

Министерство науки и высшего образования Российской Федерации
Ярославский государственный университет им. П. Г. Демидова
Кафедра уголовного процесса и криминалистики

СУДЕБНАЯ МЕДИЦИНА

Сборник задач

Ярославль
ЯрГУ
2020

УДК 340.6(076.1)
ББК Р81я73-4
С89

*Рекомендовано
Редакционно-издательским советом университета
в качестве учебного издания. План 2020 года*

Рецензент
кафедра уголовного процесса и криминалистики
ЯрГУ им. П. Г. Демидова

Составитель
Р. Ю. Смирнов

Судебная медицина : сборник задач / сост. Р. Ю. Смирнов ; Яросл. гос. ун-т им. П. Г. Демидова. — Ярославль : ЯрГУ, 2020. — 40 с.

Сборник содержит задачи для практических занятий. При составлении сборника задач использованы материалы местной судебно-медицинской экспертной практики.

Предназначен для студентов, изучающих дисциплину «Судебная медицина».

УДК 340.6(076.1)
ББК Р81я73-4

© ЯрГУ, 2020

Судебно-медицинская оценка вреда здоровью является самым распространённым видом судебно-медицинской деятельности. Результаты такой оценки, по сути, определяют юридическую квалификацию соответствующего деяния. Анализ материалов правоприменительной практики свидетельствует о том, что та или иная сторона процесса часто не соглашается с выводами эксперта по вопросам о причинении вреда здоровью и оценки его тяжести. Обычно реальная причина подобных ситуаций заключается в том, что лица, не имеющие специальных судебно-медицинских познаний, некорректно трактуют существующие медицинские критерии оценки тяжести вреда, причиненного здоровью человека, и/или не имеют адекватного представления о правилах и алгоритмах применения этих критериев. Тем не менее в некоторых случаях такие претензии к заключению эксперта абсолютно обоснованны и влекут за собой назначение повторных экспертиз, иные выводы о причиненном вреде здоровью со всеми вытекающими из этого факта юридическими последствиями (в том числе, например, признание деяния преступным).

Таким образом, студенту-юристу абсолютно необходимо знать принципы и содержание критериев определения вреда, причиненного здоровью человека, а также обладать навыками самостоятельного решения соответствующих задач.

При решении казусов из данного сборника следует руководствоваться двумя нормативными правовыми актами:

1) постановлением Правительства РФ от 17.08.2007 № 522 «Об утверждении Правил определения степени тяжести вреда, причиненного здоровью человека»;

2) приказом Минздравсоцразвития России от 24.04.2008 № 194н «Об утверждении Медицинских критериев определения степени тяжести вреда, причиненного здоровью человека».

Кроме того, в некоторых случаях оценки длительности расстройства здоровья следует учитывать «Ориентировочные сроки временной нетрудоспособности при наиболее распространённых заболеваниях и травмах (в соответствии с МКБ-10)» (письмо Фонда социального страхования РФ от 1 сентября 2000 г. № 02-18/10-5766).

При решении задачи прежде всего следует ответить на вопрос «Был ли причинен вред здоровью?» и обязательно обосновать свой от-

вет. Решение этого вопроса зависит не от вида повреждения (травмы), а только от возникновения или невозникновения посттравматического нарушения какой-либо **функции (или функций) организма** (т. е. появления или не появления **ограничения тех или иных телесных способностей** травмированного человека). Поэтому обоснование ответа на данный вопрос должно обязательно содержать указание на конкретную (например, двигательную, защитную и т. д.) функцию организма, нарушения которой не произошло, или, наоборот, оно состоялось.

Если было принято решение о том, что вред здоровью человека причинён, то далее необходимо ответить на вопрос «Какова тяжесть этого вреда?» и также сделать соответствующее обоснование. Последнее обязательно должно содержать указание на **критерий** (например, опасность для жизни, длительность расстройства здоровья и т. д.) и/или **конкретный признак** вреда здоровью (например, длительное расстройство здоровья, незначительная стойкая утрата общей трудоспособности и т. д.). Дополнительно необходимо сослаться на соответствующий пункт (или несколько пунктов) приказа Минздравсоцразвития России от 24.04.2008 № 194н «Об утверждении Медицинских критериев определения степени тяжести вреда, причиненного здоровью человека».

Наиболее распространённой ошибкой при решении задач является некорректное использование критерия стойкой утраты общей трудоспособности (и соответствующей таблицы из приложения к приказу Минздравсоцразвития России от 24.04.2008 № 194н «Об утверждении Медицинских критериев определения степени тяжести вреда, причиненного здоровью человека»). Необходимо помнить, что данный критерий применим **только в случае** формирования **невосстановимых последствий** травмы (т. е. увечья и т. п.).

Задача 1

Гр-н С., 28 лет. Накануне вечером незнакомый распылил с расстояния 10 см газовый баллончик в лицо.

Данные освидетельствования: предъявляет жалобы на жжение кожи лица и глазных яблок, ухудшения зрения не отмечает. Каких-либо видимых повреждений на коже лица, в том числе век обоих глаз, и на глазных яблоках не обнаружено.

Задача 2

Гр-ка Р., 20 лет. 07 октября в трамвае неизвестный нанес удары кулаком по лицу.

Данные освидетельствования 10 октября: на нижнем веке левого глаза и левой щеке кровоподтек неправильной овальной формы с нечеткими контурами синевато-зеленого цвета, размером 4,0 х 3,2 см. На верхней и нижней губе в проекции 4-х зубов в средней трети вертикально расположенные раны линейной формы длиной по 0,6 см с гладким белесоватым дном.

Задача 3

Гр-ка С., 54 лет. Накануне вечером в бытовой ссоре соседка нанесла удары кулаками.

Данные освидетельствования: в области правой скуловой дуги темно-синий округлый кровоподтек диаметром 3,0 см. Верхняя губа припухшая, на её слизистой в центре овальный темно-красный кровоподтек 4,0 х 2,0 см и линейная рана длиной 0,9 см с гладкими белесоватыми краями и чистым белесоватым дном.

Задача 4

Гр-ка З., 27 лет. 28 октября в семейной ссоре пьяный муж нанес удары кулаками и укусил за палец.

Данные освидетельствования 30 октября: в области угла нижней челюсти слева овальный темно-синий кровоподтек 5,0 х 4,0 см. На задней поверхности средней трети правого плеча — шесть, а на передней поверхности — два округлых кровоподтека бледно-синего цвета, размерами по 1,5 х 1,0 см. На тыльной поверхности средней фаланги 2-го пальца левой кисти поперечно расположенная рана длиной 0,7 см, покрытая засохшей темно-красной корочкой. Со-

ответственно ей на ладонной поверхности пальца линейная ссадина длиной 0,5 см, покрытая темно-бурой плотной корочкой, возвышающейся над уровнем окружающей кожи.

Задача 5

Гр-н И., 44 лет. 3 января во дворе дома подросток бросил куском льда в лицо.

Данные освидетельствования 8 января: в центре лба на 4 см выше переносицы овальная ссадина 3,0 х 2,0 см, покрытая плотной темно-бурой корочкой, слегка отслаивающейся по периферии. На верхних веках обоих глаз распространенные багрово-синие кровоподтеки с желтоватым оттенком в верхней части.

Задача 6

Гр-н Ш., 15 лет. 14 июля старшеклассники во дворе школы нанесли удары кулаками и ногами по голове.

Данные освидетельствования 16 июля: на верхних и нижних веках обоих глаз, в лобной области справа — по одному кровоподтеку неправильной овальной формы синего цвета с нечеткими контурами, размерами от 4,0 х 2,0 см до 4,5 х 2,6 см. У наружного конца левой брови (1 шт.), у наружного угла левого глаза (2 шт.), на красной кайме нижней губы (2 шт.) — ссадины неправильной линейной формы, размерами от 0,4 х 0,2 см до 3,0 х 0,2 см. Все ссадины покрыты темно-красными сухими корочками, возвышающимися над уровнем неповрежденной кожи. На слизистой оболочке верхней губы по средней линии ссадина неправильной овальной формы, покрытая желто-серым налетом, размерами 0,8 х 0,5 см. На белочной оболочке правого глаза ниже радужки кровоизлияние красного цвета неправильной овальной формы с четкими контурами, размерами 1,4 х 0,7 см.

Задача 7

Гр-н М., 28 лет. 01 октября знакомый нанес удар пистолетом в живот.

Данные освидетельствования 03 октября: на передней брюшной стенке на 4 см слева от пупка ссадина кольцевидной формы, диаметром 1,0 см. Ссадина покрыта темно-коричневой сухой корочкой, воз-

вышающей над кожей. Кожа вокруг ссадины на участке размером 4 x 3,5 см гиперемирована, отечна.

Задача 8

Гр-ка К., 24 лет. 06 июля на улице жена знакомого на почве ревности поцарапала лицо ногтями.

Данные освидетельствования 07 июля: на лбу и обеих щеках 27 беспорядочно расположенных ссадин длиной от 0,8 до 5,0 см, прямолинейной и слегка дугообразной формы. Царапины покрыты плотными темно-красными корочками, возвышающимися над уровнем неповрежденной кожи.

Задача 9

Гр-ка Ю., 13 лет. 27 июня дома пьяный отчим выпорол веревкой.

