами, оформляют акты судебно- медицинского исследования трупов лиц, умерших от воздействия острых предметов. | 45мин |
| 5 | **Контроль качества** формируемых компетенций /элементов компетенций (знаний, умений, навыков) студентов по теме занятия. | Каждый студент сообщает о проблемах, возникших при описании морфологических изменений данных патологических процессов. Комбинированный мозговой штурм. | 40 мин |
| 66.16.2 | **Заключительная часть занятия**:Обобщение, выводы по теме.Домашнее задание. | Разбор трудностей, возникших при самостоятельной работе выставление оценок. Методы стимулирования и мотивации долга – поощрение. | 10 мин |

**8. Форма организации занятия** - практикум

 1.Работа с лекционным материалом

 2.Работа с учебниками

 3.Решение тестовых и ситуационных задач

**9. Средства обучения:**

- дидактические (*таблицы, схемы, плакаты, раздаточный материал.)*

- материально-технические (*мел, доска, мультимедийный проектор, интерактивная доска)*

1.ОСТРЫМИ ОРУДИЯМИ ОДНОЗНАЧНОГО ДЕЙСТВИЯ ЯВЛЯЮТСЯ:

а) Колющие

б) Режущие

в) Рубящие

г) Колюще-режущие

д) Колюще-рубящие

е) Верно все

ж) Верно а), б), в)

з) Верно а), г), д)

2.ОСТРЫМИ ОРУДИЯМИ КОМБИНИРОВАННОГО ДЕЙСТВИЯ ЯВЛЯЮТСЯ:

а) Колющие

б) Режущие

в) Рубящие

г) Колюще-режущие

д) Колюще-рубящие

е) Верно все

ж) Верно г), д)

з) Верно б), в)

 3. ОСНОВНЫМ В МЕХАНИЗМЕ ОБРАЗОВАНИЯ КОЛОТОЙ РАНЫ ЯВЛЯЕТСЯ:

а) Разрушение тканей острием

б) Расслоение тканей боковыми поверхностями стержня

в) Размятие ткани боковыми поверхностями стержня

4. ОСНОВНЫМИ ПРИЗНАКАМИ КОЛОТОЙ РАНЫ ЯВЛЯЮТСЯ:

а) Дефект ткани

б) Ровные края

в) Осаднение краев

г) Неровные края

д) Щелевидная форма

е) Верно в), г), д)

ж) Верно б), в), г)

з) Верно все

 5.ВЗАИМОПОЛОЖЕНИЕ НАДРЕЗОВ ОТ РЕБЕР СТЕРЖНЯ КОЛЮЩЕГО ОРУДИЯ:

а) Отражает форму поперечного сечения стержня

б) Не отражает формы поперечного сечения стержня

6.КОЛОТЫЕ ПОВРЕЖДЕНИЯ ПЛОСКИХ КОСТЕЙ ЯВЛЯЮТСЯ ПЕРЕЛОМАМИ:

а) Вдавленными

б) Дырчатыми

в) Террасовидными

7.УСТАНОВЛЕНИЕ ФОРМЫ И РАЗМЕРОВ ПОПЕРЕЧНОГО СЕЧЕНИЯ СТЕРЖНЯ КОЛЮЩЕГО ОРУДИЯ ПРИ ИССЛЕДОВАНИИ РАНЕВОГО КАНАЛА:

а) Возможно

б) Невозможно

8.ОСНОВНЫМ В МЕХАНИЗМЕ ОБРАЗОВАНИЯ РЕЗАНОЙ РАНЫ ЯВЛЯЕТСЯ:

а) Расслоение ткани клинком режущего орудия

б) Рассечение тканей лезвием клинка

в) Трение щечек клинка о края раны и осаднение кожи

г) Размятие ткани клинком режущего орудия

9.ОСНОВНЫЕ ПРИЗНАКИ РЕЗАНОЙ РАНЫ:

а) Прямолинейная форма

б) Криволинейная форма

в) Зияние раны

г) Осаднение краев раны

д) Остроугольные концы

е) Верно все

ж) Верно а), б), в), г)

з) Верно а), б), в), д)

10.ИСТИННЫЙ РАНЕВОЙ КАНАЛ В РЕЗАНОМ ПОВРЕЖДЕНИИ:

а) Имеется

б) Отсутствует

11.ТИПИЧНАЯ РЕЗАНАЯ РАНА ИМЕЕТ МАКСИМАЛЬНУЮ ГЛУБИНУ:

а) В начале

б) В середине

в) На всем протяжении

г) В конце

12.ОСАДНЕНИЕ КРАЕВ РЕЗАНОЙ РАНЫ ЗАВИСИТ ОТ:

а) Толщины кожи

б) Остроты лезвия

в) Гладкости щечек режущего орудия

г) Осаднение отсутствует

13.ДЛИНА РЕЗАНОЙ РАНЫ ПРЕВЫШАЕТ ЕЕ ГЛУБИНУ:

а) Всегда

б) Не всегда

14.ПРИЧИНОЙ СМЕРТИ ПРИ РЕЗАНЫХ ПОВРЕЖДЕНИЯХ В ОБЛАСТИ ШЕИ МОЖЕТ БЫТЬ:

а) Острое малокровие

б) Острая кровопотеря

в) Жировая эмболия

г) Воздушная эмболия

д) Болевой шок

е) Верно а), б), г)

ж) Верно все

з) Верно в), г), д)

15.ОСНОВНЫМИ ЭЛЕМЕНТАМИ КОЛОТО-РЕЗАНОЙ РАНЫ ЯВЛЯЮТСЯ:

а) Входное отверстие

б) Лезвийная часть основного разреза

в) Обушковая часть основного разреза

г) Выходное отверстие

д) Дополнительный разрез

е) Верно б), в), д)

ж) Верно все

з) Верно а), г), д)

16.ВЗАИМОПОЛОЖЕНИЕ НАДРЕЗОВ ОТ РЕБЕР СТЕРЖНЯ КОЛЮЩЕГО ОРУДИЯ:

а) Отражает форму поперечного сечения стержня

б) Не отражает формы поперечного сечения стержня

6.КОЛОТЫЕ ПОВРЕЖДЕНИЯ ПЛОСКИХ КОСТЕЙ ЯВЛЯЮТСЯ ПЕРЕЛОМАМИ:

а) Вдавленными

б) Дырчатыми

в) Террасовидными

17.УСТАНОВЛЕНИЕ ФОРМЫ И РАЗМЕРОВ ПОПЕРЕЧНОГО СЕЧЕНИЯ СТЕРЖНЯ КОЛЮЩЕГО ОРУДИЯ ПРИ ИССЛЕДОВАНИИ РАНЕВОГО КАНАЛА:

а) Возможно

б) Невозможно

18.ОСНОВНЫМ В МЕХАНИЗМЕ ОБРАЗОВАНИЯ РЕЗАНОЙ РАНЫ ЯВЛЯЕТСЯ:

