

продолжение

«Акта судебно-медицинского исследования».

* «Акт судебно-медицинского исследования трупа» составляется при отсутствии постановления органов внутренних дел, прокуратуры, определения суда

Вопросы, подлежащие разрешению при исследовании:

1.Какова причина и время смерти наступления смерти?

2.Какие повреждения имеются на трупе? Какова их локализация, время причинения, тяжесть вреда здоровью?

Эксперту представлены:

1.Направление на судебно-медицинское исследование трупа гр.

05.03.1968 года рождения.

2.Труп гр. Иконяк Романа Ивановича, 05.03.1968 года рождения.

3.Медицинская карта №3471 от 09.12.2020г. «Ленинградская городская больница» на имя

гр.Иконяк Романа Ивановича, 05.03.1968 года рождения.

Предварительные сведения об обстоятельствах дела: «Направляется для судебно-медицинского исследования труп гр. Иконяк Романа Ивановича, 05.03.1968 года рождения, обстоятельства случившегося: в 22 часов 25 минут в РАО ВУ ЛГБ зафиксирован факт биологической смерти Иконяк Р.И.»

ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКАЯ ЧАСТЬ. Перед исследованием трупа произведена сверка фамилии, имени, отчества и даты рождения: проверено направление на судебно-медицинское исследование трупа, медицинские документы, журнал приема трупов и бирка на совпадение фамилии, имени отчества и номера регистрации – данные совпадают. Труп доставлен в отделение 10.12.2020г. в 16-45 часов, помещен в холодильную камеру с температурой от +3*С до +5*С.

Представлена медицинская карта №3471 от 09.12.2020г. «Ленинградская городская больница» на имя гр.Иконяк Романа Ивановича, 05.03.1968 года рождения. Поступил 09.12.2020г. в 19:50, доставлен по экстренным показаниям, самообращение в ВУ «ЛГБ». При поступлении: 09.12.2020. в 19:50, Осмотр в приемном отделении врача-терапевта. Жалобы на давящие боли за грудиной, чувства нехватки воздуха, пациент беспокойный, стонет, ищет удобное положение, общая слабость. Анамнез заболевания: доставлен в приемный покой в сопровождении 2 сопровождающих (занесли на руках) на момент моего осмотра пациент лежа на каталке в полусидящем положении. ЧДД -21-22 в мин., SpO2 -96-97%. АД=167/100мм.рт.ст. ЧСС 96- 97 в мин. При осмотре жалобы на давящую боль за грудиной без четкой иррадиации, чувство нехватки воздуха. По Сито ! - проведен контроль ЭКГ прямых данных за ОКС нет (синусовая тахикардия до 119 в мин. ЭОС - N, нарушение реполяризации по нижней стенке ЛЖ) контроль тропонинового теста, ОАК, глюкозу с (капиллярной крови), учитывая жалобы тяжесть общ.состояния госпитализирован в РАО. Анамнез жизни: родом из Волгоградской области, г.Волгоград. На севере работает вахтами в СНГ. Аллергическую реакцию на медикаментозные препараты отрицает. Со слов, страдает ГБ много лет. Объективный статус: общее состояние больного тяжелой степени тяжести. Сознание ясное. Кожные покровы бледно-розовые, видимые слизистые обычной окраски. Система органов дыхания: носовое дыхание свободное. Форма грудной клетки нормостеническая, перкуторный звук над легочными полями - легочный. При аускультации дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД 21-22 в минуту. Сердечно-сосудистая система: границы сердца в пределах нормы, при аускультации - тоны сердца громкие, нормальной звучности, шум не выслушивается. АД=160/99мм.рт.ст. Пульс ритмичный, удовлетворительных свойств. ЧСС-106 в минуту. SpO2-96-97%. Живот мягкий, увеличен за счет ПЖК, в акте дыхания участвует. Печень и селезенка не пальпируются. Стул не регулярный, оформленный. Система мочеотделения: симптом поколачивания отрицательный, мочеиспускание свободное, безболезненное. Диагнозы Предварительный Основной: ИБС. Ишемическая кардиомиопатия (I25.5). Конкурентный: Острый инфаркт миокарда неуточненный (I21.9). Дифференциальный: Легочная эмболия с упоминанием об остром легочном сердце? (I26.0). Сопутствующий: Гипертензивная (гипертоническая) болезнь с преимущественным поражением сердца без (застойной) сердечной недостаточности 2ст. 2ст. риск 4 (I11.9). Сопутствующий: Инсулиннезависимый сахарный диабет с неуточненными осложнениями СД 2 типа, целевой уровень HbA1c менее 6,5? (E11.8). Сопутствующий: Внебольничная пневмония неуточненная? (J12.9). План обследования: компьютерная томография органов грудной полости, компьютерная томография головного мозга, регистрация

электрокардиограммы, регистрация электрокардиограммы, анализ мочи общий, определение антител к бледной трепонеме (Treponema Pallidum) в нетрепонемных тестах (RPR, РМП) (качественное и полуколичественное исследование) в сыворотке крови, исследование уровня аланин-трансаминазы в крови (АЛТ), исследование уровня аспартат трансаминазы в крови (АСТ), исследование уровня холестерина в крови, исследование уровня креатинина в крови, исследование уровня мочевины в крови, исследование уровня калия в крови, исследование уровня натрия в крови, исследование уровня глюкозы крови, общий (клинический) анализ крови (ОАК авт + СОЭ + лейкоцитарная формула), регистрация электрокардиограммы, экспресс-исследование уровня тропонина в крови. План лечения: морфина гидрохлорида раствор для инъекций 1% (доза: 1 миллилитр), путь введения: внутривенно струйно, для купирования болевого синдрома, начало курса: 09.12.2020, гепарин (доза: 1000 единица), путь введения: внутривенно капельно, ч/з дозар 1мл \ч. начало курса: 09.12.2020, нитроглицерин 1,0 мл в час в\в через инфузомат, 0,9% натрий хлор по 10 миллилитр (доза: 0,9 процент) путь введения: внутривенно струйно, начало курса: 09.12.2020., гепарин по 1 фл. (доза: 5000 единица), путь введения: внутривенно струйно 1 раз в сутки, продолжительность: 1 день, начало курса: 09.12.2020. На этапе приемного отделения: метопролол 25мг 1т. №1, клапидогрель 300мг разжевал, ацетил, салициловая к-та 100мг 1т. №1, нитроглицерин спрей по 2 дозы 2-хкратно на этапе приемного отделения, кантоприл 25мг 1т. №1. Рекомендации. Госпитализирована в РАО учитывая тяжесть общего состояния. Консультация по телефону с дежурным кардиологом ОКДЦ, КТ ОГП, КТ ГМ. 09.12.2020. в 20:05, Дневник реаниматолога. Жалобы на боли в области сердца, чувство нехватки воздуха. Объективный статус: с приёмного покоя на лежащей каталке в РАО доставлен больной. Общее состояние тяжелое. Тяжесть состояния обусловлена основным заболеванием, длительностью, его осложнениями и сопутствующей патологией. С анамнезом ознакомлен. Температура 36,2*С. В сознании, беспокойный, отмечается чувство страха, меняет положение тела, продуктивному контакту доступен, но отвечает односложно, правильно. Кожные покровы физиологической окраски, теплые, чистые, повышенной влажности. Видимые слизистые бледно-розовые, признаков нарушения микроциркуляции и цианоза нет. Периферических отеков нет. Исследование уровня свободного и связанного билирубина в крови. Исследование уровня/активности изоферментов креатинкиназы в крови. План лечения: гепарин, изокет, морфина гидрохлорида раствор для инъекций, гепарин. 09.12.20г. в 20:05, С целью анальгезии назначено: р-р морфина 1% -1.0 (один) мл в\в. 09.12.20г. в 20:05, в присутствии врача введено: р-р морфина 1% -1.0 (один) мл в\в. 09.12.2020. в 20:30, Дневник реаниматолога. Жалобы на чувство нехватки воздуха, затруднение при дыхании продолжается. После введения морфина боли в грудной клетке сразу купировались, в динамике при опросе не отмечает. Объективный статус: общее состояние больного тяжелое, положительной динамики не. Ведущим симптомом остается чувство нехватки воздуха. В сознании, беспокойство, изменение положение тела продолжают, чувство страха остается, продуктивному контакту доступен, но отвечает односложно, устает. Кожные покровы физиологической окраски, теплые, чистые, повышенной влажности. Видимые слизистые бледно-розовые, признаков нарушения микроциркуляции и цианоза нет. Периферических отеков нет. ЧДД 20 - 22 в 1 мин., повышенного объема. В легких дыхание везикулярное, равномерно прослушивается с обеих сторон, в н/о ослабленное, хрипы не определяются, SpO2 96-97%. Тоны сердца приглушенные, ритмичные. АД=145/95мм.рт.ст. Пульс 102 в мин., ритмичный, удовлетворительного наполнения и напряжения. Язык влажный. Живот увеличен за счёт ПЖК, вздут, мягкий, участвует в акте дыхания, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены. Перистальтика выслушивается удовлетворительная. Моча по катетеру светлая, темп диуреза резко снижен. По телефону проведена консультация с дежурным кардиологом [REDACTED] по телефону доложено общее состояние пациента, данные ЭКГ, тактика проводимого лечения. Рекомендованно: прямых данных за ОКС нет, контроль ЭКГ, тропонинового теста ч/з 6 ч., КТ контроль ОГП, ЭХОКГ. Консультация зафиксирована, повторная консультация ч/з 6 часов. Из-за постоянного движения -венозный катетер удален. Периферические вены не выражены. Дальше показана катетеризация центральной вены. Консилиум: в соответствии с ФЗ №323 от 21.16.18г.

«Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации». Согласие (отказ) пациента. Учитывая тяжесть заболевания и невозможность выразить свою волю, показания к катетеризации подключичной вены, больному выставлены консилиумом врачей. В 20:30. Протокол катетеризации подключичной вены. Ввиду тяжести состояния, не выраженности периферических вен - с целью проведения инфузионной и медикаментозной терапии, измерения ЦВД и лабораторного контроля за показателями крови, в асептических условиях, под местной анестезией S. Novocaini 0,5% 2,0ml., по методике Сельдингера произведена пункция и катетеризация v. Subclavia dextra. Установка катетера с 1-й попытки. Катетер диаметром 14 введен в вену на 10см. Проходим в обоих направлениях. Получен хороший ретроградный ток венозной крови. Катетер фиксирован к коже капроновой лигатурой. Асептическая повязка. Осложнений при проведении манипуляции нет. Персонал с правилами пользования и ухода за подключичным катетером обучен. 09.12.2020. в 20:50, Дневник реаниматолога. Жалобы на чувство нехватки воздуха остается, затруднение при дыхании продолжают, больной субъективно отмечает ухудшение - причину объяснить не может. Объективный статус: общее состояние больного тяжелое, отмечается быстрая отрицательная динамика: беспокойство усиливается, появляются признаки нарушения микроциркуляции. В сознании, беспокойство, чувство страха остается, продуктивный контакт ухудшается. Кожные покровы бледные, прохладные, повышенной влажности. Видимые слизистые бледные цианоза нет. Периферических отеков нет. ЧДД 20 - 24 в 1 мин., повышенного объема. В легких дыхание везикулярное, равномерно прослушивается с обеих сторон, в н/о ослабленное, хрипы не определяются, SpO₂ 95%. Несмотря на чувство нехватки воздуха, насыщение - удовлетворительное, при ингаляции O₂ через носовые катетеры 3 л/мин. Тоны сердца приглушенные, ритмичные. АД=135/95мм.рт.ст. Пульс 110 в мин., ритмичный, удовлетворительного наполнения и напряжения. Язык влажный. Живот увеличен за счёт ПЖК, мягкий, участвует в акте дыхания, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены. Перистальтика выслушивается вялая. Моча по катете светлая, темп диуреза резко снижен. Учитывая отсутствие положительной динамики со стороны дыхательной системы: постоянное чувство нехватки воздуха, чувство страха, субъективное ухудшение, появление признаков нарушения микроциркуляции - больному показан перевод на ИВЛ. Перевод на ИВЛ. В связи с ухудшением состояния, отрицательной динамикой - больному показан перевод на ИВЛ. Преоксигинация 100% кислородом, через маску. Премедикации: атропин 0,1% - 0,5мл + димедрол 1% -1,0 в/в. Седация: сибазон 0,5% - 2,0 в/в. Миоплегия: листенон 200 в/в. Под прямой ларингоскопией, интубация трахеи трубкой №8,5 со второй попытки (гиперстеник, короткая шея, №9 не прошла). Аускультативно - дыхание равномерно прослушивается с обеих сторон. Перевод на ИВЛ: предварительно. Аппарат ВЧ-респиратор с 100% O₂ мин., SpO₂ =88-90-94-95%. После интубации и перевода на ИВЛ: гемодинамика стабильная. Тоны сердца ритмичные, приглушенные. АД=115/78мм.рт.ст. Пульс 120 в 1 мин., ритмичный. Наблюдение в динамике. 09.12.2020г. в 20:50, С целью седации назначено: р-р сибазона 0,5% - 2,0 (два) мл в/в. 09.12.2020г. в 20:50, В присутствии врача введено: р-р сибазона 0,5% - 2,0 (два)мл в/в. 09.12.2020. в 21:00, Дневник реаниматолога. Жалобы. ИВЛ. Объективный статус: общее состояние больного крайне тяжелое. Отмечается резкое ухудшение состояние со стороны ССС: прогрессивно нарастает гипотония, брадиаритмия, нарушения микроциркуляции. Кожные покровы бледные, прохладные, повышенной влажности. Видимые слизистые бледные, цианоза нет. ИВЛ, ВЧ-респиратор. В легких дыхание везикулярное, равномерно прослушивается с обеих сторон, в н/о ослабленное, хрипы влажные проводные хрипы, определяются, SpO₂ 95-90-88-86%. Тоны сердца глухие, ритмичные. АД=115/75 - 100/65 - 80/54 -60/42мм.рт.ст. Пульс 104 - 85 - 74 - 54 - 50 в мин., в/в адреналин 0,1-1,0 в/в, + атропин 0,1% -1,0 в/в. Положительного эффекта нет. В 21:00 фиксируется остановка сердца. Начаты реанимационные мероприятия: непрямой массаж сердца. Продолжена ИВЛ ВЧ-респиратором, FiO₂=100%. В 21:00. в/в введено адреналин 0,1% -1,0. Без эффекта. В 21:00. в/в введено адреналин 0,1% -1,0. Без эффекта. В 21:00. в/в введено адреналин 0,1% -1,0. Без эффекта. Серия дефибрилляций 300-360дж. Реанимационные мероприятия в течение 15 минут эффективны. 21:15. Сердечная деятельность восстановлена. АД=125/85мм.рт.ст. ЧСС 90-96 в мин.