Данные освидетельствования 28 июня: на спине в среднем и нижнем отделах, на обеих ягодицах имеется 18 полосчатых багрово-синих кровоподтеков шириной по 1,0 см, длиной от 12 до 20 см, имеющих направление сверху вниз и слева направо, частью перекрещивающихся.

Задача 10

Гр-ка С., 18 лет. 06 февраля в бытовой ссоре на кухне соседка плеснула на руку кипящую воду из кастрюли. Потерпевшая сразу обратилась в травмопункт. В справке из травмопункта указано, что 06 февраля у гр-ки С. имел место ожог тыльной поверхности правой кисти I–II степени. Произведена обработка ожоговой поверхности, наложена влажно-высыхающая повязка.

Данные освидетельствования 12 февраля: на тыльной поверхности правой кисти в области основных фаланг 2–5 пальцев и 2–5 пястных костей кожа лишена надкожицы, синюшно-розовая, гладкая, влажная, с небольшим мутноватым отделяемым. Край участка неровный, с остатками надкожицы в виде бахромок.

Переосвидетельствование 25 февраля: кожа на тыльной поверхности правой кисти с тонкой, блестящей, слегка сморщенной, бледно-розовой надкожицей. Движения пальцев кисти в полном объеме.

Задача 11

Гр-н Б., 54 лет. 20 марта неизвестный ударил тяжелым предметом по голове. Потерпевший доставлен в травмопункт.

Данные освидетельствования 21 марта: в теменной области слева рана линейной формы с неровными краями, острыми концами, длиной 3,5 см с наложенными двумя хирургическими швами, длинник раны расположен соответственно цифрам 4 и 10 условного циферблата часов. Волосы вокруг раны сбриты. На рентгенограмме костей свода черепа костных травматических изменений не обнаружено. 27 марта швы сняты.

Задача 12

Гр-ка П., 18 лет. 15 января отец нанес удар по лицу.

Данные освидетельствования 16 января: на спинке носа кровоподтек синего цвета неправильной овальной формы с нечеткими контурами размерами 2,0 x 1,5 см, в центре которого располагается ссадина неправильной овальной формы размерами 0,5 x 0,3 см, покрытая темно-красной сухой корочкой, возвышающейся над уровнем неповрежденной кожи. Спинка носа смещена вправо, болезненна при пальпации. Отмечает затруднение дыхания через нос. На представленной рентгенограмме определяется перелом костей носа со смещением отломков.

Задача 13

Гр-н Р., 24 лет. 23 февраля знакомый выбил зубы.

Данные освидетельствования 24 февраля: на слизистой оболочке верхней губы кровоизлияние красного цвета неправильной овальной формы с четкими контурами размерами 2,8 x 1,6 см, в центре которого ссадина неправильной овальной формы размерами 0,6 x 0,5 см, покрытая желто-серым налетом. На верхней челюсти отсутствуют два первых зуба (один справа и один — слева). Лунки отсутствующих зубов с неровными краями и темно-красным влажным дном.

Задача 14

Гр-н С., 25 лет. 30 июня выпал из кабины грузовика.

Данные освидетельствования 2 июля: на наружной поверхности правого голеностопного сустава кровоподтек синего цвета неправиль-

ной овальной формы с нечеткими контурами, размерами 6,0 x 4,5 см. Мягкие ткани на передненаружной поверхности правого голеностопного сустава увеличены в объеме (отёчны), болезненны при пальпации (ощупывании). Опора на правую стопу болезненна. Движения в правом голеностопном суставе и в пальцах стопы ограничены, болезненны. На рентгенограмме правого голеностопного сустава в 2 проекциях костных травматических изменений не определяется.

Задача 15

Гр-н К., 41 года. 15 августа на улице пьяный мужчина ударил по правой руке палкой. Сразу после удара возникли нарушения движения правой кисти. Обратился в поликлинику, где невропатологом поставлен диагноз «травматический неврит правого лучевого нерва», назначено медикаментозное и физиотерапевтическое лечение.

Данные освидетельствования 17 августа: на задней поверхности нижней трети правого плеча овальный темно-синий кровоподтек 6,0 x 3,0 см. Кисть правой руки отвисает. Отсутствуют активные разгибательные движения в лучезапястном суставе и пястно-фаланговых суставах 2–5 пальцев, невозможно активное отведение 1-го пальца. Остальные активные движения и все пассивные движения кисти в полном объеме. Имеется легкое снижение поверхностной чувствительности на тыльной поверхности 1-го пальца и первого межпальцевого промежутка.

Переосвидетельствование 27 августа: восстановились движения в лучезапястном суставе и чувствительность. Активные разгибательные движения в пястно-фаланговых суставах и отведение 1-го пальца отсутствуют.

Переосвидетельствование 31 августа: восстановились движения в пястно-фаланговых суставах, активное отведение 1-го пальца ограничено.

Переосвидетельствование 3 сентября: двигательная функция правой кисти полностью восстановилась. Чувствительность не нарушена.

Задача 16

Гр-ка П., 12 лет. 02 сентября в классе ученик ударил портфелем по лицу.

Данные освидетельствования 02 сентября: спинка носа припухшая, на ней темно-синий кровоподтек 5,0 x 4,0 см. В носовых ходах следы засохшей крови. Носовое дыхание не нарушено. Жалобы на болезненность при ощупывании носа. На рентгенограммах определяется поперечный перелом носовых костей в средней части без смещения отломков.

Переосвидетельствование 12 сентября: нос не деформирован, кровоподтек бледно-желтого цвета. Жалобы на небольшую болезненность при ощупывании спинки носа.

Задача 17

Гр-ка Л., 34 лет. 26 апреля муж нанес удары кулаками по голове.

Из медицинской карты пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях: 27 апреля осмотрена неврологом: жалобы на головную боль, головокружение, тошноту, была однократная рвота. Множественные ушибы мягких тканей головы. Неврологически: зрачки симметричны, парез конвергенции, горизонтальный нистагм, девиация языка вправо. Менингеальных знаков, чувствительных расстройств и патологических рефлексов нет. В позе Ромберга неустойчива. Пальценосовая проба с отклонением с обеих сторон. В остальном — без особенностей. Диагноз: «Закрытая черепно-мозговая травма: сотрясение головного мозга». 28 апреля осмотр офтальмолога: зрачки симметричные, живые. Глазное дно: диски зрительных нервов четкие, бледно-розового цвета. Артерии не изменены, вены неравномерно сужены. Диагноз: «Травматическая ангиопатия легкой степени». 30 апреля — статус без динамики. Диагноз: «Тот же». 02 мая — периодические головные боли. Язык прямо. Нистагма и пареза конвергенции нет. Координация и чувствительность в норме. Диагноз: «Тот же».

Задача 18

Гр-ка М., 68 лет. 05 сентября соседка распылила в лицо газовый баллончик с расстояния в 1 метр.

Из медицинской карты пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях: 05 сентября осмотр окулиста: жалобы на повышенное слезотечение, ухудшение зрения на правый глаз, на боли в правом глазу. Объективно: острота зрения правого

глаза — 0,9; левого — 0,7. Глазная щель правого глаза сужена, выраженный отек и покраснение (гиперемия) конъюнктивы. Роговица гладкая, прозрачная. Глазное дно не повреждено. Диагноз: «Химический ожог конъюнктивы правого глаза 1 степени». 07 сентября окулист: жалобы на боли в правом глазу, покраснение и отек незначительно уменьшились. Диагноз: «Тот же». 09 сентября окулист: жалобы на жжение в правом глазу, покраснение и отек уменьшились, глазная щель почти в норме, пальпация болезненна. Диагноз: «Химический ожог век и конъюнктивы правого глаза, улучшение». 11 сентября окулист: жалобы на чувство инородного тела в глазах. Острота зрения правого глаза — 0,9; левого — 0,7. Объективно: незначительный отек конъюнктивы век, покраснение отсутствует. Глазное дно в норме. Диагноз: «Химический ожог конъюнктивы правого глаза 1 степени, остаточные явления».

Задача 19

Гр-н С., 22 лет. 05 января на работе в ссоре знакомый ударил металлической деталью по руке. Потерпевший сразу доставлен в больницу.

Данные освидетельствования 22 января: ногтевая фаланга 5-го пальца (мизинца) левой кисти отсутствует. На культе (оставшейся части) фаланги линейный розовато-синюшный рубец длиной 2 см. Из медицинской карты известно, что С. поступил в хирургическое отделение больницы 05 января. Мягкие ткани ногтевой фаланги 5-го пальца левой кисти были размозжены, кость раздроблена. Произведена операция: первичная хирургическая обработка раны с формированием культи на уровне второго межфалангового сустава. Послеоперационный период протекал без осложнений. 12 января выписан домой с освобождением от работы на 10 дней.

Задача 20

Гр-ка И., 23 лет. 07 октября на улице при попытке ограбления незнакомый мужчина ударил ножом в спину. Самостоятельно дошла до больницы, была госпитализирована.