а) Расслоение ткани клинком режущего орудия

б) Рассечение тканей лезвием клинка

в) Трение щечек клинка о края раны и осаднение кожи

г) Размятие ткани клинком режущего орудия

19.ОСНОВНЫЕ ПРИЗНАКИ РЕЗАНОЙ РАНЫ:

а) Прямолинейная форма

б) Криволинейная форма

в) Зияние раны

г) Верно все

20.ИСТИННЫЙ РАНЕВОЙ КАНАЛ В РЕЗАНОМ ПОВРЕЖДЕНИИ:

а) Имеется

б) Отсутствует

11.ТИПИЧНАЯ РЕЗАНАЯ РАНА ИМЕЕТ МАКСИМАЛЬНУЮ ГЛУБИНУ:

а) В начале

б) В середине

в) На всем протяжении

г) В конце

**Ситуационные задачи**

**Задача №1** (экспертиза по материалам дела) № 244к — 9гр/00 20.06-04.09.2000 г., на основании определения Перовского межмуниципально­го (районного) суда г. Москвы (председательствующая — ф/с Г.) от 6 октября 1999 г. № б/№ помещении СПГМиМ (Федеративный проспект 17, корпус 6, кабинет 29) судебно-медицинская экспертная комиссия в составе:

председателя: ,

2 членов:

и докладчика по делу ,

произвела экспертизу по материалам гражданского дело № 2-4543/99 по иску гр-ки Б. к стоматологической поликлинике № N о возмещении ущерба.

Права и обязанности эксперта, предусмотренные ст. 82 УПК РФ, разъясне­ны; об ответственности за дачу заведомо ложного заключения по ст. 307 УК РФ предупреждены.

*Эксперты*

 (подписи)

Вопросы, подлежащие разрешению при экспертизе, и другие разделы «За­ключения» излагаются на следующих 10 листах.

На разрешение комиссионной судебно-медицинской экспертизы поставлены следующие вопросы:

1. Была ли проведена достаточно полная диагностика *гр-ки Б. врачом Г.* перед началом лечения?
2. Нуждалась ли больная *гр-ка Б.* в лечении 4 зуба сверху правой стороны, если нуждалась, то в каком?
3. Возможно ли было провести лечение 4 зуба сверху правой стороны, или он подлежал удалению?
4. Возможно ли было это определить на момент обращения *гр-ки Б.?*
5. Необходимо ли было сделать снимки перед началом лечения?
6. Качественно ли были проведены лечение 4 зуба и последующая подготовка полости рта к протезированию? Если нет, то какие были допущены нару­шения?
7. Могло ли врачебное вмешательство привести к осложнению в виде остео­миелита?
8. Мог ли быть мышьяковистый ожог в результате деструктивных изменений тканей зуба?
9. Правильно ли был назначен курс последующего физиотерапевтического лечения? \*
10. Могли ли осложнения наступить в результате несоблюдения назначенного курса физиотерапевтического лечения?
11. Возможно ли было определить у больной заболевание хронического диф­фузного парадонтита 3-й степени?
12. Могли ли осложнения возникнуть у *гр-ки Б.* в результате парадонтита?
13. Какие заболевания полости рта в настоящее время *у гр-ки Б.,* чем вы­званы, имеется ли причинная связь между врачебным вмешательством 11.02.1999 г. и имеющимися в настоящее время заболеваниями полости рта?
14. В каком конкретном лечении и по каким показаниям нуждается *гр-ка Б.* в настоящее время?
15. Могло ли привести к осложнениям, имеющимся в настоящее время, не­своевременное протезирование полости рта?
16. В каком состоянии находятся 3, 4 и 5 зубы верхней челюсти левой сторо­ны?
17. Сломан ли 3-й зуб левой стороны верхней челюсти? Если да, то в резуль­тате чего это могло произойти? Могло ли это произойти в результате вра­чебного вмешательства при установке временных коронок?
18. В каких случаях делаются спаянные коронки?
19. Проводится ли коррекция иммедиат протеза?
20. Можно ли ставить постоянные коронки до установки протеза?
21. Какая конструкция выбирается при отсутствии дистальных опор?

**ОБСТОЯТЕЛЬСТВА ДЕЛА**

Из определения Перовского межмуниципального районного суда ВАО г. Москвы следует, что 03.02.1999 г. истица обратилась в стоматологическую по­ликлинику № NXг. Москвы для подготовки к протезированию верхней челюсти в связи с заменой старого подвижного моста. Медицинские услуги оказывались лечащим врачом данной поликлиники *Г.* Согласно совету врача в целях подго­товки к протезированию возникла необходимость в удалении нервов из 4 зубов правой и левой стороны верхней челюсти. 11.02.1999 г. для удаления нерва из 4-го зуба правой стороны истице врачом была положена мышьяковистая паста в связи с тем, что анестезия не привела к положительному результату. В резуль­тате наложения мышьяковистой пасты на десне образовался ожог. 15.02.1999 г. лечащим врачом был удален нерв из зуба и назначены физиотерапевтические процедуры. Считая результаты лечения неудовлетворительными, *гр-ка Б.* об­ратилась в *стоматологическую поликлинику № St.*Москвы, где ей была удалена часть сожженной десны верхней челюсти и поставлен диагноз — химический ожог слизистой оболочки в области 3 и 4 зубов. 25 марта истице было предло­жено протезирование в *стоматологической поликлинике № N* г. Москвы, на что она дала письменное согласие. Протезирование врачом ортопедом проведено не было. За период с 26 марта по 13 апреля 1999 г. были поставлены временные коронки на 3, 4 и 5 зубы верхней челюсти левой стороны, был сломан 3-й зуб верхней челюсти левой стороны. По словам истицы, ей был причинен вред здо­ровью и моральный вред.

На комиссионную судебно-медицинскую экспертизу представлены следу­ющие документы:

* гражданское дело № 2-4543/99 по иску *гр-ки Б.* к стоматологической по­ликлинике № N о возмещении ущерба;
* медицинская карта № 2852 стоматологического больного от 23.04.1998 г.;
* медицинская карта № 1733-99 стоматологического больного от 23.02.1999 г.;
* медицинская карта стоматологического больного (без номера) от 26.03.1999 г.;
* карта больного, лечащегося в физиотерапевтическом отделении;
* два прицельных рентгеновских снимка зубов (в конверте).

**ДАННЫЕ МАТЕРИАЛОВ ДЕЛА HМЕДИЦИНСКИХ ДОКУМЕНТОВ**

В гражданском деле № 2-4543/99 по иску *гр-ки Б.* к *стоматологической поли­клинике № N* о возмещении вреда пронумерован и прошнурован 71 лист. В деле имеются нижеследующие документы, имеющие отношение к предмету экспертизы.

В исковом заявлении от 07.05.1999 г. истица сообщает, что она обратилась в стоматологическую поликлинику № N для подготовки замены старого моста верхней челюсти.