После 15 мин. контроля и стабильной деятельности ССС больной на ИВЛ, мониторным и врачебным контролем отправлен на КТ ОГК, ГМ. Во время КТ гемодинамика стабильная, насыщение 93-95%. В 21:50 больной доставлен РАО, где продолжена интенсивная терапия. Продолжена ИВЛ аппаратом Chirolog: режим А/С, ДО=600 мл; ЧДД=14 в мин, МОД 8,4 л/мин, РЕЕР=5см.вод.ст., FiO2=60%. Продолжено интенсивное наблюдение. 09.12.2020. в 21:55, Дневник реаниматолога. Объективный статус: общее состояние больного крайне тяжелое. Вновь отмечается резкое ухудшение состояние со стороны ССС: прогрессивно нарастает гипотония, брадикардия. Кожные покровы бледные, прохладные, повышенной влажности. Видимые слизистые бледные. ИВЛ аппаратом Chirolog: режим А/С, ДО=600мл; ЧДД=14 в мин., МОД 8,4л/мин, РЕЕР=5см.вод.ст., FiO2=60%. В легких дыхание везикулярное, равномерно прослушивается с обеих сторон, в н/о ослабленное, хрипы влажные проводные хрипы, определяются, SpO2-88-85%. Тоны сердца глухие, ритмичные. АД=125/84 - 100/65 - 75/42 - 55/35мм.рт.ст. Пульс 86 - 56 - 52 - 48 в мин. На фоне крайне тяжелого состояния, ИВЛ, отрицательной динамики - в 21:55 вновь наступила остановка сердечно-сосудистой деятельности через брадикардию в асистолию: пульс, АД сердца не определяются, мониторный контроль показатели деятельности сердечно-сосудистой системы не фиксирует, зрачки расширяются, снижается SpO². Вновь начаты реанимационные мероприятия: непрямой массаж сердца. Продолжена ИВЛ аппаратом Chirolog: режим А/С, ДО=600 мл; ЧДД=14 в мин., МОД 8,4 л/мин., РЕЕР=5см.вод.ст., FiO2=100%. В 21:55. в/в введено адреналин 0,1% -1,0. Без эффекта. С 22:00. - до 22:20 в/в введено адреналин 0,1% -1,0. Без эффекта. Реанимационные мероприятия в течение 30 минут без эффекта. 09.12.20г. в 22:25. зафиксирована биологическая смерть. Смерть 09.12.2020г. Койко-дней: 2 часа 25 минут. Посмертный Диагноз Основной: ИБС. Ишемическая кардиомиопатия (ОИ по нижней стенке ЛЖ) (I25.5). Конкурентный: Легочная эмболия с упоминанием об остром легочном сердце? (I26.0). Осложнение основного: КППВ от 09.12.20г. Осложнение основного: ИВЛ от 09.12.20г. Осложнение основного: Реанимационные мероприятия от 09.12.20г. Сопутствующий: Гипертензивная (гипертоническая) болезнь с преимущественным поражением сердца без (застойной) сердечной недостаточности 2ст 2ст., риск 4 (I11.9). Сопутствующий: Инсулиннезависимый сахарный диабет с неуточненными осложнениями, СД 2 типа, целевой уровень HbA1c менее 6,5%? (E11.8). Сопутствующий: Внебольничная двухсторонняя полисегментарная пневмония неуточненная? (J12.9).

В медицинскую карту вклеены листы:

1.Компьютерная томография органов грудной полости от 09.12.2020г. Исследование органов грудной полости проведено по стандартной методике без применения внутривенного контрастирования. Грудная клетка нормостенического типа. Пневматизация неравномерная, одинакового объема с двух сторон. Легочный рисунок неравномерно усилен за счет смешанного компонента. Справа в S1, S2, S6, S7, S9, S10 и слева в S1+2, S4, S8, S9, S10 сливные зоны снижения прозрачности по типу «матового стекла» с неровными нечеткими контурами, и участками неполной консолидации, занимающие до 50% обоих легких. Очаговые изменения с ровными четкими контурами - справа в S3, S4 и слева S3 2-5мм. Корни лёгких структурны. Бронхи имеют обычный анатомический ход, проходимы. Просветы крупных бронхов не деформированы, стенки не утолщены, без участков локальных бронхоэктазий. В просвете трахеи установлена интубационная трубка. Структуры средостения дифференцируются, обычно расположены. Лимфатические узлы не увеличены. Сосудистые структуры: легочный ствол 28 мм, легочные артерии в дистальных отделах справа до 15мм. Жидкость в верхнем кармане перикарда. Справа в подключичной и верхней полой венах катетер. Диафрагма не дистопирована. Костальная, медиастинальная и междолевая плевра не утолщена. Жидкость в плевральных полостях не выявлена. Паравerteбральные мягкие ткани и мягкие ткани грудной стенки на исследованных уровнях не изменены. Деструктивных изменений в грудном отделе позвоночника, рёбрах и грудине не выявлено. Денс-плотность печени снижена до 30ед.Н. Заключение: КТ-признаки двухсторонней полисегментарной пневмонии. КТ 2. Co-rads 2 (уровень подозрения на

инфицирование COVID-19 низкий). Очаговые изменения обоих легких. Жировая дистрофия печени.

2. Компьютерная томография головного мозга от 09.12.2020г. Укладка не симметрична! На аксиальных томограммах и серии реконструкций смещения срединных структур не выявлено. Боковые желудочки не компремированы, не расширены (размеры на уровне тел: правый 7,3мм, левый 7,8мм). III желудочек до 7мм. Сильвиев водопровод свободен. IV желудочек не расширен. Арахноидальные пространства полушарий головного мозга, субарахноидальные борозды не расширены. В веществе теменных областей, области базальных ядер с двух сторон многочисленные гиподенсные очаговые изменения 2-4мм сосудистого характера. Слева в субкортикальных отделах теменной области гиподенсная зона неправильной формы с неровными, достаточно четкими, контурами 12*8*5мм. Кранио-вертебральная область без патологии. Турецкое седло не расширено, гипофиз обычной формы и размера, параселлярные структуры без особенностей, хиазма зрительных нервов не изменена. Дифференцировка серого и белого вещества не нарушена. Кальцинаты шишковидной железы и сосудистых сплетений боковых желудочков. Миндалины мозжечка не дистопированы. Ретроорбитальные пространства без очагов патологической денс-плотности. Верхнечелюстные пазухи - справа неравномерное утолщение слизистой оболочки, ниже-передние отделы выполнены сливающимися кистевидными структурами на 2/3 объема пазухи. Пневматизация остальных придаточных пазух носа, ячеек пирамид и сосцевидных отростков височных костей не нарушена. Травматических и деструктивных изменений в костях свода, основания черепа и лицевого скелета не определяется. Заключение: КТ-признаки сосудистой энцефалопатии, более вероятно глиозных изменений теменной области слева. Риносинусопатия.

НАРУЖНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ. Труп доставлен без одежды. Произведено определение трупного окоченения, путем ощупывания мышечных групп (выявляя их уплотнение), отведения книзу нижней челюсти, сгибания, разгибания и поворота шеи, а также сгибания и разгибания верхних и нижних конечностей в суставах (для определения тугоподвижности): трупное окоченение резко выражено во всех группах исследованных мышц, с трудом разрушается при механическом воздействии. Ценностей и документов при трупе не обнаружено. Труп мужчины на вид пожилого возраста, длиной тела 173см. Телосложение нормостеническое, повышенного питания. Масса трупа не измерялась в виду отсутствия специальных весов. Кожный покров на ощупь холодный, мертвенно-бледного цвета, дрябловатый, без видимых участков подсыхания. Измерение температуры трупа не проводилось из-за длительного нахождения трупа в холодильной камере. Скелетные мышцы дрябловатые на ощупь, рельеф их выражен умеренно. Трупные явления на 08 часов 30 минут: трупные пятна интенсивные, разлитого характера, темно-фиолетового цвета с синюшным оттенком, расположены на заднебоковых поверхностях туловища и конечностей, за исключением выступающих участков в области лопаток, локтевых суставов, ягодиц. На передних поверхностях тела трупных пятен нет. При надавливании в трех рядом расположенных участках поясничной области динамометром СМЭД-2 силой 2кг/см^2 в течение 3 секунд трехкратно: бледнеют и медленно восстанавливаются через 17 минут, не перемещаются при изменении положения трупа. При ударе металлической линейкой по двуглавой мышце плеча в средней трети образуется вмятина в проекции воздействия, которая определяется визуально и пальпаторно. Электрическое раздражение скелетных мышц не проводилось в виду отсутствия необходимой аппаратуры. Зрачковая проба путём химического воздействия на гладкие мышцы радужки глаза пилокарпином или атропином не проводилась в виду их отсутствия в отделении. Поздних трупных явлений (гниение, мумификация, жировоск, торфяное дубление) нет. Признаков присутствия энтомофауны, в том числе мух в разной стадии их развития, при осмотре трупа не обнаружено. Забор материала для лабораторных исследований с поверхности трупа не производился (по причине отсутствия показаний). Кожный покров волосистой части головы не поврежден. Кости свода черепа на ощупь целы. Голова правильной формы, волосы на голове русые с обильной проседью, длиной спереди, сзади и с боков до 1,5см. Лицо одутловатое, синюшное, симметричное. Кости и хрящи носа, кости лицевого отдела черепа на ощупь целые.

Веки обоих глаз сомкнуты, соединительно-тканые оболочки век бледно-серые, с точечными диффузными темно-красными кровоизлияниями. Склеры гиперемированы, с сетью расширенных сосудов. Глазные яблоки плотно-эластичные на ощупь. Роговицы влажные, прозрачные. Зрачки круглой формы, равновеликие, диаметром по 0,5 см. Радужные оболочки серого цвета. На белочных оболочках глаз отсутствуют желто-бурые участки высыхания треугольной формы (пятна Лярше). При сдавливании глазных яблок с боков, зрачки не изменяют свою форму (признак Белоголова - отрицательный). Отверстия носа свободные от инородных тел и выделений. Рот закрыт, слизистая губ и дёсен бледно-синюшная, без кровоизлияний. Переходная кайма губ бледно-красная, подсохшая. Преддверие и полость рта свободны от крови, рвотных масс, таблеток и других инородных веществ и предметов; веществ похожих на пищу. На нижней челюсти справа 6-ой, слева 6-ой зубы отсутствуют давно, лунки отсутствующих зубов заращены, десна их оомозолелая. Остальные зубы целы, средней величины, неровные, эмаль желто-белого цвета. Язык за линией зубов, не ущемлён. Слизистая ротовой полости чистая, без кровоизлияний. Ушные раковины симметричные, синюшные, целые. Загрязнений и выделений из наружных слуховых проходов нет. Описание внешности методом словесного портрета не производилось, так как труп является опознанным. Шея сформирована пропорционально туловищу, обычной длины, тугоподвижная. Кожные покровы шеи не повреждены. Наложений на коже и изменений кожного покрова шеи, груди, живота, подмышечных впадин и складок кожи, спины, левой верхней и нижних конечностей, не обнаружено. Грудная клетка плоскоцилиндрической формы, симметричная, на ощупь целая. При ощупывании грудной клетки нарушения ее каркасной функции не выявлено, костный треск и треск мелкопузырчатого характера (подкожная эмфизема) не ощущается. Живот выше уровня реберных дуг, уплощенной формы, дрябловатый на ощупь. Пупок втянут. Спина плоская, усиления грудного кифоза и явного (видимого при горизонтальном положении трупа) сколиоза нет. Оволосение на лобке по мужскому типу. Наружные половые органы сформированы по мужскому типу, анатомически правильно. Язв и рубцов на их кожных покровах нет. Оба яичка в мошонке. Выделений из мочеиспускательного канала нет. Задний проход сомкнут, кожные покровы в его окружности не повреждены, без помарок. Верхние и нижние конечности сформированы и развиты правильно. Видимых контрактур и признаков ложных суставов на руках и ногах нет. Отсутствуют патологические изменения пальцев рук на уровне ногтевых фаланг (их утолщение и изменение формы ногтя). При ощупывании подмышечной области признаков увеличения лимфатических узлов не обнаружено. Позвоночник на ощупь целый, физиологические изгибы выражены умеренно, искривлений нет. Крестец на ощупь целый, ягодицы симметричные. Кости туловища, верхних и нижних конечностей, суставы на ощупь целые; патологической подвижности не обнаружено. Повреждения. На передней поверхности правого предплечья в верхней трети в проекции подкожных вен две раны с ровными краями, под тонкими красноватыми возвышающимися корочками. Каких-либо других телесных повреждений и патологических изменений в виде врожденных и приобретенных анатомических и иных индивидуальных (в том числе татуировок, ампутаций) особенностей при наружном исследовании трупа не обнаружено.

ВНУТРЕННЕЕ ИССЛЕДОВАНИЕ. До вскрытия полости черепа и пересечения сосудов, перед извлечением органокомплекса проведена проба на пневмоторакс: мягкие ткани груди максимально отсепарованы в виде «карманов» и заполнены водой; под водой произведены проколы межреберных мышц по среднеключичной линии справа и по передней подмышечной слева: справа и слева – воздух не получен. Проведена проба на воздушную эмболию: выделена грудина ниже 2-х ребер и хрящевые отделы ребер, вскрыта сердечная сорочка и заполнена водой. После этого под водой произведен прокол правого предсердия сердца – воздух не получен. Затем произведены проколы остальных полостей сердца – воздух не получен. Мягкие ткани головы исследованы по Самсонову: произведен разрез между ушными раковинами через область свода черепа, кожно-мышечные лоскуты краев разреза отсепарованы вперед до надбровных дуг, кзади до затылочного бугра. При подрезании мягких тканей волосистой части головы: они влажные, блестящие, без кровоизлияний. Височные мышцы на разрезах красно-коричневого цвета,