Из медицинской карты известно, что гр-ка И. при поступлении предъявляла жалобы на боли в поясничной области слева. Общее состояние удовлетворительное. На спине слева на уровне 2-го пояснич-

ного позвонка в 8 см влево от средней линии спины расположена рана линейной формы размерами 1,5 x 0,2 см, длинник (большой размер) раны расположен соответственно цифрам 12 и 6 условного циферблата часов. Края раны ровные. Верхний конец раны острый, нижний закруглен. Из раны умеренное кровотечение. Под местным обезболиванием произведено исследование раневого канала, для чего рана увеличена до 10 см. Обнаружено, что раневой канал в мышцах спины проникает до околопочечной клетчатки и здесь слепо заканчивается. Почка не повреждена. Рана зашита. В течение последующих семи дней общее состояние оставалось удовлетворительным. Функция почек по клиническим данным и результатам лабораторных исследований не нарушена. Жалобы на болезненность в поясничной области слева при наклонах туловища и ощупывании в области раны. 13 октября сняты швы и гр. И. выписана на амбулаторное лечение с освобождением от работы на 10 дней.

Задача 21

Гр-ка У., 53 лет. 09 июня в трамвае пьяный мужчина ткнул кулаком в грудь.

Данные освидетельствования 9 июня: на груди спереди справа по средне-ключичной линии на уровне 6–8 ребер овальный темно-синий кровоподтек, 8,0 x 7,0 см. При ощупывании 6 и 7 ребер справа — жалобы на локальную болезненность в области кровоподтека.

На рентгенограммах грудной клетки от 10 июня определяется поперечный перелом 6 и 7 ребер справа по средне-ключичной линии с небольшим смещением отломков.

Задача 22

Гр-ка Я., 39 лет. 28 июля на троллейбусной остановке сбил автомобиль.

Из медицинской карты пациента: поступила 28 июля, жалобы на боли в области правого тазобедренного сустава. Болезненность при нагрузке на правую ногу, невозможность её поднятия. На рентгенограмме костей таза — переломы правых лонной и седалищной костей. 29 июля — жалобы те же. Диагноз: «Закрытые переломы правых лонной и седалищной костей».

Задача 23

Гр-н Т., 27 лет. 25 августа знакомый выстрелил из пистолета в правую ногу с расстояния в 25 метров.

Из медицинской карты пациента известно: поступил 25 августа. По передненаружной поверхности правого бедра в нижней трети рана округлой формы, размерами 1,5 x 1,0 см, с неровными рваными краями. Кзади на 4 см рана округлой формы с неровными рваными краями 2,0 x 1,5 см. Обе раны вяло кровоточат. Пульсация на артериях правой стопы отчетливая. На рентгенограммах правого коленного сустава и нижней трети бедра костных травматических изменений и инородных тел не определяется. Диагноз: «Огнестрельное сквозное ранение правого бедра в нижней трети». Выполнена операция «Первичная хирургическая обработка раны». 30 августа — повязки промокают геморрагическим (сукровичным) и гнойным отделяемым. 01 сентября — операция «Вторичная хирургическая обработка раны». 20 сентября — послеоперационная рана — заживление, швы удалены.

Задача 24

Гр-н А., 20 лет. Однокурсник 08 марта ударил головой в лицо.

Из медицинской карты пациента: 09 марта — жалобы на боли в области левого угла нижней челюсти, затруднено открывание рта. Прикус не нарушен. Асимметрия лица за счет отека слева. На рентгенограмме — оскольчатый перелом нижней челюсти слева. 17 марта — операция «Остеосинтез нижней челюсти слева».

Задача 25

Гр-н Р., 33 лет. 01 апреля вытолкнули из автобуса, упал на левую руку.

Из медицинской карты пациента: 01 апреля — жалобы на боли в левом предплечье. Левое предплечье болезненно при пальпации (ощупывании), отечно. Боль при нагрузке на левую руку. Движения в левом лучезапястном суставе и пальцах затруднены. На рентгенограмме костей левого предплечья определяются переломы лучевой кости без смещения отломков. 06 апреля — операция «Накостный остеосинтез левой лучевой кости».

Задача 26

Гр-ка З., 40 лет. 12 октября дома в семейной ссоре пьяный муж ударил молотком. Почувствовала резкую боль в области правой ключицы, обратилась в травмопункт.

В справке из травмопункта указано, что 12 октября при осмотре З. обнаружен закрытый перелом правой ключицы в средней трети, произведена репозиция отломков.

Данные освидетельствования 14 октября: в области средней трети правой ключицы — припухлость мягких тканей и багрово-синий кровоподтек, 9,0 x 5,0 см. На рентгенограмме от 14 октября обнаружен косопоперечный перелом правой ключицы с правильным стоянием отломков.

Задача 27

Гр-н В., 33 лет. 04 ноября в ссоре незнакомый пьяный укусил за палец правой кисти. В тот же день обратился в травмопункт, после чего лечился домашними средствами.

Из справки травмопункта известно, что 04 ноября у гр-на В. при осмотре обнаружена укушенная кожная рана в области средней и основной фаланг 5 пальца правой кисти. Была произведена обработка раны и наложена асептическая повязка.

10 декабря обратился к хирургу поликлиники и был направлен на стационарное лечение.

Из медицинской карты пациента, получающего медицинскую помощь в стационарных условиях: гр-н В. поступил 10 декабря по поводу остеомиелита средней и основной фаланг 5 пальца правой кисти. При поступлении — палец отечный, на внутренней и наружной поверхностях 5 пальца кожные раны с неровными, отечными краями, обильным гнойным отделяемым. На рентгенограмме правой кисти установлен остеомиелит средней и основной фаланг 5 пальца. 12 декабря произведена ампутация пальца в пястно-фаланговом суставе. Послеоперационный период — без осложнений

Данные освидетельствования 20 декабря: 5 палец правой кисти отсутствует. В области головки 5 пястной кости — рубец розово-красного цвета размерами 4,2 x 0,6 см, плотный, неподвижный, болезненный при ощупывании.

Задача 28

Гр-ка И., 26 лет. 24 мая была сбита грузовой автомашиной. Упала, почувствовала резкую боль в правой руке. Через 25 минут доставлена в больницу.

Из медицинской карты пациента: поступила в хирургическое отделение 24 мая в удовлетворительном состоянии, в сознании. Пульс 90 в минуту, ритмичный. Артериальное давление 110/90 мм рт. ст. Верхняя треть правого плеча отечна, болезненна при ощупывании. На рентгенограмме правого плеча определяется поперечный перелом в области хирургической шейки без смещения отломков. Плечо фиксировано косыночной повязкой. В течение последующего месяца общее состояние удовлетворительное. На рентгенограмме от 24 июля в месте перелома отмечается образование костной мозоли. Клинический диагноз: закрытый поперечный перелом хирургической шейки правого плеча без смещения.

Задача 29

Гр-ка К., 49 лет. 08 декабря была сбита автомашиной. С места происшествия была доставлена на машине «Скорой помощи» в больницу.

Из медицинской карты пациента: гр-ка К. при поступлении предъявляла жалобы на резкую боль в правой ноге. При осмотре на наружной поверхности средней трети правого бедра — багрово-синюшный кровоподтек размерами 26 x 15 см. При ощупывании определяется деформация бедра, резкая болезненность в средней трети. Отмечается укорочение ноги и ротация кнаружи. На рентгенограмме от 08 декабря определяется перелом правого бедра в средней трети с незначительным смещением отломков по длине. 09 декабря наложено скелетное вытяжение. 12 января повторная рентгенограмма: формируется костная мозоль, сопоставление отломков правильное. Клинический диагноз: закрытый поперечный перелом правого бедра в средней трети с незначительным смещением отломков по длине. 24 января выписана на амбулаторное лечение.

Задача 30

Гр-н Щ., 29 лет. 03 ноября в ссоре сосед ударил топором по правой руке и отрубил первый палец.

В справке из травмопункта от 03 ноября указано, что у Щ. отсутствует половина основной фаланги 1-го пальца правой кисти.

В хирургическом отделении больницы произведена первичная хирургическая обработка раны с экзартикуляцией (ампутацией) 1-го пальца на уровне пястно-фалангового сустава. Послеоперационный период протекал без осложнений, швы сняты на 7-й день.

Данные освидетельствования 17 ноября: 1-й палец правой кисти отсутствует с уровня пястно-фалангового сустава. В области ампутации — линейный розово-синюшный рубец длиной 2,5 см, плотный, малоподвижный, болезненный при ощупывании. Движения остальных пальцев кисти в полном объеме.

Задача 31

Гр-н И., 52 лет. 12 марта во дворе дома пьяный сосед ударил ломом по ноге. Через 1,5 часа доставлен в больницу.

Из медицинской карты пациента известно, что 12 марта И. поступил в хирургическое отделение по поводу открытого оскольчатого перелома первого пальца левой стопы. При осмотре на тыльной и наружной поверхностях основной фаланги пальца рваная рана 2,5 x 1,0 см. В ней видны разорванные мышцы и сухожилия, раздробленная кость. Проведена операция: первичная хирургическая обработка раны с экзартикуляцией пальца на уровне плюснефалангового сустава. Послеоперационный период протекал без осложнений. 22 марта И. выписан на амбулаторное лечение с освобождением от работы на 10 дней. Клинический диагноз: размозжение первого пальца левой стопы.