«Медицинские услуги мне оказывал *врач Г.* Согласно совету врача необходи­мо было удалить нерв 4/4 зубов левой и правой стороны. В день обращения под анестезией был удален нерв и запломбирован 4 зуб левой стороны.

11 февраля 1999 г. для удаления нерва из 4-го зуба правой стороны *врач Г.* по­ложила мышьяковую пасту в связи с тем, что анестезия не привела к положитель­ному результату, и последующий прием был назначен на 15 февраля 1999 г.

14.02.1999 г. ночью заболела десна, а утром 15.02.1999 г. я обнаружила белое пятно на десне правой стороны между 3-м и 4-м зубами (как выяснилось впо­следствии, это была протечка мышьяка, разъевшего десну).

15.02.1999 г. я обратилась к парадонтологу этой поликлиники за консультаци­ей (каб. № 15). Она направила меня к зав. отделением, о чем я сообщила *врачу Г.* В этот же день она удалила мышьяк и нерв из 4 зуба без дальнейшего лечения и направила меня в физиотерапевтический кабинет. После чего у меня опухла десна. 17.02.1999 г. мне было назначено лазерное лечение, которое мне противо­показано в связи с операцией на щитовидной железе.

До посещения *врача Г.* 3 и 4 зуб верхней правой челюсти меня не беспо­коили.

Считая результаты лечения неудовлетворительными, 19.02.1999 г. я обрати­лась в *стоматологическую поликлинику № St.*Москвы, где была удалена часть сожженной десны в области 3 и 4 зуба правой стороны верхней челюсти и по­ставлен диагноз — химический ожог слизистой оболочки в области 3 и 4 зубов.

23.02.1999 г. в ММСИ диагноз подтвержден — мышьяковистый остеомиелит в области 3 и 4 зубов и даны соответствующие рекомендации. Осмотр проводили *хирург И*., зав. отделением У. (амбулаторная карта 1733-99 от 23.02.1999 г.).

25.02.1999 г. в челюстно-лицевом госпитале диагноз подтвержден *профес­сором К*., выписаны лекарства, проводилось наблюдение (амбулаторная карта 10305 от 25.02.1999 г.).

25.03.1999 г. я обратилась с письменным заявлением о возмещении вреда здо­ровью и компенсации морального вреда к главному врачу *стоматологической поликлиники № N.* Мне было предложено протезирование в данной поликлинике, на что я дала свое согласие. \*

С 26.03.1999 г. по 13.04.1999 г. я была 7 раз на приеме у *врача-ортопеда Э.,* но к протезированию она так и не приступила. За это время она поставила вре­менные коронки на 3, 4 и 5 нормальные зубы верхней челюсти левой стороны, при этом умудрившись сломать 3 зуб. 13.04.1999 г. я сказала, что пора установить коронки постоянно, но *врач-ортопед Э.* в присутствии моей дочери М., поясни­ла, что постоянные коронки ставить нельзя до установки протеза! А также, что дальнейшее протезирование она будет осуществлять только после того, как она покажет меня специалисту (?) и получит консультацию.

Считаю, что некомпетентность и халатное отношение к своим обязанностям *врача Г.* послужили причиной причинения вреда моему здоровью, а также мо­рального вреда».

*Из возражения на исковое заявление гр-ки Б., подписанного главным врачом Б. и зам. главного врача по лечебной работе М.* следует, что:

«1. *Гр-ка Б.* для лечения должна была обратиться по месту жительства в *сто­матологическую поликлинику № S,*но обратилась лично к *врачу Г.,* работающей в *стоматологической поликлинике № N,*так как до этого неоднократно пользо­валась услугами этого врача и ей доверяла.

2.11.02.1999 г. по поводу лечения хронического пульпита 14\* зуба под анесте­зией были наложены следы мышьяковистой пасты пролонгированного действия и была назначена на прием на 15.02.1999 г. При обращении 15.02.1999 г. у боль­ной имелись жалобы на болевой синдром, отечность и гиперемия слизистой дес­ны в области лунки ранее удаленного 15 и слизистой в области 14 зуба. После проведенного лечения 14 зуба больная была направлена на лечение слизистой оболочки в области 14 зуба в физиокабинет. Больше больная к врачу не пришла. Фактически отказалась от лечения.

* 1. Возникновение ожога десны в области 14 зуба явилось результатом про­никновения мышьяковистой пасты через деструктивно-измененные кариозным процессом дентин и эмаль этого зуба и не могло быть предвидено врачом.
	2. В карте больной, лечащейся в физиотерапевтическом кабинете, поставлены диагнозы: 15 альвеолит, мышьяковистый ожог в области 14 зуба.

15.02.1999 г. была проведена физиопроцедура, о чем имеется запись в карте. А за 16.02.1999 г. запись: больная не явилась на прием.

* 1. Лечение *гр-ки Б.* по поводу ожога слизистой было несвоевременным в виду отказа от лечения больной у врача. Фактически больной не проводилось лече­ние мышьяковистого ожога слизистой оболочки в области 14 с 15.02.1999 г. по 25.03.1999 г. в связи с отказом от лечения у *врача Г.,* что и привело к развитию мышьяковистого остеомиелита в области 14, 13 зубов.

*\* Примечание:* здесь и далее зубная формула обозначена следующим обра­зом:

|  |  |
| --- | --- |
| Правая половина верхней челюсти | Левая половина верхней челюсти |
| 18 | 17 | 16 | 15 | 14 | \* 13 | 12 | И | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 |
| 48 | 47 | 46 | 45 | 44 | 43 | 42 | 41 | 31 | 32 | 33 | 34 | 35 | 36 | 37 | 38 |
| Правая половина нижней челюсти | Левая половина нижней челюсти |

* 1. У больной при клиническом и рентгенологическом обследовании имеется заболевание парадонта — хронический диффузный парадонтит 3-4-й степени, изменение костной ткани в области альвеолярного края верхней и нижней че­люсти. 14, 13, 12, 21, 22 и подвижный костный секвестр подлежат удалению. От удаления больная категорически отказалась.
	2. *Гр-ка Б.* обратилась к главному врачу *стоматологической поликлини­ки* № N 25.03.1999 г. с письменным заявлением о возмещении вреда здоровью и компенсации морального вреда в размере 30 000 руб. Больная требовала от *врача Г.* выплату этой суммы. В противном случае она будет подавать в суд, с по­следующим наказанием поликлиники — штраф в федеральный бюджет в раз­мере иска. Больную интересовала материальная сторона дела. Главным врачом поликлиники больной было предложено протезирование, на что больная дала свое согласие.
	3. Протезирование больной проводила *заведующая ортопедическим отде­лением Э.* Был принят план ортопедического лечения: рентгенологическое ис­следование зубов, удаление 14, 13, 12, 21, 22, изготовление 13 иммедиата протеза на верхнюю челюсть с последующим зубопротезированием по медицинским по­казаниям и последующей установкой постоянного съемного протеза.