полнокровные, без кровоизлияний. Толщина мягких тканей свода черепа около 0,6см. Кости свода черепа вскрыты двумя взаимно перпендикулярными распилами; целые, швы заросшие. Толщина костей черепа на распилах: лобной – 0,6-0,7см, височных – по 0,5см, затылочной – 0,6-0,8см. После удаления твердой мозговой оболочки и просушки – кости свода и основания черепа целые. Твердая мозговая оболочка перламутрового цвета, умеренно напряжена, гладкая, блестящая, частично повреждена при распилах; в синусах твердой мозговой оболочки темно-красная жидкая кровь. В проекции сагиттального синуса мягкая мозговая оболочка местами сращена с твердой мозговой оболочкой (область пахионовых грануляций). Под и над твердой мозговой оболочкой свободной жидкости нет. Мягкая мозговая оболочка гладкая, прозрачная с сетью расширенных сосудов, отечная. Содержимое подпаутинного пространства и цистерн: в умеренном количестве бесцветная, прозрачная жидкость. Под оболочками мозга кровоизлияний не обнаружено. Борозды и извилины мозга немного сглажены, уплощены. Полушария головного мозга симметричные, извилины рельефные. Полос от давления краем серповидного отростка, намета мозжечка, большого затылочного отверстия нет. Артерии мозга спавшиеся, с тонкими полупрозрачными стенками; в просвете их следы темно-красной жидкой крови, аномалий развития и аневризм нет. Головной мозг размерами 19х15х8см, массой 1390г. На продольных разрезах головного мозга общий рисунок строения мозговой ткани не изменен. Желудочки мозга не расширены. Боковые желудочки – левый и правый – узкие, расположены в горизонтальной плоскости, в просвете их прозрачная жидкость в умеренном количестве, их сосудистые сплетения багрово-синюшного цвета, не отечные. Стенки желудочков гладкие, блестящие, с сетью расширенных кровеносных сосудов, без кровоизлияний. В полости 3-го, 4-го желудочков следы прозрачной желтоватой жидкости. Стенки желудочков гладкие, блестящие, с сетью расширенных сосудов, без кровоизлияний. Ткань мозга на ощупь упруго-эластичная, на разрезе гладкая, влажная, неравномерного кровенаполнения, блестящая, бледно-желтого цвета, умеренно отечная. На поверхности разрезов выступает небольшое количество красных точек и полос, которые стираются при проведении спинкой ножа (кровь из перерезанных сосудов). Границы белого и серого вещества, подкорковых узлов и ядер четко выражены. Ствол мозга на разрезе бледно-серый, без кровоизлияний. Полушария мозжечка симметричные. Мозжечок на разрезе древовидного строения, анатомическое строение: серое и белое вещество не изменено, ткань неравномерного кровенаполнения, без кровоизлияний. Граница между серым и белым веществом мозжечка четко выражена. При исследовании гипофиза сломана спинка турецкого седла в области его основания. Края перелома на всем протяжении истончены, с чередованием скошенных и отвесных участков. В дальнейшем данный перелом трактоваться не будет. Гипофиз овоидной формы, несколько уплощен в переднезаднем направлении, размерами 0,9х0,6х0,8см, на разрезах серо-красного цвета, без кровоизлияний. Эпифиз треугольно-овальной формы, несколько уплощен в передне-заднем направлении, эластичный на ощупь, размерами 1х0,7х0,4см, серовато-желтый, без очаговых изменений и кровоизлияний. Взвешивание гипофиза и эпифиза не проводилось ввиду отсутствия видимых признаков патологии. Патологических изменений (кровоизлияний, кист, очагов размягчений) в ткани полушарий, в подкорковых ядрах, продолговатом мозге и мозжечке не обнаружено. Придаточные пазухи костей черепа не вскрывались из-за отсутствия показаний. Соединение черепа с позвоночником не нарушено, кровоизлияний, разрывов связок, вывихов не обнаружено. Произведен срединный разрез по передней поверхности шеи, груди и живота, с обходом пупочного кольца слева. Отсепарованы кожно-мышечные лоскуты шеи и грудной клетки, пересечены правые и левые грудинно-ключичные сочленения и реберные хрящи, выделена грудина с хрящевыми отделами ребер. Межреберные мышцы и мышцы передней брюшной стенки хорошо развиты, красновато-коричневого цвета, нормальной влажности, без кровоизлияний. Мышцы шеи патологических изменений не имеют, красновато-коричневые, умеренной влажности. Кровоизлияний в ножках грудинно-ключично-сосцевидных мышц и в мышцах груди и живота нет. Мышцы этих областей красно-коричневые. Пересечением грудинно-ключично-сосцевидной и лопаточно-подъязычной мышцы открыт доступ к правому и левому сосудисто-нервному пучку шеи: ход магистральных сосудов шеи не нарушен, кровоизлияний,

патологических изменений извитости, сдавления остеофитами, надрывов и других повреждений по их ходу нет. Сонные артерии вскрыты на доступном протяжении: имеются следы жидкой крови; атеросклеротических бляшек, тромбов, свертков и надрывов интимы нет. Яремные вены запустевшие, не напряжены, вскрыты на доступном протяжении: стенки эластичные, без патологических изменений, в просвете следы жидкой крови. Толщина подкожно-жировой клетчатки в области грудины 2см, на уровне пупка 4,5см. Жировая клетчатка равномерного желтого цвета. До извлечения органокомплекса шеи, грудной и брюшной полостей произведен их осмотр на месте – расположение органов правильное, пороков развития нет. Диафрагма красновато-коричневого цвета, высота стояния купола диафрагмы справа на уровне 5-го ребра, слева – 6 ребра по среднеключичным линиям. Легкие в плевральных полостях лежат свободно и занимают почти полностью плевральные полости. Спаек в плевральных полостях нет. В плевральных и брюшной полостях следы желтоватой, прозрачной жидкости. Плевра и брюшина гладкие, серо-синюшные, блестящие, без кровоизлияний. Органы брюшной полости расположены правильно. В брюшной полости спаечного процесса нет. Большой сальник умеренно выражен, прикрывает на 2/3 петли кишечника, который несколько вздут газами, лежит свободно, без спаек, наложений, крови, экссудата, инородных тел. Желудок спавшийся. Брыжейка желтоватая, влажная, мягко-эластичная, без повреждений; лимфатические узлы брыжейки не увеличены; некротических изменений и кровоизлияний нет. Область солнечного сплетения без кровоизлияний и особенностей. Клетчатка переднего и заднего средостения не изменена, кровоизлияний нет. Вилочковая железа не определяется. Верхняя и нижняя полые вены умеренно кровенаполнены. Органы выделены единым комплексом (по Шору). Все органы исследованы с поверхности и на разрезах. Язык чистый, слегка обложен беловатым налетом у корня, сосочки хорошо выражены. Мышцы языка на разрезе серовато-красные, без кровоизлияний и рубцов. Вход в гортань свободен от инородных тел. Голосовая щель сомкнута, голосовые связки несколько утолщенные, эластичные. Рожки и тело подъязычной кости; хрящи гортани: щитовидный хрящ, перстневидный хрящ, надгортанный хрящ, черпаловидные хрящи, рожковые хрящи, клиновидные хрящи – целые, без кровоизлияний в окружающие мягкие ткани. Хрящи трахеи целые, в кольцевидных связках трахеи и в мышцах трахеи кровоизлияний нет. В просвете трахеи и крупных бронхов вязкая серая слизь в небольшом количестве, слизистая оболочка серо-розового цвета, без кровоизлияний. Миндалины бобовидной формы, размерами по 0,7х0,6х0,3см, гладкие, плотноватые на ощупь, на разрезах синюшного цвета с розоватым оттенком, выделений и гнойных «пробок» из лакун при надавливании нет. Взвешивание миндалин не проводилось в виду отсутствия видимых признаков патологии. Щитовидная железа в виде двух долей размерами по 3,6х3х0,6см и между ними перешеек размерами 0,4х0,3х0,3см. Капсула гладкая, блестящая, с красноватым оттенком, ткань железы на разрезе красно-коричневого цвета, зернистая. Паращитовидные железы не определяются. Легкие мешковидной формы, напоминают конус с закругленной верхней частью и чуть опущенным основанием; правое легкое более короткое и широкое по сравнению с левым. Правое легкое размерами 24х12х11см, весом 830г; левое легкое размерами 26х11х11см, весом 760г. Под легочной плеврой множественные мелкоточечные, темно-красного цвета кровоизлияния, слегка выступающие над поверхностью разрезов (пятна Тардье). Ткань легких на разрезах темно-красная, полнокровная, с очагами повышенной воздушности розового цвета, с поверхности разрезов стекает большое количество пенистой темно-красной крови. Перерезанные бронхи выстоят над поверхностью разрезов, стенки их утолщены, просвет расширен, выделяется вязкая серая слизь. Надпочечники пирамидальной формы, размерами по 4,5х2,5х1см каждый. Капсулы их гладкие; ткань на разрезе с желто-коричневым корковым и распадающимся дрябловатым буровато-красным мозговым веществами, без образований и кровоизлияний. Взвешивание надпочечников не проводилось в виду отсутствия видимых признаков патологии. Жировая капсула почек толщиной до 1см. Почки гладкие с наружной поверхности, бобовидные, плотно-эластичные, размерами по 13х6х4см, весом правая - 230г, левая – 240г. Жировая и фиброзная капсулы с почек снимается легко, без потери вещества, обнажая гладкую, темно-красную поверхность почек. На ощупь почки плотно-эластичной консистенции. Ткань почек на разрезах