Данные освидетельствования 25 марта: на левой стопе большой палец отсутствует с уровня плюснефалангового сустава. В области ампутации — линейный, слегка втянутый, розовато-синюшный рубец длиной 2,5 см, болезненный при ощупывании. Ходит, слегка прихрамывая на левую ногу.

Задача 32

Гр-н М., 29 лет. Вечером 21 января был ограблен и избит на улице. Оказал сопротивление нападавшим, которые во время драки ударили ножом в правую голень. Самостоятельно дошел домой. Через 1 час резко отекала правая голень. Вызванной машиной «Скорой помощи» доставлен в больницу.

Из медицинской карты пациента: при поступлении жалуется на боли и резкий отек правой голени. Состояние удовлетворительное. Кожные покровы обычной окраски. Пульс 92 в 1 минуту. Артериальное давление 120/70 мм рт. ст. На передней поверхности правой голени в средней трети косо расположенная рана линейной формы с ровными краями 1,5 x 1,0 см. Рана не кровоточит. Окружность правой голени на 7 см больше левой. Пульс на тыле правой стопы отсутствует. Под проводниковой анестезией произведена первичная хирургическая обработка раны голени. После рассечения раны (для ревизии) опорожнилась гематома около 150 мл, началось артериальное кровотечение. Обнаружено повреждение (пересечение) передней большеберцовой артерии, артерия перевязана. Наложены швы, которые сняты через 10 дней. Трудоспособен через 4 недели. Клинический диагноз: ножевое ранение правой голени с повреждением большеберцовой артерии без массивной кровопотери.

Задача 33

Гр-ка М., 8 лет. 05 ноября выстрелила из пневматического оружия себе в лоб.

Из медицинской карты пациента: 05 ноября жалобы на головную боль, головокружение, тошноту, неоднократную рвоту. Объективно: в лобной области рана овальной формы с рваными краями, размерами 1,0 x 0,6 см. На компьютерных томограммах головного мозга определяются: вдавленный перелом правой лобной кости, субдуральная гематома правой лобной области, смещение структур головного мозга кзади.

Задача 34

Гр-н Б., 37 лет. 23 июня получил ранение ножом в грудь, через 30 минут доставлен в больницу.

Из медицинской карты пациента: гр-на Б. доставили в операционную в крайне тяжелом состоянии: резко бледен, губы с синюшным оттенком, пульс 120 в минуту, слабого наполнения, аритмичный, тоны сердца приглушены. Артериальное давление 70/50 мм рт. ст. Дыхание — 26 в минуту. Справа дыхание не прослушивается. На груди справа в третьем межреберье у края грудины имеется рана размером 2,0 x 0,5 см. Под наркозом вскрыта плевральная полость по третьему

межреберью. Обнаружено пересечение IV ребра справа. В правой плевральной полости 700 мл крови и кровяных свертков. Внутренняя грудная артерия пересечена, из центрального конца вытекает струйкой кровь. Произведена перевязка обоих концов артерии; из плевральной полости удалена кровь. Плевральная полость послойно зашита наглухо. Послеоперационный период протекал без осложнений, общее состояние постепенно улучшалось, и через 35 дней Б. выписан из больницы. Клинический диагноз: проникающее ножевое ранение грудной клетки с повреждением правой внутренней грудной артерии. Гемоторакс.

Задача 35

Гр-н К., 27 лет. 15 октября в ссоре получил удар ножом в живот, через 40 минут доставлен в больницу.

Из медицинской карты пациента: 15 октября поступил в хирургическое отделение с жалобами на боли в животе. Общее состояние средней тяжести, пульс 100 в минуту, аритмичный, хорошего наполнения. Артериальное давление 130/80 мм рт. ст. Живот умеренно вздут, в акте дыхания не участвует, при ощупывании болезненный, напряжен. В брюшной полости определяется свободная жидкость. В эпигастральной области справа — веретенообразной формы рана 1,7 x 1,0 см. Края раны ровные, концы острые. Произведена операция лапаротомии. При ревизии брюшной полости обнаружена колото-резаная рана правой доли печени 2,0 x 0,3 см, сильно кровоточащая. В брюшной полости 800 мл крови. На рану печени наложены швы. Брюшная полость осушена и зашита наглухо. Послеоперационный период протекал без осложнений. 27 октября в удовлетворительном состоянии К. выписан на амбулаторное лечение. Клинический диагноз: проникающее ножевое ранение с повреждением печени. Внутривнутрибрюшное кровоизлияние.

Задача 36

Гр-н Л., 23 лет. 06 июня ножом нанесено ранение в живот. Доставлен в больницу сразу же.

Из медицинской карты пациента: поступил в сознании, пульс 80 в мин, артериальное давление 110/60 мм рт. ст. Живот вздут, в акте дыхания не участвует. В верхней половине живота на 2 см выше

и на 3 см вправо от пупка — веретенообразная рана длиной 3 см с ровными краями и острыми концами. При рентгеноскопии брюшной полости — свободный газ. Скоплений жидкости нет. Произведена операция лапаротомии. При ревизии брюшной полости повреждений органов не обнаружено. Брюшная полость послойно зашита наглухо. Заживление — первичным натяжением. Выписан из стационара 12 июня с освобождением от работы на 15 дней. Клинический диагноз: проникающее ножевое ранение живота без повреждения внутренних органов.

Задача 37

Гр-н П., 60 лет. 17 января был избит пьяным соседом. Через 1 сутки самостоятельно обратился за помощью в поликлинику, откуда направлен на стационарное лечение в травматологическое отделение.

Из медицинской карты пациента: жалобы при поступлении на боль в правой половине груди, кашель с мокротой, окрашенной кровью. Состояние средней тяжести. Пульс 88 в минуту, ритмичный. Артериальное давление 140/90 мм рт. ст., частота дыхания — 26 в минуту. На груди в подмышечной области определяется костная крепитация в области IV ребра по средней подмышечной линии. На рентгенограмме груди — гемо- и пневмоторакса нет; определяется перелом IV ребра без значительного смещения отломков; в мягких тканях груди небольшое количество газа. Сделана блокада места перелома ребра раствором новокаина. В дальнейшем проводилось консервативное лечение (аналгетики, отхаркивающие). Через 2 недели на контрольной рентгенограмме груди патологии не обнаружено. Выписан. Клинический диагноз: закрытый перелом IV ребра справа с повреждением легкого.

Задача 38

Гр-н О., 33 лет. 18 июля был избит неизвестными на улице, били ногами. Через 6 часов вызванной машиной «Скорой помощи» доставлен из дома в больницу.

Из медицинской карты пациента: жалобы при госпитализации на боли в пояснице и в правом бедре. Общее состояние удовлетворительное. Кожные покровы обычной окраски. Пульс 88 в минуту. Артериальное давление 120/70 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. На правом бедре и в поясничной области справа кровоподтеки. При внутривенной урографии у нижнего полюса правой почки име-

ется контрастное пятно 0,5 x 0,5 см. Проведено консервативное лечение (холод, гемостатические препараты). Стационарное лечение в течение 4 недель. Через 2 месяца при урологическом обследовании патологии со стороны почек и мочевыводящих путей не обнаружено. Клинический диагноз: ушибы правого бедра и поясничной области справа, закрытый разрыв правой почки.

Задача 39

Гр-н Щ., 48 лет. 09 октября был сбит грузовой автомашиной. В тот же день доставлен в больницу.

Из медицинской карты пациента: поступил с жалобами на резкую боль в левой ноге. При осмотре — кожные покровы бледные. Пульс 75 в минуту. Артериальное давление — 110/90 мм рт. ст. В нижней трети левого бедра — деформация и патологическая подвижность. На наружной поверхности бедра, на границе средней и нижней трети, — рваная рана 3,0 x 1,0 см с неровными кровоподтечными краями. В дне раны розово-желтая подкожно-жировая клетчатка. Голень со стопой ротированы кнаружи. Пульсация артерий на левой стопе резко ослабленная. Движения в левом голеностопном суставе сохранены. На рентгенограмме левого бедра от 09 октября определяется поперечный перелом бедра на границе средней и нижней трети с угловым смещением, смещение по длине на 3 см. 09 октября произведена операция: остеосинтез левого бедра двумя титановыми стержнями. На контрольной рентгенограмме левого бедра после репозиции отломков: в костно-мозговой канал левой бедренной кости введены два металлических стержня. Сопоставление отломков правильное. На раны наложены швы и асептические повязки. На левую ногу наложена гипсовая лангета. В течение 10 дней общее состояние остается удовлетворительным. Рана на бедре зажила первичным натяжением. 19 октября продолжает находиться на лечении в больнице. Клинический диагноз: открытый поперечный перелом левого бедра со смещением отломков.

Задача 40

Гр-н У., 23 лет. 04 ноября ехал на мотоцикле и был сбит автомобилем. Доставлен «Скорой помощью» в больницу.