Больной была предложена консультация доцента кафедры факультетской ортопедической стоматологии ММСИ, которую специально пригласили в по­ликлинику для консультации больной и подтверждения правильности выбора плана лечения и конструкции протезов.

* 1. По просьбе больной, так как она временно не может читать лекции без фронтальных зубов верхней челюсти, был изменен подход к выбору конструкции протезов в порядке их изготовления, т. е. внач^ изготовлены коронки на 23, 24, 25, 27 зубы. Коронки были поставлены врем^но 08.04.1999 г.

13.04.1999 г. больная пришла на прием с жалобами на чувствительность в об­ласти 23 зуба. Временно поставленные коронки были сняты, выведены из при­куса коронка 23 зуба (лечебная шлифовка) и вновь коронки 23,24,25 поставлены на водный дентин. На следующий прием больная не явилась.

На основании вышеизложенного считаем: *врач Г.* не могла предполагать при лечении 14 зуба развития осложнения мышьяковистого ожога слизистой десны и последующего развития остеомиелита, в этом ее вины нет. А своевременного лечения ожога не проводилось из-за того, что больная больше не пришла на прием к врачу.

Претензии *гр-ки Б.* по взысканию компенсации считаем необоснованными».

В деле имеется Акт экспертизы качества оказания медицинской помощи за­страхованным в системе ОМС № 16 от 14.07.1999 г. страховой компании «М». В работе комиссии участвовал независимый эксперт (стоматолог). Согласно за­ключению независимых экспертов:

«Лечение хронического пульпита 14 у *гр-ки Б.,* 1934 г. р., проводилось *вра­гом-стоматологом Г.* методом давитализации мышьяковой пастой. Ожог десны в области 14 возник в результате проникновения мышьяковистой пасты через деструктивно измененные кариозным процессом дентин и эмаль этого зуба и не мог быть предвиден врачом. Однако адекватное лечение ожога десны было про­ведено несвоевременно — после развития остеомиелита. В дальнейшем больная в поликлинику (до 25.03.1999 г.) не обращалась».

Из протокола судебного заседания от 15.10.1999 г. — показания ответчика *врача-стоматолога Г. «Гр-ка Б.* у меня лечилась еще в 1998 г. Первый раз она пришла, был конец моей смены, я ей сказала, чтобы она пришла завтра, ей был допульпирован 4 зуб левой стороны. 11 февраля для удаления из 4 зуба правой стороны была наложена мышьяковистая паста. Я считаю, что это не моя вина, что просочился мышьяк. Имели место деструктивные изменения в костной ткани».

На вопросы представителя истца: деструктивные изменения можно обнару­жить с помощью снимка? Но мы до депульпирования снимки не делали. Я *гр- ку Б.* не предупреждала, что могут быть негативные последствия. Мы больных предупреждали, что если зуб будет болеть, необходимо срочно приходить в поли­клинику. Возраст и состояние здоровья пациента учитывается, если бы были от­клонения, плохо, потеря сознания. Лазерное лечение — это та же физиотерапия. У больной опухла десна, ей назначили электрофорез, а потом и лазеротерапию. Но *гр-ка Б.* на лазеротерапию не пошла...».

**В продолжении указанного протокола судебного заседания от 06.10.1999 г. имеются показания стоматолога-ортопеда стоматологической поликлиники № N Э.** Она показала, что:

*«Гр-ка Б.* согласилась на протезирование, завели карту, обговорили лечение. Она приходила, когда ей удобно. Потом пропала. И была полная неожиданность, когда она пришла с дочерью и сказала, что хочет получить деньги, неправильно поставили коронки. Я поставила временные коронки по желанию *гр-ки Б.* Я все делала только по ее желанию. Я ^едложила сделать снимки всех зубов и пред­ложила удалить все верхние зубы. Коронки были поставлены на 3, 4, 5, 7-е зубы, зубы были обточены, сделаны слепки, и 8 апреля поставлены коронки. Коронки постоянные, но поставлены они временно. Я предложила *гр-ке Б.* проконсуль­тироваться с ортопедом *Е.* из ММСИ, но *гр-ка Б.* отказалась. Протезирование проводилось бесплатно, так как она пенсионерка, сделали срочно. Я считаю, что *гр-ка Б.* была сразу настроена на получение денег».

***Медицинская карта стоматологического больного № 2852*** имеет не­сколько записей. Первые две записи от 23.04 и 29.04.1998 г. относятся к лечению (пломбированию) 13 зуба.

03.02.1999 г. в начале записи имеется плохо читаемое изображение одонто-

с\* г

граммы. Простудных заболеваний, аллергических реакций нет. Лимфатические узлы не увеличены. 24 на анестезию. Подпись врача.

03.02.1999 г. 24 инфильтрационная анестезия Sol. Novocaini 2% — 4,0, Sol. adre- nalinihydr. 0,1% — 1. Подпись врача. 24 жалобы на боли ночью, зуб под пломбой. Диагноз: хронический пульпит. Под анестезией удалена пломба, на вскрытый рог пульпы наложен ars+ дентин. Явка 05.02.1999 г. Подпись врача.

* анестезия проведена, судя по записи, до клинического обследования, что может привести к неправильной диагностике и выбору метода лечения;
* приведенные объективные данные неполные, их недостаточно для поста­новки диагноза;
* диагноз указан неполно, не определена форма хронического пульпита;
* несоответствие поставленного диагноза описанию клинической картины; на основании указанных жалоб можно сделать вывод о том, что речь идет о стадии обострения;
* нет данных, обосновывающих правильность наложения мышьяковистой пасты; при гангренозной форме хронического пульпита такой метод лече­ния противопоказан и может повлечь за собой развитие мышьяковистого периодонтита, а в дальнейшем и остеомиелита;
* не указан тип мышьяковистой пасты (быстрого или пролонгированного действия), то есть не известно, на какой срок она могла быть наложена;
* не указана дата назначенного повторного посещения по поводу данного зуба.

08.02.1999 г. запись неразборчивая.

 неразборчивый почерк относится к ошибкам при оформлении, так как это обстоятельство может серьезно затруднять работу других специалистов и экспертов, то есть фактически лишает их необходимой информации.

11.02.1999 г. 14. На анестезию. Подпись врача.

11.02.1999 г. 14. Инфильтрационная анестезия Sol. Novoc. 2% + Sol. Adrenal. 0,1%. Подпись врача. Жалобы на боли ночью, зуб под пломбой 14. Под анестезией удалена пломба, на вскрытый рог пульпы наложены следы ars+ дентин. *Диагноз:* хронический пульпит.