состоит из более плотного мозгового голубовато-красного цвета и коркового вещества, менее плотного, желтовато-красного цвета. Ткань почек умеренного кровенаполнения. Конусообразные почечные пирамиды с четкой границей. Почечные лоханки имеют форму суженной в передне-заднем направлении воронки, слизистая оболочка лоханок серого цвета, без кровоизлияний. Слизистая оболочка мочеточников продольно-складчатая, серого цвета. Просвет их свободно проходим. В чашечно-лоханочной системе и мочеточниках конкрементов нет. Мочевой пузырь блюдцеобразной формы, пуст, слизистая его серого цвета, с хорошо выраженным сосудистым рисунком. Предстательная железа имеет форму «каштана», двудольчатая, размерами около 7х5х3,5см, на ощупь плотной консистенции. Капсула железы гладкая, с просвечивающейся венозной сетью. Ткань на разрезах серого цвета однородная, с белесоватыми неправильно-сферовидными очагами. Семенные пузырьки не выделены. Яички расположены в нижней части мошонки, несколько уплощенной овоидной формы, размерами около 4,5х3х2см каждое, на ощупь плотно-эластичной консистенции, ткань на разрезах серовато-розового цвета с желтоватым оттенком, тянется за пинцетом в виде нитей, без кровоизлияний. Селезенка дисковидной формы, наружная (диафрагмальная) поверхность выпуклая, внутренняя (висцеральная) – плоская, плотная, размерами 12,5х8х3см, массой 270г. Капсула селезенки морщинистая, ткань на разрезе темно-вишневая, полнокровная, зернистая, с обильным соскобом пульпы. Сердечная сорочка цела, в полости сердечной сорочки небольшое количество прозрачной, желтоватой жидкости. Серозный и фиброзный слои перикарда не утолщены, без кровоизлияний и повреждений, гладкие, полупрозрачные, спаек нет. Сердце неравномерно и необильно обложено жировой тканью, толщина жировой ткани над правым предсердием 0,3-0,6см, над левым 0,4см. Сердце конусообразной формы, размерами 11х12х6,5см, масса вскрытого сердца 430г. Под наружной оболочкой сердца множественные мелкоточечные, темно-красного цвета кровоизлияния, слегка выступающие над поверхностью (пятна Тардье). Мышца сердца на ощупь дрябловатая. Сердце и прилежащие отделы крупных сосудов вскрыты по току крови. Плечеголовые вены, нижняя полая вена, легочные вены и восходящая часть аорты патологических изменений не имеют. Длина притока в правом желудочке (расстояние от фиброзного кольца трикуспидального клапана до внутренней верхушки правого желудочка) 7,5см. Длина оттока в правом желудочке (расстояние от внутренней верхушки желудочка до фиброзного кольца клапана легочной артерии) 9,0см. Длина притока в левом желудочке (расстояние от фиброзного кольца митрального клапана до внутренней верхушки желудочка) 7,5см. Длина оттока в левом желудочке (расстояние от внутренней верхушки желудочка до фиброзного кольца клапана аорты) 9,0см. Полости сердца умеренно расширены. В полостях сердца жидкая кровь и рыхлые свертки. Клапаны сердца, аорты и легочного ствола тонкие, прозрачные, эластичные, белесые, сращений и наложений не имеют. Ширина устья аорты 6см, легочной артерии 7см. Длина окружности левого атриовентрикулярного клапана 9см, правого – 11см. Сосочковые мышцы выступают в полость желудочков свободно, образуя различной величины конусовидные формы. Сухожильные хорды тонкие, частично связаны со свободным краем и частично с нижней поверхностью трехстворчатого клапана, ряд сухожильных хорд прикрепляется к нижней желудочковой поверхности створок митрального клапана. Правое и левое предсердия имеют форму куба. Правый желудочек имеет форму неправильной трехсторонней пирамиды. Полость левого желудочка в виде узкой щели. Поверхность эндокарда (внутренняя оболочка) блестящая, неоднородного серо-коричневого цвета. При раздельном взвешивании желудочков вес правого желудочка 80г, левого желудочка – 150г, межжелудочковой перегородки 100г. Толщина мышцы левого желудочка 1,8см, правого 0,6см, межжелудочковой перегородки 1,5см. Сердечная мышца на разрезах неоднородного серовато-красновато-коричневого цвета, тускловатая, малокровная, с прожилками и прослойками жировой ткани. Просветы правой и левой венечных артерий, а так же их ветвей – зияют, на всем протяжении проходимые, внутренняя их оболочка серая, гладкая, блестящая, атеросклеротических бляшек нет. Восходящая часть аорты в начальной части расширена над клапанами, периметром 8см, нисходящая часть аорты шириной в грудном отделе 8,0см, в брюшном отделе 6см, в просвете ее жидкая красная кровь. Аорта с внутренней поверхности