Из медицинской карты пациента: поступил с жалобами на боли в правой ноге. Общее состояние удовлетворительное. Кожные покровы

вы бледные. Пульс 90 в минуту, слабого наполнения. На задней поверхности правой голени в средней трети — рваная рана 1,0 x 0,5 см с неровными краями. Рана незначительно кровоточит. Голень резко болезненна при пальпации, имеется деформация голени в средней трети. На рентгенограмме определяется многооскольчатый перелом большеберцовой и малоберцовой костей со значительным смещением отломков. В тот же день произведена операция — остеосинтез большеберцовой кости правой голени титановыми стержнями. На контрольной рентгенограмме после репозиции в костномозговом канале большеберцовой кости введен металлический стержень. Отломки кости сопоставлены хорошо. Отломки малоберцовой кости сближены, состояние их удовлетворительное. Рана на задней поверхности правой голени промыта и зашита 2 швами. На рану наложена асептическая повязка. На голень наложена гипсовая лангета. Клинический диагноз: открытый многооскольчатый перелом костей правой голени.

Данные освидетельствования в стационаре 06 ноября: на правой ноге гипсовая лангета от верхней трети бедра. Жалоб нет.

Задача 41

Гр-ка Б., 35 лет. 11 июля была сбита грузовой автомашиной при переходе улицы. Через 40 минут была доставлена машиной «Скорой помощи» в больницу.

Из медицинской карты пациента: состояние больной при госпитализации тяжелое. Сознание спутанное, двигательное возбуждение. Пульс 120 в минуту. Артериальное давление 150/95 мм рт. ст. Частота дыхания — 28 в минуту. Имеется отек правого бедра, патологическая подвижность в средней его трети. Проведена противошоковая терапия. На рентгенограмме правого бедра — поперечный перелом бедренной кости в средней трети со смещением отломков по длине и ширине. На вторые сутки состояние больной ухудшилось — сознание оставалось спутанным, резко увеличилась одышка (до 40 в минуту). При аускультации легких с обеих сторон выслушивались сухие и влажные хрипы. На рентгенограмме легких — множество мелких очаговых теней с обеих сторон. После консультации терапевта проводилось лечение двусторонней пневмонии. Состояние улучшилось. Через три недели после госпитализации оперирована — остеосинтез бедра титановым стержнем. Послеоперационный период без осложнений. Трудоспособность восстановлена через 6 месяцев. Клиниче-

ский диагноз: закрытый перелом правого бедра, осложнившийся жировой эмболией.

Задача 42

Гр-н Д., 26 лет. 04 мая в драке ударили ножом в верхнюю часть правого бедра, возникло обильное кровотечение. Наложено жгут, транспортирован в больницу.

Из медицинской карты пациента: при поступлении бледен. Артериальное давление 80/60 мм рт. ст., пульс 100 в минуту, удовлетворительного наполнения. На передненаружной поверхности верхней трети правого бедра косо расположенная рана с ровными краями, размерами 2,5 x 0,2 см. Раневой канал в длину 4,5 см, направлен сверху вниз и вправо, пересекает пучки приводящих и прямой мышц бедра, конец раневого канала в глубоких пучках приводящих мышц. В стенках раневого канала — полностью пересеченная бедренная артерия, обильно кровоточит. Произведено сшивание сосуда. Послеоперационный период протекал без осложнений. 26 мая продолжает находиться на излечении в больнице. Клинический диагноз: ножевое ранение мягких тканей правого бедра с пересечением бедренной артерии. Шок II степени.

Задача 43

Гр-н С., 31 года. 17 апреля в драке ударили по шее разбитой бутылкой. Машиной «Скорой помощи» доставлен в больницу.

Из медицинской карты пациента: доставлен в удовлетворительном состоянии, кожа и слизистые бледные, артериальное давление 100/60 мм рт. ст. На боковой поверхности нижней части шеи слева зияющая рана в виде дуги длиной 5,5 см с ровными краями и острыми концами. При ревизии раны установлено, что она проникает в глубокие слои мышц шеи. В её верхней стенке — поврежденная наружная яремная вена. Повреждение лоскутообразной формы 0,6 x 0,4 см. Из него струей вытекает темная жидкая кровь. Стенка вены сшита. На мышцу и кожу наложены швы. Заживление раны протекало без осложнений. 28 апреля выписан на амбулаторное лечение с освобождением от работы на 5 дней. Клинический диагноз: резаная рана шеи с повреждением левой яремной вены.

Задача 44

Гр-н П., 43 лет. 21 декабря на улице был избит неизвестными. Ударили палкой по голове. Упал, потерял сознание. Доставлен в больницу машиной «Скорой помощи» в бессознательном состоянии.

Из медицинской карты пациента: при поступлении без сознания; состояние тяжелое, лицо бледное, губы синюшные, на болевые раздражения не реагирует. Дыхание затрудненное, аритмичное, глубокое. Пульс 62 в минуту, слабого наполнения, аритмичный. Артериальное давление 80/50 мм рт. ст. Сознание появилось спустя 34 часа, назвал имя и фамилию, но ориентировка в месте и времени отсутствовала. Тонус мышц конечностей снижен, рефлексы угнетены, больше справа. На уколы не реагирует. Спутанное сознание держалось в течение 2 суток. Вялость, заторможенность сменялись беспокойством, двигательным возбуждением. После окончательного прояснения сознания установлены явления ретроградной и антероградной амнезии. Сохранялись сильные головные боли, особенно в затылочной области, резкое головокружение, тошнота, общая слабость. Боли усиливались при попытке поднять голову или изменить её положение. Указывает, что плохо видит, периодически беспокоит сильный шум в ушах. В течение последующих 2 недель сохранялись вялость, заторможенность, безразличие к окружающему, неохотно вступал в контакт, с трудом элементарно отвечал на вопросы. При компьютерной томографии обнаружено субарахноидальное кровоизлияние в левой теменной области.

Освидетельствован экспертом 25 декабря в больнице: жалуется на головные боли, слабость. На наружных поверхностях верхних третей обеих плеч неправильно-округлые кровоподтеки 6,0 x 5,5 см. Отмечены снижение чувствительности, вялость всех рефлексов, антероградная амнезия.

Клинический диагноз: ушиб головного мозга тяжелой степени.

16 января выписан на амбулаторное лечение в удовлетворительном состоянии. Установлено небольшое снижение чувствительности на лице и верхних конечностях.

Задача 45

Гр-н К., 45 лет. 31 октября на улице во время ссоры был нанесен удар колом по голове. В тот же день доставлен в больницу, где находился 17 дней.

Из медицинской карты пациента: поступил 31 октября около 23 часов с жалобами на головную боль, головокружение, тошноту. В лобной области слева рана размерами 6,0 x 1,2 см с неровными кровоподтечными краями. Рана незначительно кровоточит. 01 ноября на рентгенограмме костей черепа определяется трещина лобной кости слева. Консультирован неврологом: несколько раздражителен, отмечается тремор рук, пошатывание в позе Ромберга. Клинический диагноз: закрытая непроникающая черепно-мозговая травма: ушибленная рана лобной области, закрытый перелом лобной кости, ушиб головного мозга легкой степени. В процессе лечения самочувствие улучшилось. К 13 ноября жалоб не предъявляет. Выписан.

Данные освидетельствования 20 ноября: жалоб не предъявляет. В лобной области слева на 8 см кверху от середины брови розовато-красный рубец 5,7 x 0,8 см, плотный, неподвижный, слегка болезненный при ощупывании.

Задача 46

Гр-ка С., 41 года. 03 мая на автобусной остановке незнакомый пьяный ударил ногой в живот. Сразу доставлена в больницу, где находилась 15 дней.

Из медицинской карты пациента: поступила 03 мая с жалобами на головокружение, слабость, боли в животе. При осмотре кожные покровы бледные, липкий пот. Пульс нитевидный. Артериальное давление 95/60 мм рт. ст. На коже живота слева, на 3 см книзу от реберной дуги по передней подмышечной линии красная ссадина 6,0 x 4,5 см. Живот напряжен, болезненный при ощупывании. Произведена операция лапаротомии. При ревизии полости живота обнаружено около 700 мл жидкой крови со сгустками. На передней поверхности селезенки линейный разрыв 6,0 x 0,6 см. Глубина разрыва на всем протяжении 0,5 см. Селезенка удалена. Полость живота осушена и зашита наглухо. Наложена асептическая повязка. Послеоперационный период протекал без осложнений. Заживление операционной раны первичным натяжением. 18 мая выписана на амбулатор-

ное лечение. Клинический диагноз: закрытая тупая травма живота: разрыв селезенки, кровотечение в брюшную полость.

Задача 47

Гр-н К., 42лет. 28 августа нырнул в пруд и ударился головой о дно. Беспокоили умеренные боли в области шеи. Через неделю появилась слабость в правой руке, онемение пальцев. Обратился в травматологический пункт, откуда направлен в нейрохирургическое отделение.

Из медицинской карты пациента: поступил с жалобами на боль в области шеи, онемение пальцев и слабость правой руки. Активен. Ходит. Отмечается вынужденное положение головы — при повороте в сторону беспокоит боль в области шеи. При нагрузке по оси позвоночника отмечается боль в области нижних шейных позвонков. Определяется понижение болевой чувствительности и снижение силы в правой руке. На рентгенограмме шейного отдела позвоночника обнаружен вывих 5 шейного позвонка. Больной уложен на щит с вытяжением за голову петлей Глиссона в течение 1 месяца. На контрольной рентгенограмме — вправление вывиха. Наложено гипсовый воротничок на 4 месяца, и больной выписан на амбулаторное лечение. Выздоровление через 6 месяцев после травмы. Клинический диагноз: закрытый вывих 5 шейного позвонка с неврологическими расстройствами.