* анестезия проведена, судя по записи, до клинического обследования, что может привести к неправильной диагностике и выбору метода лечения;
* приведенные объективные данные неполные, их недостаточно для поста­новки диагноза;
* диагноз указан неполно, не определена форма хронического пульпита;
* несоответствие поставленного диагноза описанию клинической картины, на основании указанных жалоб можно сделать вывод о том, что речь идет о стадии обострения;
* нет данных, обосновывающих правильность наложения мышьяковистой пасты; при гангренозной форме хронического пульпита такой метод лече­ния противопоказан и может повлечь за собой развитие мышьяковистого периодонтита, а в дальнейшем и остеомиелита;
* не указан тип мышьяковистой пасты (быстрого или пролонгированного действия), то есть не известно, на какой срок она могла быть наложена;
* не указана дата назначенного повторного посещения по поводу данного; зуба.

05.02.1999 г. 24. Жалоб нет, удалена временная пломба, сформирована и pac-iширена полость зуба. Удалена коронковая пульпа. Каналы медикаментозно об­работаны, заполнены эндометазоновой пастой под рентгенографическим контро­лем до верхушки. Фосфадент + эвикрол, шлифовка. Подпись врача.

* полностью отсутствуют объективные данные, позволяющие судить о coLстоянии зуба; я

® при описании лечения не указано, чем производилась медикаментозная обработка и в какой концентрации.

15.02.1999 г. 15. Жалобы на боли в области удаленного зуба, перкуссия 14 болезненна, зуб лечится по поводу пульпита. Диагноз: альвеолит. Направлена на физиотерапию. Подпись врача.

* врач не обратила внимания на состояние самого 14 зуба и окружающих его тканей и не провела, судя по сделанной записи, тщательного их обследо­вания;
* в связи с отсутствием в предыдущих записях данных о типе наложенной мышьяковистой пасты, не представляется возможным разобраться в причи­нах невнимания врача к состоянию 14 зуба и отсрочки его депульпирования.

17.01.1999 г. ФТК ИК Лазер. Подпись.

* отсутствует запись о повторном посещении по поводу 14 зуба;
* нет и указания в амбулаторной карте о неявке пациента в назначенный срок для продолжения лечения 14 зуба;
* неявка пациента на продолжение начатого лечения также является упу­щением самого врача, особенно в случае с наложением мышьяковистой пасты.

25.03.1999 г. Консультация зав. отделением. Жалобы на наличие подвижного костного фрагмента в области верхней челюсти справа. Без внешних видимых патологических изменений. Открывание полости рта свободное безболезненное. На слизистой альвеолярного гребня между 13 и 14 зубами имеется подвижный костный фрагмент — секвестр, занимающий площадь 0,3-0,5 см (край альвео­лярного гребня и перегородка между зубами). При движении секвестра проис­ходит оголение корней 14 и 13 зубов на У2 корня. *Диагноз*: остеомиелит верхней челюсти. Рекомендовано: извлечение секвестра совместно с 14 и 13 зубами с по­следующей санацией полости рта. *Диагноз*: хронический остеомиелит. Больная от вмешательства в настоящее время отказалась. Подпись зав. отделением.

* неполное описание клинической картины;
* нет данных рентгенологического исследования;
* нет подписи самой пациентки о добровольном отказе от лечения.

14.04.1999 г. По рентгенограмме. 14, 13, 12, 21, 22, 23 — резорбрия костной

ткани альвеолярного края у зубов со снижением высоты межальвеолярных пере­городок в области 14, 13, 12 на 2/3 длины корня, 21, 22 — полное рассасывание альвеолярных перегородок, 23 — на 2/3 длины корня. Остеопороз костной ткани. 14, 13, 12, 21, 22, 23 — зубы депульпированы, каналы 13, 12, 21, 22, 23 запломби­рованные, 14 — недопломбирован, в области апекса изменений не определяется, 12 — расширение периодонтальной щели, в области 21, 22 полное разрежение костной ткани. В области 14, 13 межальвеолярная перегородка отсутствует, на уровне Уз длины корня имеется секвестр размером 1 мм. Подпись зав. отделе­нием.

***Из Медицинской карты стоматологического больного № 1733-99*** от

23.02.1999 г. следует, что при явке *гр-ка Б*. жалуется на припухлость десен, боли в области 16. *Развитие настоящего заболевания:* обратилась в районную поли­клинику для санации полости рта. 11.02 сделали анестезию, после чего появилась гематома. Оставили мышьяковистую пасту в области 14. Удалили мышьякови­стую пасту 15.02. Назначили физиотерапию, отек уменьшился. Появились при­пухлость десен, оголенная часть кости. Применяла солкосерил. Данные осмотра: 14 открыт, перкуссия болезненная. Оголена костная ткань между 14 и 13, зонди­рование резко болезненно. Составлена одонтограмма:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 0 | 0 | 0 | 0 | С | П | к | 0 | К | и | П | П | 0 | 0 | П | 0 |
| 8 | 7 | 6 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| 0 | 0 | 0 | К | И | к | И | И | и | И | К | П | П | 0 | 0 | 0 |

*Диагноз:* мышьяковистый остеомиелит.

* неполное описание клинической картины;
* нет данных рентгенологического исследования;
* поставленный диагноз не обоснован;
* не составлен план лечения.

23.02.1999 г. Состояние удовлетворительное. Рекомендовано: 1. Удаление 14 с секвестром через месяц после формирования секвестра; 2. Консультация паро- донтолога; 3. Супрастин 1 таблетка 2 раза в сутки, пирометон 1 таблетка 2 раза в сутки. Подпись врача.

19.03.1999 г. Состояние удовлетворительное. Жалоб нет. Секвестр в области 14 подвижный. Рекомендовано удаление 14 и секвестрэктомия. Пациентка наме­чает протезирование, но не может работать без зубов. Поэтому просьба составить план лечения с учетом изготовления иммедиат протеза на верхнюю челюсть. Под­пись врача. Консультация ортопеда (без даты). Жалобы на затруднение переже­вывания пищи из-за частичного отсутствия зубов на верхней челюсти и нижней челюсти. Объективно: 18,17,16,15 отсутствуют; 14,13,12, 21, 22 — подвижность 3-4-й степени. В плане ортопедического лечения: 1) удалить 14, 13, 12, 21, 22; 2) изготовить иммедиат-протез на верхнюю челюсть,,Подпись врача.

нет указаний, по какой причине пациентка на протяжении двух недель после консультации не выполняла сделанные рекомендации; каждый день про­медления в сложившейся ситуации способствует усугублению состояния.

11.05.1999 г. Состояние удовлетворительное. Больная испытывает страх пе­ред хирургическим вмешательством. Премедикация: раствор пелании + настойка пустырника + настойка валерианы под инфильтрационной анестезией Sol. Ultra- caini14, 13, 12, 21 с секвестром в области 14, 13. Кюретаж. В области 14, И вы­кроен слизисто-надкостничный лоскут, смещен к переходной складке, сглажены острые костные выступы. Лоскут уложен на место, фиксирован кетгутом. Рана обработана бриллиантовым зеленым. Холод. Явка. Подпись врача.