серо-желтого цвета, с множественными липоидными пятнами и полосками, блестящая. Легочной ствол длиной 6см, шириной 3см, отходящие правая и левая легочные артерии несколько асимметричны; в просвете их темно-красная жидкая кровь. Общие сонные артерии несколько асимметричны – левая длиннее правой, в просвете жидкая темно-красная кровь, внутренняя стенка светло-желтого цвета, гладкая, блестящая. Патологической извитости, сдавлений остефитами и надрывов внутренней оболочки сонных артерий нет. Общие подвздошные артерии почти симметричны, равные, длиной около 7см, в просвете их жидкая темно-красная кровь. Лимфатические узлы: поднижнечелюстные, подбородочные, нижнечелюстные, язычные, поверхностные и глубокие шейные, заглоточные, грудной клетки – паратрахеальные, перибронхиальные, параортальные, поясничные лимфатические узлы, поверхностные и глубокие паховые лимфатические узлы или шаровидной или бобовидной форм, размерами от 0,3х0,3х0,3см до 0,9х0,7х0,4см, без патологического изменения; капсула узлов гладкая, ровная, на разрезах с различным корковым веществом красновато-желтого цвета и мозговым веществом красноватого цвета с серым оттенком. Просвет пищевода свободен от инородных тел, слизистая оболочка серо-синюшная, с продольной складчатостью, без кровоизлияний. Вход в желудок проходим. Желудок крючковидной формы, длина желудка по длинной оси 19см. В нем 100мл вязкой зеленой жидкости, без определенного запаха. Слизистая желудка отечная, бледно-серая, слабоскладчатая, без кровоизлияний, язв и рубцов, без запаха. Двенадцатиперстная кишка подковообразной формы, диаметром около 5см, слизистая оболочка продольно-складчатая, серо-розового цвета блестящая, в просвете обесцвеченное содержимое. Фатеров сосок выстоит над поверхностью слизистой двенадцатиперстной кишки, на ощупь плотноватый, при надавливании на желчный пузырь из Фатерова соска выделяется вязкая темно-зеленая желчь. Печень имеет «клинообразную» форму, на ощупь плотная; размерами 27х25х16х11см, массой 1840г. Капсула печени гладкая, блестящая, передний край закруглен, ткань на разрезах не выбухает, желтая с сальным блеском, умеренного кровенаполнения, с нечетким рисунком строения. С поверхности разрезов стекает кровь и желчь в умеренном количестве. Желчный пузырь грушевидной формы, размерами 8х3,5х2см, содержит 30мл жидкой темно-зеленой желчи, конкрементов в полости пузыря не обнаружено, толщина стенки пузыря 0,4см, слизистая оболочка его зеленоватого цвета, бархатистая; расширения пузырного, печеночного и общего желчного протока нет, конкременты и паразиты в протоках отсутствуют, желчные пути для желчи проходимы на всем протяжении. Отмечается отек стенки и ложа желчного пузыря. Поджелудочная железа в виде плотно-эластичного тяжа размерами 15х3,5х2,5см. Взвешивание поджелудочной железы не проводилось в виду отсутствия видимых признаков патологии. Капсула ее гладкая, не напряжена, обильно обложена жировой тканью. Ткань железы на разрезе серо-розовая, среднеловчатая, полнокровная, без кровоизлияний. Серозный слой тонкой кишки серо-розового цвета, в просвете полужидкое содержимое желто-коричневого цвета, слизистая оболочка складчатая, розовато-желтого цвета. Червеобразный отросток находится в правой подвздошной ямке, свободный конец его обращен вниз и медиально, имеет форму узкой трубки диаметром 0,4см, длиной около 7см. Гаустры ободочной кишки хорошо выражены в виде вздутий. Стенка толстой кишки серого цвета, без кровоизлияний, в просвете – полуоформленные каловые массы коричневого цвета. Серозная оболочка прямой кишки серого цвета, в просвете кишки – каловые массы коричневого цвета. Кровь в трупе темно-красная, жидкая. От вскрытых полостей и внутренних органов трупа ощущается трупный запах. Переломов грудины, ребер и ключиц, их утолщений (костных мозолей), каких-либо травматических и патологических изменений тел позвонков и межпозвоночных дисков нет. Крестцово-подвздошные сочленения целые. Боковые массы крестца, крылья подвздошных костей и кости переднего полукольца таза целые, мягкие ткани вокруг их без кровоизлияний. Целостность симфиза и костей таза не нарушена. Мягкие ткани левой верхней и нижних конечностей не исследовались, дополнительные разрезы кожных покровов не производились в виду отсутствия показаний. Спинномозговой канал не вскрывался ввиду отсутствия данных о повреждениях и заболеваниях спинного мозга и позвоночника. По окончании исследования трупа внутренние органы уложены в грудную и брюшную полости, произведено ушивание всех сделанных анатомических разрезов.

Рентгенологическое исследование костей не проводилось в виду отсутствия технической возможности и показаний. По согласованию с лицом назначившего судебно-медицинское исследование трупа было изъято: для судебно-химического исследования на спирты взята кровь из полостей сердца в пластиковую пробирку, объемом 15мл, опечатана, снабжена идентификационной этикеткой и направлением; для гистологического исследования для подтверждения диагноза взяты кусочки внутренних органов: головного мозга – 2, сердце – 4, легких – 3, печень – 1, почка – 1, поджелудочная железа – 1; фиксированы раствором формалина 10%, опечатаны, снабжены идентификационной этикеткой и направлением. Аналогичные кусочки внутренних органов оставлены в архиве («мокрый» архив) фиксированы в растворе «Смешанное в городе – Сыктывкар».

Взвешивание органов проводилось с помощью электронных весов «KERN – ECV 10к10».

В ходе исследования трупа использовались следующие методы: визуальная оценка невооруженным глазом с использованием шкалы цветов (по Автандилову Г.Г.), антропометрия трупа (по Абрикосову А.И.), пальпация, описание, проведены пробы на пневмоторакс и воздушную эмболию, полное извлечение органов (по Шору), измерение органов, исследование головного мозга (по Флексигу) с последующими фронтальными разрезами, исследование сердца по току крови, конспективный и аналитический методы.

После проведенного исследования трупа оформлено предварительное медицинское свидетельство о смерти: серия 71100 №176008; диагноз:

- | | |
|---|--------|
| I. а) Острая коронарная недостаточность | I 24.8 |
| б) Атеросклеротическая болезнь сердца | I 25.1 |

Врач судебно-медицинский эксперт

15.12.2020 года судебно-химические объекты отправлены в судебно-химическую лабораторию КУ ХМАО-Югры «БСМЭ» Нижневартовское судебное-медицинское отделение по адресу: 628605, г.Нижневартовск, ул.Омская, 13а.

16.12.2020 года судебно-гистологические объекты отправлены в судебно-химическую лабораторию КУ ХМАО-Югры «БСМЭ» по адресу: 628012, г.Ханты-Мансийск, ул.Калинина 40, блок «Д».

Врач судебно-медицинский эксперт

РЕЗУЛЬТАТЫ ДОПОЛНИТЕЛЬНЫХ МЕТОДОВ ИССЛЕДОВАНИЯ

23.12.2020г. получен акт судебно-химического исследования №3389 от 17.12.-18.12.2020г.; при судебно-химическом исследовании крови от трупа Ивана Ивановича Иванова, 03.03.1968 г.р. (акт СМИ трупа № 1594 от 12 декабря 2020 г.) обнаружен метиловый спирт в количестве: в крови – 1,08 ‰ (промилле). Не обнаружены: этиловый, изо- и н-пропиловый, изо- и н-бутиловый, изо- и н-амиловый спирт.