Задача 48

Гр-н В., 22 лет. 04 января упал с лестницы, сразу же был доставлен в больницу.

Из медицинской карты пациента: поступил 04 января с жалобами на резкую боль в шейном отделе позвоночника. При осмотре: голова наклонена вперед, подбородок касается груди. Из-за сильных болей пострадавший поддерживает голову руками. При пальпации отмечает резкую болезненность в области 5 шейного позвонка. Расстройства чувствительности и параличей нет. На рентгенограмме определяется перелом тела 5 шейного позвонка без смещения.

Данные освидетельствования в стационаре 17 января: жалоб не предъявляет. Производится скелетное вытяжение. Чувствительность не нарушена. Параличей нет.

Задача 49

Гр-н К., 30 лет. 04 февраля в ссоре был нанесен удар ножом в шею. Машиной «Скорой помощи» доставлен в больницу.

Из медицинской карты пациента: поступил 04 февраля с жалобами на резкую боль в области шеи слева. При осмотре: на передней поверхности шеи слева на 1,5 см кнаружи от средней линии и на 0,5 см книзу от нижнего края щитовидного хряща гортани горизонтально расположенная рана с острыми концами, ровными краями, 2,5 x 0,6 см. В дне раны видна трахея, в передней стенке её рана 1,2 x 0,4 см. Через рану при дыхании проходит воздух. Произведена хирургическая обработка раны. Наложены швы на трахею и кожу шеи. Клинический диагноз: ножевое ранение шеи, проникающее в трахею.

Данные освидетельствования в стационаре 11 февраля: жалоб не предъявляет. На шее спереди слева на 0,5 см книзу от нижнего края щитовидного хряща и 1,5 см кнаружи от средней линии шеи горизонтальная рана с 3 швами. Длина раны 2,5 см. Края раны плотно соприкасаются. Больной продолжает находиться на стационарном лечении.

Задача 50

Гр-н О., 45 лет. 14 апреля при взрыве бочки с бензином загорелась одежда. Окружающие помогли потушить горящую одежду и доставили потерпевшего в больницу.

Из медицинской карты пациента: поступил в больницу 14 апреля с жалобами на резкую боль в нижних конечностях. При осмотре: неподвижен, заторможен, с трудом отвечает на вопросы. Артериальное давление 70/40 мм рт. ст. Пульс 100 в минуту, слабого наполнения. Дыхание учащено. На всех поверхностях голеней и нижних половин бедер множественные пузыри с мутноватой жидкостью. Эпидермис местами отсутствует, подлежащие слои кожи ярко-красного цвета. На передних поверхностях бедер частично обнажены поверхностные мышцы, серовато-коричневого цвета. На животе в нижней части слева на участке 12 x 6,0 см. кожа резко покрасневшая, отечная.

Клинический диагноз: термический ожог нижних конечностей и живота 1–2–3–4 степени общей площадью 30 %, 3–4 степени — 7 %. Шок 3 степени. Проведены противошоковые мероприятия, обработка ожоговых поверхностей.

Задача 51

Гр-н О., 40 лет. 10 октября получил ожог в результате возгорания одежды от горящей сигареты. Был в состоянии опьянения. Доставлен через 2 часа в ожоговое отделение.

Из медицинской карты пациента: госпитализирован с жалобами на боли в области груди, живота, спины. При осмотре состояние тяжелое. В сознании, отмечается двигательное возбуждение. Кожные покровы бледные. Пульс 120 в минуту. Артериальное давление 80/60 мм рт. ст. На передней поверхности груди, живота, на спине на фоне гиперемии кожи отдельные пузыри с прозрачным содержимым, местами эпидермис отсутствует и видны участки серого цвета, лишенные болевой чувствительности (площадь этих участков около 19 % поверхности тела). Проводилась противошоковая терапия. После выведения из шока на ожоговые поверхности наложены асептические повязки. При последующих перевязках в несколько этапов удалены омертвевшие участки кожи. Через 4 недели после травмы произведена пластика собственной кожей. Наступило полное приживание трансплантированной кожи. Выписан через 2 месяца пребывания в стационаре на амбулаторное лечение.

Клинический диагноз: термический ожог пламенем груди, живота, спины 1–2–3–4 степени общей площадью 20 % (3–4 степени — 19 %) поверхности тела. Ожоговая болезнь (ожоговый шок 3 степени).

Задача 52

Гр-н И., 48 лет. 07 августа при тушении пожара получил ожоги пламенем лица, рук, груди. Через 3 часа доставлен в больницу.

Из медицинской карты пациента: поступил с жалобами на боли в области лица, рук, передней поверхности груди. При осмотре — гиперемия (покраснение) кожи, отек лица, рук, передней поверхности груди. На груди спереди имеются отдельные округлые пузыри диаметром 1–5 см с прозрачным содержимым, особо выражен отек лица, глазные щели резко сужены за счет отека век. Волосы в носу, на бровях опалены. В носовых ходах копоть. Голос осиплый, дыхание шумное, сухой приступообразный кашель. Пульс 100 в минуту, удовлетворительного наполнения. Артериальное давление 100/60 мм рт. ст. Частота дыхания — 98 в минуту. При фарингоскопии отмечается гиперемия и незначительный отек слизистой мягкого неба, гиперемия

слизистой задней стенки глотки, гиперемия и отек надгортанника, умеренно выраженный отек голосовых связок, суживающий голосовую щель до 3 мм. В течение 10 дней у больного отмечалась лихорадка до 38°, кашель с мокротой, одышка. Через 3 недели наступило заживление ожоговых ран, температура тела нормализовалась. Кашля одышки нет, голос ясный.

Задача 53

Гр-н П., 28 лет. 25 июня, будучи в состоянии опьянения, упал в емкость с концентрированной кислотой на территории нефтебазы. Через некоторое время обнаружен прохожими. Вызванной машиной «Скорой помощи» доставлен в больницу.

Из медицинской карты пациента: при поступлении жалобы на боли в области спины. При осмотре кожные покровы бледные. Пульс 100 в минуту. Артериальное давление 110/70 мм рт. ст. На спине кожа бледно-серого цвета, сухая. Пузырей нет. Болевая чувствительность на пораженном участке отсутствует. Площадь пораженного участка — 10 % поверхности тела. Проведено противошоковое лечение. Пораженная поверхность обильно орошена водой. После отторжения омертвевших тканей произведена кожная пластика. Часть кожных трансплантатов не прижилась, что потребовало повторной кожной пластики.

Клинический диагноз: химический ожог щелочью спины III степени площадью 10 % поверхности тела. Ожоговая болезнь.

Задача 54

Гр-ка П., 17 лет. 24 июня поздно вечером во дворе своего дома подверглась нападению неизвестного мужчины, который сзади схватил её за шею и стал душить, после чего И. потеряла сознание. Из дома на шум выбежали соседи, преступник скрылся. И. лежала на земле без сознания, ей дали понюхать нашатырный спирт, сознание к потерпевшей вернулось.

При освидетельствовании на следующий день: жалобы на боли в области горла. Сколько времени находилась без сознания — не знает. Объективно: на передней и боковых поверхностях шеи 12 кровоподтеков неправильно-овальной формы, багрово-синего цвета, размерами 1,0 x 1,5 см до 2,0 x 3,0 см, расположенных на уровне гортани.

На кончике языка линейный поперечный кровоподтек 0,4 x 1,0 см темно-красного цвета. В склере обоих глаз и на соединительных оболочках нижних век множественные мелкоточечные темно-красные кровоизлияния. При осмотре ларингологом какой-либо патологии гортани и глотки у И. не обнаружено.

Задача 55

Гр-ка И., 22 лет, получила телесные повреждения в автобусе при столкновении его с встречной автомашиной. Через 30 минут доставлена в больницу с диагнозом: ушибы тела, ушибы левого бедра и голени. У потерпевшей беременность сроком 6,5 месяцев, которая до травмы протекала нормально. Акушерский анамнез неотягощен. Сразу же после травмы в автобусе почувствовала боли внизу живота, перестала ощущать шевеление плода. В клинике сердцебиение плода не прослушивается. Диагноз: беременность 6,5 месяцев, «мертвый плод». В хирургическом отделении наступил поздний выкидыш мертвого плода, и потерпевшая была переведена в гинекологическое отделение. Там произведено выскабливание полости матки и проведено лечение по поводу лихорадочного состояния и воспаления придатков матки. Через 22 дня по выздоровлении выписана домой с освобождением от работы на 5 дней.

Задача 56

Гр-ка М., 29 лет. 10 мая сосед побил кулаками и один раз ударил ногой.

При освидетельствовании через 6 дней обнаружено: в окружностях обоих глаз распространенные багрово-синие кровоподтеки. На правой ягодице овальный темно-синий кровоподтек 7,0 x 5,0 см с желтоватым оттенком по периферии. Других повреждений не обнаружено, каких-либо жалоб не предъявляла, о наличии у нее беременности не сообщила.