20.04, 23.04, 11.05, 12.05.1999 г. Этапы протезирования частичного съемногб протеза.

12.05.1999 г. Состояние удовлетворительное. Жалобы на припухлость губы и незначительную боль в области операции. Определяется значительный отек верхней губы и щечной области справа. Швы сохранены. Антисептическая об­работка швов. Выдан б/л № 056020 с 12 по 14.05.99 г. Явка 14.05.1999 г. Подпись врача.

14.05.1999 г. Состояние удовлетворительное. Отек сохраняется. Швы обрабо­таны. Б/л продлен по 18.05.1999 г. Подпись врача.

18.05.1999 г. Состояние удовлетворительное. Жалоб нет. Швы частично рас­сосались. Воспалительные явления не выражены. К труду с 19.05.1999 г. Подпись врача.

08.06.1999 г. Состояние удовлетворительное. Жалобы на боль в верхней че­люсти в области 13, 12, 11. При осмотре определяется гиперемия и отек слизи­стой оболочки в области 23, 22, 21. *Диагноз:* намин от протеза. Рекомендована коррекция протеза. Подпись врача.

08.06.1999 г. 23 выпала пломба, дефект пломбы. Депульпирован. Костный канал запломбирован, препарирован. Подпись врача.

08.06.1999 г. Фиксация коронок на цемент. Коррекция частичного съемного протеза. Подпись врача.

***Из медицинской карты стоматологического больного от 26.03.1999 г.*** следует, что в при посещении поликлиники в этот день предъявляла жалобы на косметический дефект и затруднение пережевывания пищи. Больная страдает язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки, узловой формой гипертиреоза, перенесла холецистэктомию. Мостовидные протезы, имеющиеся во рту на 12 х 21 22 х х 33 45 х 43 х х, изготовлены, со слов больной, более 10 лет назад. Съемными протезами не пользовалась. Лимфатические узлы не пальпируются. Составлена одонтограмма:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 0 | 0 | 0 | 0 |  |  | К | Ф | К | KR |  |  |  | 0 | 0 | 0 |
| 8 | 7 | 6 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | 1 | 2 | 3 | *А* | 5 | 6 | 7 | 8 |
| 0 | 0 | 0 | К | Ф | К | Ф | Ф | ф | Ф | К |  |  | 0 | 0 | 0 |

Отмечено снижение нижнего отдела лица. Прикус ортогнатический. Слизи­стая оболочка полости рта гиперемирована и отечна. Имеется подвижный сек­вестр в области 14, 13. *Диагноз:* частичная вторичная адентия обёих челюстей осложненная хроническим диффузным парадонтитом тяжелой формы.

31.03.1999 г. и 13.04.1999 г. произведено рентгенографическое исследование 14, 13, 12, 21, 22, 23, 24, 25 зубов (прицельные снимки прилагаются в пакете).

26.03.1999 г. Больная жалуется на затрудненное пережевывание пищи, на наличие секвестра в области 14, 13, 11 зубов. Приведен диагноз (см. выше). На рентгенограмме 14, 13, 12, 21, 22, 23 резорбция костной ткани альвеолярного края со снижением высоты межальвеолярных перегородок области 24, 23, 22 на 2/3 длины корня, 21, 22 полное рассасывание альвеолярной перегородки 23 на 2/3 корня. Остеопороз кости. 14, 13, 12, 21, 22, 23 зубы депульпированы. 14 ка­нал не пломбирован, в области апекса изменений нет. 13, 12, 21, 22, 23 каналы пломбированы, у 12 расширение периодонтальной щели, в области 21, 22 полное разрежение костной ткани. В области 14, 13 межальвеолярная перегородка от­сутствует на уровне У3 длины корня. Определяется секвестр размерами 1,5 мм. На рентгеновском снимке 45, 43, 33 — 43 подлежит удалению.

*План лечения:*

1. Рентгеновские снимки не обследованных ранее зубов.
2. Удаление 14, 13, 12, 21, 22, 43 зубов.
3. Изготовить спаянные коронки на 23, 24, 25.
4. Одиночную коронку на 27.
5. Переделать мостовидный протез на 15 х х х х х х 23 24 25.
6. Изготовить частичные съемные протезы на верхнюю и нижнюю челюсти. Больная ответила, что подумает и даст ответ о своем решении.

Подпись врача.

31.04.1999 г. Больная направлена на рентгенографию 27 зуба. На рентгено­грамме резорбция костной ткани на 1/2 длины корня. 27 под пломбой, не депуль- пирован, без изменений в области корня зуба. Учитывая просьбу больной, что она не может читать лекции без фронтальных зубов, был изменен подход к выбору конструкций протезов и к порядку их изготовления. Было решено изготовить:

* 1. Коронки спаянные на 23, 24, 25.
	2. Одиночную коронку на 27.
	3. Иммедиат-протез на верхнюю челюсть. С дальнейшим кардинальным про­тезированием (записанным от 26.03.1999 г.). В июле месяце 1999 г., когда будут каникулы в университете. Затем была оформлена работа. Препарированы 23, 24, 25, 27 зубы. Сняты слепки с верхней и нижней челюстей. Подпись врача.

02.04.1999 г. Припасовка коронок 23, 24, 25, 27. Снят слепок для спайки ко­ронок.

05.04.1999 г. Припасовка спаянных коронок 23, 24, 25, 27. Подпись врача.

08.04.1999 г. Фиксация коронок 23, 24, 25,27 на водный дентин. Больная была назначена на 12.04.1999 г. на 14 часов на консультацию к профессору ММСИ, от чего отказалась. Подпись врача.

• нет письменного отказа пациентки от консультации.

11.04.1999 г. Я позвонила больной домой и еще раз пригласила ее на консуль­тацию, от чего она категорически отказалась. Подпись врача.

13.04.1999 г. Больная пришла на прием с жалобами на чувствительность в об­ласти 23, были сняты временно поставленные коронки, выведена из прикуса коронка 23 зуба. Вновь коронки 23, 24, 25 поставлены на водный дентин. Еще раз обследуя зубы и рентгеновские снимки, учитывая состояние зубов и сложное протезирование больной, было предложено временно на один день оставить рент­геновские снимки для их описания. Больная их оставила, но тут же вернулась с требованием их вернуть, так как они были сделаны не в нашей поликлинике. Тогда было предложено сделать рентгеновские снимки в поликлинике, и было дано направление на рентгенографическое исследование. Старые рентгеновские снимки больной возвращены. Больная на приеме была с дочерью. Они были агрессивно настроены, оскорбляли врача в присутствии других врачей, больных и охранника. Подпись врача.

***Из карты больного, лечащегося в физиотерапевтическом отделении,*** видно, что А.В. Барышева с диагнозом 15 альвеолит лечилась в ФТО.