09.01.2021г. по электронной почте получен акт судебно-гистологического исследования №4401 от 17.12.-04.01.2021г. Судебно-гистологическое исследование: ГОЛОВНОЙ МОЗГ (2) Мягкая мозговая оболочка умеренно отечная, склерозирована, неравномерное кровенаполнение сосудов. В веществе мозга выраженное расширение периваскулярных и перицеллюлярных пространств, участки разряжения нейропиля, дистрофические изменения нейронов, неравномерное кровенаполнение сосудов. СЕРДЦЕ (4) Определяется чередование кардиомиоцитов обычных размеров с гипертрофированными, атрофированными и хаотично расположенными кардиомиоцитами. Цитоплазма кардиомиоцитов мелкозернистая, светло-эозинофильной окраски. Крупноочаговая фрагментация кардиомиоцитов, кардиомиоциты в этих участках неравномерно прокрашены, теряют поперечную исчерченность, накапливают липофусцин. Вокруг стенок сосудов и между мышечными волокнами небольшие участки жировой

ткани. Малокровие сосудов. При окраске ГОФП крупные очаги кардиомиоцитов с ранними ишемическими повреждениями. ЛЕГКОЕ (3) Лёгкие неоднородной воздушности, дистелектазы. Некоторые группы альвеол заполнены отечной жидкостью. В просветах бронхов клетки слущенного эпителия. Выраженное полнокровие сосудов, эритродиapedез. ПЕЧЕНЬ (1) Дольки сохранены, крупноочаговая жировая дистрофия гепатоцитов. Портальные тракты с умеренной круглоклеточной инфильтрацией. Умеренное кровенаполнение сосудов. ПОЧКА (1) Клубочки сохранены, некоторые склерозированы. Эпителий извитых канальцев светло-эозинофильный, мелкозернистый. Строение прямых канальцев и собирательных трубочек сохранено. Склероз стенок артерий. Умеренное кровенаполнение сосудов. ПОДЖЕЛУДОЧНАЯ ЖЕЛЕЗА (1) Выраженные посмертные изменения. СУДЕБНО-ГИСТОЛОГИЧЕСКОЕ ЗАКЛЮЧЕНИЕ: Острая выраженная ишемическая дистрофия миокарда (ишемические повреждения кардиомиоцитов при окраске ГОФП, малокровие сосудов, крупноочаговая фрагментация кардиомиоцитов). Кардиомиопатия. Острое венозное полнокровие, мелкоочаговый отек легких. Отек, гемоциркуляторные нарушения в головном мозге. Склероз мягкой мозговой оболочки головного мозга. Крупноочаговая жировая дистрофия печени. Склероз артерий почек.

СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКИЙ ДИАГНОЗ

Основной: Острое отравление метиловым спиртом: макроскопически – синюшный оттенок трупных пятен, полнокровие сосудов и кровоизлияния конъюнктив, слизь в просветах дыхательных путей, под легочной плеврой и эпикардом множественные мелкоточечные, темно-красного цвета кровоизлияния (пятна Тардье), отек стенки и ложа желчного пузыря, обесцвечивание содержимого двенадцатиперстной кишки, полнокровие внутренних органов, жидкое состояние крови; при судебно-химическом исследовании в крови обнаружен метиловый спирт в количестве – 1,08‰ (промилле) (акт судебно-химического исследования №3389 от 17.12.-18.12.2020г.); гистологически – острое венозное полнокровие внутренних органов, мелкоочаговый отек легких, нарушение гемоциркуляции в сердце (ишемические повреждения кардиомиоцитов при окраске ГОФП, малокровие сосудов, крупноочаговая фрагментация кардиомиоцитов); отек, гемоциркуляторные нарушения в головном мозге.

Осложнения: ----- .

Сопутствующий: Гипертрофическая кардиомиопатия. Атеросклероз аорты в стадии липоидоза 4 степень, 1 стадия (по Струкову А.И.), Крупноочаговая жировая дистрофия печени.

После получения дополнительных методов исследования оформлено окончательное медицинское свидетельство о смерти в замен предварительного: серия 71100 №176266; диагноз:

- | | | | |
|----|--|--------|--------|
| I. | а)Токсическое действие метанола | 3 часа | T 51.1 |
| | б) | | |
| | в) | | |
| | г)Случайное отравление и воздействие метанолом | 3 часа | X 45.0 |

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

На основании судебно-медицинского исследования трупа гр. [Имя], [Фамилия], [Дата рождения] года рождения, данных дополнительных исследований, с учетом обстоятельств дела и поставленных вопросов прихожу к следующему заключению:

1.Смерть гр. [Имя], [Фамилия], [Дата рождения] года рождения, наступила в результате острого отравления метиловым спиртом, что подтверждается: макроскопически – синюшный оттенок трупных пятен, полнокровие сосудов и кровоизлияния конъюнктив, слизь в просветах дыхательных путей, под легочной плеврой и эпикардом множественные мелкоточечные, темно-красного цвета кровоизлияния (пятна Тардье), отек стенки и ложа желчного пузыря, обесцвечивание содержимого двенадцатиперстной кишки, полнокровие внутренних органов, жидкое состояние крови; при судебно-химическом исследовании в крови обнаружен метиловый спирт в количестве – 1,08‰ (промилле) (акт судебно-химического исследования №3389 от 17.12.-

18.12.2020г.); гистологически – острое венозное полнокровие внутренних органов, мелкоочаговый отек легких, нарушение гемоциркуляции в сердце (ишемические повреждения кардиомиоцитов при окраске ГОФП, малокровие сосудов, крупноочаговая фрагментация кардиомиоцитов); отек, гемоциркуляторные нарушения в головном мозге.

Данное отравление у гр. Иконяк Романа Ивановича, 05.03.1968 года рождения, вызвано употреблением внутрь жидкости, содержащей метиловый спирт. Данное отравление причинило тяжкий вред здоровью, опасный для жизни человека в соответствии с пунктом №6.2.9. «Медицинских критериев определения степени тяжести, причиненного здоровью человека», утвержденных приказом Минздравсоцразвития России №194н 24.04.2008г.

2. Обнаруженные у гр. Иконяк Романа Ивановича, 05.03.1968 года рождения, колотые раны на правом предплечье, образовались от действия колющего предмета (предметов) при медицинских манипуляциях, в судебно-медицинском отношении не оцениваются, в причинно-следственной связи с наступлением смерти не состоят.

Каких-либо других телесных повреждений при судебно-медицинском исследовании трупа не обнаружено.

3. Смерть гр. Иконяк Романа Ивановича, 05.03.1968 года рождения, наступила: за 1-2 суток до начала исследования в морге 11.12.2020г. в 08 часов 30 минут, на что указывает выраженность трупных явлений, описанных в наружном исследовании (труп холодный на ощупь, трупное окоченение резко выражено во всех исследуемых группах мышц, с трудом разрушается при механическом воздействии, при проведении пробы на идиомускулярную опухоль образуется вмятина в проекции воздействия, которая определяется визуально и пальпаторно, трупные пятна интенсивные, разлитого характера, темно-фиолетового цвета с синюшным оттенком, которые при надавливании в поясничной области динамометром силой 2кг/см^2 в течение 3 секунд трехкратно, бледнеют и медленно восстанавливаются через 17 минут, не перемещаются при изменении положения трупа, отсутствие поздних трупных явлений (гниения, мумификация, жировоск, торфяное дубление)).

Приложение:

1. Акт судебно-химического исследования №3389 от 17.12.-18.12.2020г. на 1-ом листе.

2. Акт судебно-гистологического исследования №4401 от 17.12.-04.01.2021г. на 1-ом листе.

Врач судебно-медицинский эксперт

«09» января 2021 года

09 часов 00 минут

[Подпись и печать эксперта]