06 июня вновь направлена на экспертизу с медицинской картой пациента из гинекологического отделения больницы. В истории болезни указано, что М., находилась на стационарном лечении с 27 по 31 мая по поводу самопроизвольного аборта, связанного с травмой, имевшей место 10 мая. Со слов потерпевшей записано, что с 11 по 15 мая у нее были небольшие боли внизу живота, которые затем

«как будто не беспокоили». С 25 мая появились красно-кровянистые выделения, которые на следующий день усилились, появились схваткообразные боли внизу живота. 27 мая обратилась к врачу и была госпитализирована. Из анамнеза следует: имела 5 беременностей, из которых 2 закончились нормальными родами и 2 самопроизвольными абортами. Последняя беременность в марте минувшего года закончилась преждевременными родами мертвым плодом.

Объективно: общее состояние удовлетворительное; живот мягкий, безболезненный; выделения кровянистые и значительные; тело матки увеличено до 6 недель беременности. Диагноз: «Аборт в ходу. Кровотечение». Операция: выскабливание полости матки, удалено плодное яйцо, соответствующее 6-недельной беременности. Послеоперационный период без осложнений, 31 мая в хорошем состоянии выписана домой.

Задача 57

Гр-н К., 38 лет. 16 августа жена на почве ревности укусила за левое ухо. Обратился в травмопункт. Наложена повязка.

Данные освидетельствования 18 августа: верхняя половина левой ушной раковины отсутствует. На остальной части — раневая поверхность с неровными лоскутообразными крупно-фестончатыми краями светло-красного цвета и желтоватые лоскуты хряща длиной до 0,6 см. Мочка уха не повреждена. Слух сохранен.

Переосвидетельствование 05 сентября: рана зажила полностью, ушная раковина деформирована, верхне-задняя её половина отсутствует. На других участках заднего края грубые плотные морщинистые рубцы розовато-синюшного цвета.

Задача 58

Гр-н З., 34 лет. 23 октября в ссоре пьяный знакомый откусил кончик носа. Обратился в травмопункт. Наложена повязка.

Данные освидетельствования 29 октября: дефект мягких частей спинки и кончика носа, неправильно треугольной формы с неровными крупно-фестончатыми краями, размерами 2,5 x 3,2 см, в верхнем углу дефекта на 0,2 см выступает хрящевая часть спинки носа. Края раневой поверхности припухшие, несколько отечны, красновато-синюшного цвета.

Переосвидетельствование 12 ноября: кончик носа отсутствует. Края дефекта неровные, рубцово-деформированные, втянутые, синюшно-розоватые. Носовое дыхание не нарушено.

Задача 59

Гр-н С., 28 лет. 11 февраля бритвой нанесено ранение левой щеки. Доставлен в больницу.

Из медицинской карты пациента: поступил 11 февраля по поводу ранения левой щеки. На лице слева линейная рана с ровными краями, острыми концами, длиной 8,5 см. Рана начинается на 1,5 см книзу от середины нижнего края левой глазницы и заканчивается в области угла нижней челюсти слева. Рана зияет, умеренно кровоточит. В стенках раны пересеченные ветви лицевого нерва, артерии и пучки поверхностных мышц лица. Сосуды и нервы сшиты, наложены швы на мышцы. Кожа сшита. Рана зажила первичным натяжением. 25 февраля выписан на амбулаторное лечение. Клинический диагноз: рана мягких тканей лица слева.

Освидетельствование 27 февраля: на лице слева линейный рубец длиной 8,5 см, начинается на 1,5 см книзу от середины нижнего края левой глазницы и заканчивается в области угла нижней челюсти слева. Рубец тонкий, мягкий, подвижный, синевато-розового цвета. Рот перекошен вправо, открывание рта ограничено — возможно только на ширину до 2,5 см. Чувствительность левой половины лица снижена. Жалобы на боли при жевании.

Задача 60

Гр-ка Л., 23 лет. 07 апреля женщина на почве ревности плеснула в лицо концентрированную соляную кислоту. Через несколько минут потерпевшая обмыла лицо водой, затем обратилась в поликлинику.

Из медицинской карты пациента: Л. была на приеме у хирурга 07 апреля по поводу химического ожога II степени кожи правой половины лица. На лбу справа и на правой щеке отмечено образование желто-коричневой плотной корки на участках 6,0 x 5,0 см и 7,0 x 4,0 см. Ожоговая поверхность обильно промыта водой, наложены повязки. Дальнейшее течение ожога протекало без осложнений. К 22 апреля корочка постепенно отпала, лечение прекращено. Диагноз: химический ожог кислотой II степени правой половины лица.

Данные освидетельствования 28 апреля: на лбу справа на овальном участке 6,2 x 4,7 см кожа нежная, бледно-розовая, гладкая, блестящая. Такого же характера участок кожи на правой щеке от нижнего края глазницы до угла челюсти, размерами 6,8 x 4,2 см. Чувствительность на лице не нарушена.

Задача 61

Гр-н К., 15 лет. 06 июня получил ранение из пневматического ружья, заряженного дробинкой. Дробинка попала в глаз. К. был помещен в офтальмологическое отделение с диагнозом «Прободная рана роговицы правого глаза».

При офтальмологическом осмотре 02 июля: глазная щель сужена. На роговице рана, частично рубцующаяся. Зрачок неправильной формы, подтянут к ране рубцом.

С 11 июня по 08 июля находился на стационарном лечении. При выписке: зрачок правого глаза расширен. На роговице рубец в виде белого клина. Радужка подтянута к рубцу, зрачок неправильной формы. Острота зрения правого глаза равна светоощущению, левого глаза — 1,0.

Задача 62

Гр-ка П., 26 лет. 24 января получила ранение из охотничьего ружья, заряженного дробью. Родственниками доставлена в больницу.

Из медицинской карты пациента: поступила в больницу 24 января по поводу касательного огнестрельного дробового ранения мягких тканей правой голени. На передненаружной поверхности нижней трети правой голени — рана 8,0 x 10 см с неровными разможженными краями. В дне раны обнаженные сухожилия. Рана значительно загрязнена обрывками одежды. Движения в стопе отсутствуют. Произведен туалет раны — удалены кусочки пыжа, обрывки одежды и частицы разможженных мышц. Рана промыта, наложена асептическая повязка. Через 2 суток развилось небольшое кровотечение из раны, появился гнилостный запах, температура тела поднялась до 38 °С. Рана голени покрыта грязно-серым налетом, в глубине её значительное количество остатков рваной бумаги. Пыж удален, некротические ткани иссечены. В рану введены антибиотики, наложена асептическая повязка и гипсовая лангета до колена. В последующие дни стали

нарастать боли в правой ноге повязка промокла, из раны — отделяемое шоколадного цвета с гнилостным запахом. При ревизии раны — её края красно-синюшны с сероватым налетом, гнойным отделяемым. В дне — некротизированные сухожилия. Правая стопа чуть теплая, синюшная. Голень отечна, в средней и нижней третях — синюшного цвета. Отек и боли нарастают, держится высокая, до 39–40°, температура тела, озноб. Мышцы голени вялые, бледные, имеют «вареный вид», подкожно-жировая клетчатка грязно-зеленого цвета. 25 февраля произведена операция ампутации правой голени в верхней трети. Послеоперационный период без осложнений. 20 марта выписана на амбулаторное лечение. Клинический диагноз: огнестрельное дробовое касательное ранение мягких тканей правой голени; гангрена правой голени, ампутация на уровне верхней трети правой голени.

Задача 63

Гр-н Т., 48 лет. 11 сентября на улице подвергся нападению мужчины, вооруженного ножом. Обороняясь, Т. поранил правую руку. Через 40 минут обратился в больницу.

Из медицинской карты пациента: Т. поступил в хирургическое отделение 11 сентября по поводу резаных ран правой кисти. При осмотре на ладони в области 2–5 пястных костей глубокая рана длиной 5,5 см с ровными краями и острыми концами. По одной такого же характера ране длиной от 0,8 до 0,9 см расположено на ладонных поверхностях основных фаланг 2–5 пальцев. В ранах видны полностью и частично пересеченные сухожилия сгибателей пальцев. Движения в пястно-фаланговых суставах 2–5 пальцев ограничены, в межфаланговых суставах отсутствуют. Все виды чувствительности сохранены. На сухожилия сгибателей наложены швы. Раны защищены наглухо. 12 сентября: повязка на правой кисти не промокла. Пальцы теплые. Продолжает находиться на излечении в больнице. Клинический диагноз: раны ладонной поверхности правой кисти с повреждением сухожилий сгибателей пальцев.

Задача 64

Гр-н М., 37 лет. 19 марта в драке ударили ножом в левую руку. В тот же день доставлен в больницу.

Из медицинской карты пациента: при поступлении общее состояние средней тяжести: бледен, жалуется на слабость. Артериальное давление 90/65 мм рт. ст., пульс 95–100 в минуту. На передненаружной поверхности в верхней трети левого плеча рана длиной 2,3 см с ровными краями. Рана проникает до глубоких слоев мышц. В ране почти полностью пересеченный срединный нерв. Рука свисает, пальцы полусогнуты. Движения предплечья и кисти почти полностью отсутствуют. Все виды чувствительности наиболее нарушены на ладонных поверхностях 2–3 пальцев, особенно концевых фаланг. Рефлексы отсутствуют. Произведена операция: первичная хирургическая обработка раны, шов нерва, наложены швы на мышцы и кожу. Клинический диагноз: ножевая рана верхней трети левого плеча с пересечением срединного нерва.