1. г. — флеонит — доза средняя. 17.02.1999 г. Осмотрена. УФ заме­нить на И К лазер в область 15, 14 (14 — ожог arsмежзубного сосочка). От ле­чения отказалась 18.03.1999 г., на дальнейшее лечение не явилась. Записи удо­стоверены подписями.

*Обстоятельства дела составлены врачом судебно-медицинским экспертом.*

*С обстоятельства дела ознакомлены:* (подписи).

1. г. профессором Р. произведено описание представленных на экс­пертизу внутриротовых рентгенограмм от 13.04.1999 г. 14, 13, 12. Каналы 13, 12 недопломбированы и запломбированы неоднородно. В канале 14 остаток инстру­мента. Остаток пломбировочного материала в проекции лунки 15. Пародонтит с активными деструктивными изменениями разной глубины. Наблюдается глу­бокий костный карман между 13 и 14. В этом промежутке интенсивная тень кост­ной ткани (секвестр). 21, 22, 23, 24, 25: Большие зоны деструкции вокруг 21, 22 (пара- и периодонтальные очаги сливаются). Периодонтит у 24. Каналы 21, 22, 24 неопломбированы, а 23 запломбирован почти полно, остаток инструмента. 27 — кариес пришеечный (десневой), поддесневые отложения, пародонт не изменен.

20.07.2000 г. по телефону *истице Б.* предложено явиться на осмотр полости рта, что обусловлено последующим решением некоторых вопросов определения Перовского межмуниципального суда. *Истица* сообщила, что на освидетельство­вание она не явится, поскольку решать вопросы необходимо было год назад, а за этот период производилось перепротезирование зубов. Она сообщила также, что о нашей беседе сообщит своему адвокату. В последующем истица по телефону (после беседы со своим адвокатом) согласилась освидетельствоваться в комис­сии. Был назначен согласованный срок освидетельствования, но по просьбе ис­тицы срок был перенесен на один месяц до конца августа.

04.09.2000 г. ...произведено освидетельствование *гр-ки Б.* При этом установле­но. Жалобы: на неприятные ощущения в области зубных протезов. Объективно: слизистая полости рта обычной розоватой окраски, влажная, блестящая. Со­ставлена одонтограмма:

|  |  |
| --- | --- |
| Правая половина верхней челюсти | Левая половина верхней челюсти |
| 18 | 17 | 16 | 15 | 14 | 13 | 12 | 11 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 |
| 48 | 47 | 46 | 45 | 44 | 43 | 42 | 41 | 31 | 32 | 33 | 34 | 35 | 36 | 37 | 38 |
| Правая половина нижней челюсти | Левая половина нижней челюсти |

**ВЫВОДЫ**

На основании комиссионной экспертизы, произведенной по материалам гражданского дела № 2-4543/99 и медицинским документам *гр-ки Б*., объектив­ного клинического осмотра истицы приходим к следующим выводам.

* Перед началом лечения *гр-ки Б. врачом-стоматологом Г.* не была осущест­влена достаточно полная диагностика заболеваний со стороны зубного аппарата истицы. Диагноз «хронический пульпит» не обоснован клини­ческими данными, не диагностировано заболевание тканей пародонта: ге­нерализованный пародонтит тяжелой степени.
* (Ответ на вопросы 2, 3, 4 определения.) *гр-ка Б.* нуждалась в лечении 4-го зуба на верхней челюсти справа (хронический пульпит), что было определено на момент обращения к врачу-стоматологу. Ей было показано лечение, не связанное с удалением этого зуба, которое проводил *врач Г.*
* (Ответ на вопрос 5 определения.) Диагноз «хронический пульпит», кото­рый установил *врач* Г., можно установить на основании жалоб, анамнеза за­болевания и клинической картины, выявленной при объективном осмотре полости рта. Рентгенологическое обследование при диагностике данного заболевания является вспомогательным инструментальным методом и не является обязательным.
* (Ответ на вопросы 6, 7 определения.) Лечение 4 зуба на верхней челюсти справа у *гр-ки Б*., начатое 11.02.1999 г. в *стоматологической поликлинике № N* по поводу хронического пульпита методом девитальной экстирпации пульпы, не было закончено. В процессе лечения возникло осложнение: произошло проникновение мышьяковистого ангидрида на слизистую обо­лочку десны и прилегающую костную ткань из-за недостаточной герме­тизации временной пломбой. В результате химического ожога в после­дующем образовался некроз (омертвение) межзубного десневого сосочка с секвестрацией (отторжением) стенки альвеолы (лунки для размещения зуба). Указанное осложнение возникло вследствие несоблюдения лечащим врачом правил наложения мышьяковистой пасты для девитальной экс­тирпации пульпы зуба. Произвести оценку качества подготовки полости рта *гр-ки Б.* к протезированию не представляется возможным ввиду отсут­ствия в представленной карте стоматологического больного плана лечения, отражающего весь объем стоматологического вмешательства (терапевти­ческого, хирургического, консультации-рекомендации стоматолога-орто- педа).
* (Ответ на вопрос 8 определения.) Учитывая то обстоятельство, что од­ним из показаний к наложению мышьяковистой пасты для девитальной экстирпации пульпы зуба является наличие у пациента деструктивных изменений тканей зуба (кариес), экспертная комиссия считает, что хими­ческий ожог и последующие осложнения не связаны с деструктивными изменениями ткани зуба, а вызваны другой причиной, указанной в п. 4 настоящих выводов.
* (Ответ на вопросы 9, 10 определения.) Курс последующего физиотера­певтического лечения по поводу альвеолита (луночные боли) стоматоло­гом-терапевтом соответственно установленному диагнозу был назначен правильно. Наступившее в процессе лечения зубов осложнение (см. п. 4 выводов) не связано с несоблюдением назначенных физиотерапевтических процедур.
* (Ответ на вопросы 11, 12 определения.) Уже при первичном клиническом обследовании стоматологом-терапевтом *гр-ки Б.* можно было диагности­ровать имеющееся у нее заболевание — пародонтит, которое само по себе не явилось причиной возникновения осложнений, наступивших в процессе лечения зубов.
* (Ответ на вопрос 13 определения.) Анализ представленных медицинских документов и результаты освидетельствования от 04.09.2000 г. показали, что у *гр-ки Б.* имеются следующие заболевания полости рта:
	1. частичная вторичная адентия (полное отсутствие жевательных групп зубов, 4 центральных нижних зубов и т. д. — всего из 28 зубов отсут­ствуют 15);
	2. пародонтит генерализованный.

Прямой причинно-следственной связи между врачебным вмешательством 11.02.1999 г. и имеющимися заболеваниями в полости рта у *гр-ки Б.* ко­миссия не усматривает. Вместе с тем следует отметить, что в результате возникших в процессе лечения осложнений (описаны в п. 4 выводов) до­полнительно удалены два зуба — на верхней челюсти справа 13 и 14-й.