Освидетельствован в стационаре 21 марта: на левом плече наложена повязка. Рука свисает, пальцы полусогнуты. Движения в предплечье и кисти почти полностью отсутствуют, все виды чувствительности нарушены наиболее на 2–3 пальцах. Больной продолжает стационарное лечение.

Задача 65

Гр-ка И., 40 лет. 05 марта вечером на лестничной клетке в бытовой ссоре сосед дважды ударил кулаком.

Данные освидетельствования 06 марта: в правой височной области на 7 см кзади от наружного края правой глазницы и на 4 см выше наружного слухового прохода округлый кровоподтек диаметром 4 см. Левая половина верхней губы припухшая, на слизистой губы слева овальный темно-красный кровоподтек размерами 3,0 x 2,0 см, в центре которого прямолинейная рана длиной 0,8 см, с ровными краями и белесоватым дном.

Задача 66

Гр-н Щ., 42 лет. 15 мая во дворе пьяный сосед ударил палкой по голове.

Данные освидетельствования 17 мая: на волосистой части головы в правой теменной области линейная рана длиной 3,5 см, с воспаленными, красного цвета краями, скудным гнойным отделяемым. В окружности раны на участке 6,0 x 5,0 см припухлость мягких тканей.

Предложено обратиться к хирургу, назначено переосвидетельствование.

Переосвидетельствование 23 мая: волосы в окружности раны коротко выстрижены, припухлости мягких тканей нет. Края раны слегка утолщены, красного цвета.

Переосвидетельствование 26 мая: рана чистая, края её соприкасаются, покрыты плотной темно-красной частично отслаивающейся корочкой.

Задача 67

Гр-н И., 20 лет. 12 октября во время уличной драки ударили по правой ноге металлической трубой. Доставлен машиной «Скорой помощи» в больницу.

Из медицинской карты пациента: при поступлении жаловался на боли в правой голени. Пульс — 84 в минуту. Артериальное давление 130/85 мм рт. ст. На наружной поверхности правой голени в средней трети рана 2,0 x 1,5 см, с неровными краями, из раны выстоит костный фрагмент. На рентгенограмме правой голени определяется поперечный перелом малоберцовой кости в средней трети со смещением отломков на диаметр кости. Под наркозом произведена первичная хирургическая обработка раны правой голени, открытая репозиция перелома малоберцовой кости. В последующем в течение 1 месяца осуществлялась иммобилизация гипсовой повязкой. Клинический диагноз: открытый перелом правой малоберцовой кости со смещением отломков.

Задача 68

Гр-н Ж., 26 лет. 18 мая в драке нанесли удар в спину каким-то предметом. Доставлен в хирургическое отделение городской больницы скорой медицинской помощи.

Из медицинской карты пациента: поступил через 40–50 минут после получения травмы. При осмотре в сознании, артериальное давление 100/80 мм рт. ст., пульс 110–130 в минуту, дыхание поверхностное, 26–30 в минуту. Лицо бледное, покрытое холодным потом. Одежда (пиджак, сорочка, майка) на спине справа повреждена, обильно пропитана жидкой кровью и свертками крови. На спине справа в 5 межреберье одиночная прямолинейная рана длиной 3,3 см.

Края раны ровные, не осаднены. Верхний конец раны закруглен, нижний острый. Стенки раны отвесные. Рана переходит в раневой канал, проходящий через межреберные мышцы и проникающий в правую плевральную полость. Из раневого канала, пенясь, выступает небольшое количество крови. Дыхание справа почти не прослушивается, слева незначительно ослаблено. При операции (торакотомии) обнаружено, что раневой канал проходит в нижней доле правого легкого в направлении сзади наперед. Повреждение правого легкого щелевидной формы длиной 3 см. Края повреждения и окружающие участки легкого пропитаны кровью. В правой плевральной полости около 800 мл жидкой крови и рыхлых свертков крови. Легкое смещено, поджато к корню. Повреждение легкого зашито, плевральная полость осушена, операционная рана послойно ушита до дренажей. В последующие 4 дня общее состояние удовлетворительное, продолжает находиться на стационарном лечении. Клинический диагноз: ранение спины, проникающее в плевральную полость с повреждением правого легкого. Правосторонний гемопневмоторакс.

Задача 69

Гр-н А., 50 лет. 21 августа при переходе улицы был сбит грузовой автомашиной, бригадой скорой медицинской помощи доставлен в травматологическое отделение больницы.

Из медицинской карты пациента: поступил 21 августа через 40 минут после травмы с жалобами на резкие боли в левом бедре. При осмотре: в сознании, ориентирован в месте и времени. Кожные покровы бледные. Пульс 100 в минуту, удовлетворительного наполнения и напряжения. Артериальное давление 110/70 мм рт. ст. Левая нога повернута кнаружи. В средней трети левого бедра на передненаружной поверхности овальный багровый кровоподтек 10 x 14 см. Имеется увеличение окружности бедра на 6 см и угловая деформация с углом, открытым кнутри и кзади. Пульс на артериях стопы отчетлив. На рентгенограмме определяется оскольчатый перелом левого бедра в средней трети. В течение двух недель проводилось лечение скелетным вытяжением за гребень большеберцовой кости и пяточную кость. По данным контрольной рентгенографии сопоставления отломков не получено. 04 сентября проведена операция остеосинтеза левого бедра титановым стержнем. Во время операции с передненаружной поверхности бедренной кости удален крупный осколок

(4 x 2 см), не связанный с мягкими тканями. В зоне перелома возник дефект костной ткани. Послеоперационный период протекал без осложнений. 18 сентября после снятия швов на левую ногу наложена гипсовая повязка, выписан на амбулаторное лечение с рекомендацией снять повязку через 2 месяца с контрольной рентгенографией. Клинический диагноз: закрытый оскольчатый перелом левого бедра со смещением отломков.

Данные судебно-медицинского освидетельствования 20 ноября в травматологическом отделении: кожные покровы левой ноги чистые, пролежней нет. Имеется атрофия мышц левой ноги: окружность левого бедра — 50 см, правого — 56 см, окружность левой голени 30 см, правой — 34 см. Сгибание в левом коленном суставе до 110°, разгибание полное. Движения в левом голеностопном суставе не ограничены. На передненаружной поверхности левого бедра в средней трети прямолинейный рубец длиной 20 см, расположенный соответственно цифрам 12 и 6 условного циферблата часов, мягкий, безболезненный. При нагрузке по оси левого бедра незначительная болезненность в области перелома. На рентгенограмме левого бедра от 19 ноября определяются элементы костной мозоли, но линия перелома прослеживалась четко. С передневнутренней стороны в зоне перелома дефект костной ткани 4 x 2 см. В костномозговом канале бедренной кости металлический стержень.

Задача 70

Гр-н З., 16 лет. 12 апреля во дворе подросток ткнул палкой в левый глаз. Сразу доставлен в офтальмологическое отделение больницы.

При осмотре: на верхнем веке левого глаза имеется багрово-синий кровоподтек, веко отечно. Сосуды склеры расширены, полнокровны. В склере — кровоизлияние. Роговица прозрачна. Имеется отрыв радужки у корня. Острота зрения левого глаза — 0,03, правого — 1,0. В больнице лечился до 06 июля. Острота зрения левого глаза восстановилась до 0,2.

Освидетельствование 10 июля: левый глаз спокоен, роговица прозрачна, имеется отрыв радужки у корня, зрачок округлый. Острота зрения левого глаза равна 0,2. Правый глаз здоров, острота зрения — 1,0.

Задача 71

Гр-н Л., 21 года. 30 марта во время уличной драки получил удар ножом по левому предплечью. Доставлен в больницу через 3 часа 30 минут машиной «Скорой помощи».

Из медицинской карты пациента: при госпитализации кожные покровы и слизистые бледные. Сознание ясное. Пульс 100 в минуту. Артериальное давление 80/50 мм рт. ст. Левое предплечье перетянато импровизированным жгутом (галстук). Рукав пиджака и брюки пропитаны кровью. На передней поверхности левого предплечья в нижней трети поперечно расположенная рана линейной формы с ровными краями, размерами 5,0 x 1,0 см. В ране сгусток крови. При попытке встать в приемном покое побледнел, покрылся холодным потом и упал на кушетку. Пульс стал нитевидным. Срочно взят в операционную. Произведена первичная хирургическая обработка раны предплечья — обнаружено повреждение лучевой артерии, которая перевязана. Послеоперационный период без осложнений. Трудоспособность восстановлена через 4 недели. Клинический диагноз: ножевое ранение левого предплечья с повреждением лучевой артерии, острая массивная кровопотеря (около 2 000 мл).

Учебное издание

Судебная медицина

Сборник задач

Составитель

Смирнов Роман Юрьевич

Редактор, корректор М. Э. Левакова

Верстка М. Э. Леваковой

Подписано в печать 03.11.2020. Формат 60×84 1/16.

Усл. печ. л. 2,32. Уч.-изд. л. 1,75.

Тираж 13 экз. Заказ

Оригинал-макет подготовлен

в редакционно-издательском отделе ЯрГУ.

Ярославский государственный университет

им. П. Г. Демидова.

150003, Ярославль, ул. Советская, 14.