* (Ответ на вопрос 14 определения.) В настоящее время *гр-ка Б.* нуждается в плановом протезировании зубов с предварительной санацией полости рта.
* (Ответ на вопросы 16, 17 определения.) В настоящее время 23-й, 24-й и 25-й зубы фиксированы коронками из желтого металла, спаянные, от­носительно устойчивы. Жалоб на боль в области этих зубов истица не предъявляет. Перкуссия зубов безболезненная, воспалительные явления отсутствуют. Определить наличие перелома по представленным докумен­там и при объективном осмотре в настоящее время не представляется воз­можным: зуб покрыт коронкой. Со слов *гр-ки* ранее имел место скол части коронки.
* (Ответ на вопрос 18 определения.) Спаянные коронки изготавливаются по строго индивидуальным показаниям; в данном случае спаянные коронки 23, 24, 25 зубов изготовлены по показаниям.
* (Ответ на вопрос 19 определения.) Коррекция иммедиат протеза прово­дится при возникновении такой необходимости.
* (Ответ на вопрос 20 определения.) Перед установкой съемного протеза производится постоянная фиксация коронок на опорные зубы.
* (Ответ на вопрос 21 определения.) Учитывая настоящий стоматологиче­ский статус *гр-ки Б*., ей показано протезирование с изготовлением частич- но-съемных протезов.
* (Ответ на вопрос 15 определения.) Для решения указанного вопроса не­обходимо уточнить: о каких конкретно осложнениях идет речь?

*Председатель комиссии:* (подпись)

*Члены комиссии:* (подписи)

Задача2.

ОБСТОЯТЕЛЬСТВА ДЕЛА: В направлении указано, что направляется труп г-на М., 56 лет, для установления причины смерти, наличия повреждений, определения тяжести вреда здоровью. Со слов родственников упал по пути на кухню и умер, медицинская помощь не оказывалась. НАРУЖНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ. Труп доставлен в рубашке серого цвета, спортивных брюках синего цвета, трусах черного цвета. Труп мужского пола. Кожные покровы бледно-серые за исключением головы, шеи и плечевого пояса, где отмечается синюшность кожных покровов. Трупные пятна сине-фиолетовые, насыщенные, расположены на задней поверхности туловища, при дозированном надавливании цвет не изменяют. Трупное окоченение хорошо выражено во всех исследуемых группах мышц. ПОВРЕЖДЕНИЯ: В левой лобной области ссадина неопределенной формы размером 4х2см с красно-коричневой поверхностью ниже уровня кожи. Каких-либо других повреждений не обнаружено. ВНУТРЕННЕЕ ИССЛЕДОВАНИЕ: Полость черепа: Кожно-мышечный лоскут головы блестящий, бледно-розового цвета с наличием бледно-вишневого кровоизлияния в левой лобной области размером 3х2см. Височные мышцы без кровоизлияний. Твердая мозговая оболочка перламутрового вида, не напряжена, блестящая. Сосуды мягкой мозговой оболочки расширены, полнокровны. Вещество головного мозга мягко-эластической консистенции. На разрезе слои определяются хорошо. Желудочки мозга не расширены, эпендима их бледная, блестящая. В плевральных и брюшной полостях жидкости и спаек нет. Листки плевры и брюшины гладкие, блестящие. В 17 просвете аорты жидкая темная кровь. Почки парные, бобовидной формы, массой 280гр. обе, эластической консистенции, на разрезе слои определяются хорошо, корковый синюшного цвета, мозговой темно-синюшного цвета. Язык на разрезе мясистого вида, без кровоизлияний. Пищевод и трахея без особенностей. Легкие мягко-эластической консистенции, на разрезе однородного серо-синюшного цвета, режутся с похрустыванием. Стенки бронхов утолщены, выстоят над поверхностью разрезов. С поверхности разреза стекает жидкая темная кровь. В полостях сердца жидкая темная кровь. Эндокард бледно-серый, блестящий. Миокард однородного красно- коричневого цвета с единичными белесыми прожилками. В просвете легочного ствола тромботические массы в виде «наездника», при расправлении напоминает жгут диаметром около 0,8см, шероховатые с поверхности, крошковатой консистенции, слоистого строения на разрезе. В просвете дистальных отделов ветвей легочной артерии жидкая темная кровь. В полости желудка содержимого нет. Поджелудочная железа мягко- эластичной консистенции, на разрезе дольчатого вида. Печень массой 1620гр., поверхность гладкая, на разрезе желто-коричневого цвета. В просвете кишечника свойственное отделам содержимое. Произведены диагностические разрезы нижних конечностей с исследованием поверхностных и глубоких вен: слева в просвете жидкая кровь, справа на уровне голени в глубокой вене обнаружено расширение просвета, шероховатость внутренней оболочки, на последней определяются плотно припаянные тромботические массы серо-вишневого цвета. Данные лабораторных исследований: при судебно-химическом исследовании в крови обнаружено 1,1%о, в моче - 1,6%о этилового спирта. При судебно-гистологическом исследовании в стенке глубокой вены и окружающих тканях умеренная лифмо-гистиоцитарная инфильтрация с единичными лейкоцитами, склеротические изменения; со стороны интимы тромботические массы.

1. Какова причина смерти?

2. Какова давность наступления смерти?

3. Имеются ли на трупе повреждения, прижизненность, давность, связь с наступлением смерти, степень тяжести?

4. Принимал ли незадолго до смерти алкоголь, если да, то какова степень алкогольного опьянения?

5. Страдал ли хроническими заболеваниями?

Эталон.

1. При экспертизе трупа несовершеннолетней Н., 12 лет, обнаружено проникающее ранение живота с повреждением правой доли печени и массивной кровопотерей в брюшной полости (2400 мл жидкой крови с рыхлыми свертками).

 2. Учитывая преобладание глубины раны над ее длиной, рана имела ровные, неосадненные края, один конец М-образный, второй – острый, можно утверждать, что данное повреждение возникло от воздействия орудия, обладающего колюще-режущими свойствами с шириной клинка в следообразующей части около 1,8 см, толщиной обуха 0,1см. Указанный вывод подтверждается также данными дополнительного исследования.

 3. Наличие кровоизлияний в мягких тканях в области повреждения и по ходу раневого канала дает основание утверждать, что повреждение является 43 прижизненным. Указанный вывод подтверждается обнаружением признаков массивной кровопотери. Учитывая характер повреждения и признаки массивной кровопотери, смерть наступила в короткий промежуток времени, исчисляемый десятками минут. Для решения вопроса по существу необходимо изучение материалов дела.

4. Согласно медицинским критериям (приказ №194н от 24.04.2008г п.6.1.15.), рана живота, проникающая в брюшную полость, является опасным для жизни вредом здоровью и по этому признаку квалифицируется как ТЯЖКИЙ вред, причиненный здоровью человека.

5. Обнаружение признаков массивной кровопотери дает основание утверждать, что причиной смерти явилась кровопотеря вследствие колото- резаного ранения живота, сопровождавшегося повреждением брюшины и правой доли печени.