

инв-сб

ДЕПАРТАМЕНТ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ЯМАЛО-НЕНЕЦКОГО АВТОНОМНОГО ОКРУГА
ГОСУДАРСТВЕННОЕ КАЗЁННОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
«БЮРО СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ
ЯМАЛО-НЕНЕЦКОГО АВТОНОМНОГО ОКРУГА»
Салехардское межрайонное отделение

629007 г. Салехард, ул. Глазкова д.2 тел/факс 4-62-65, 4-45-59, 4-73-35 тел. 4-43-46, 4-02-15
E-mail: byro@sudmed.yamalmed.ru yanao@sudmed.info

А К Т

СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ТРУПА

№ 01-2015-0065

18.05.2015г. при смешанном освещении, на основании направления УУП
ОУУП и ПДН ОМВД России по г. Салехард А.В. Кривцова от 14.05.2015г., в
помещении морга СОКБ, судебно-медицинский эксперт [REDACTED]
[REDACTED] стаж работы по специальности 4 года, произвела судебно-
медицинское исследование трупа:

[REDACTED] 1968 г.р.

При исследовании присутствовали: лаборант – [REDACTED]
Следователь-криминалист следственного отдела по г. Салехард СУ СК
РФ по ЯНАО Хабин В.Б.

Исследование начато: 18.05.2015г. в 09 час. 30 мин.
окончено: 23.06.2015 г. в 11 час. 00 мин.

Вопросы, подлежащие разрешению, а также другие разделы "Акта
судебно-медицинского исследования трупа" изложены на следующих 12
листах.

121
Акт СМИ труп № 01-2015-0065 от 18.05.2015г.

Вопросы, подлежащие разрешению:

1. Какова причина смерти [REDACTED] телесные повреждения, их степень тяжести.
2. Имеются ли на теле гр. [REDACTED] механизмы возникновения и локализация?
3. Время причинения телесных повреждений и наступления смерти?
4. Существует ли причинная связь между полученными телесными повреждениями и наступлением смерти?
5. После вскрытия трупа и забора необходимых биоматериалов разрешаю выдать труп.
6. Находился ли в состоянии алкогольного либо наркотического опьянения.

Обстоятельства дела (из направления): 14.05.2015 года в 00:35 в реанимационном отделении ГБУЗ «СОКБ» скончался [REDACTED] с диагнозом «Алкогольное отравление тяжелой степени. Отравление суррогатами алкоголя».

18.05.2015г. на исследование представлена Медицинская карта стационарного больного № 3462/С2015 терапевтического отделения ГБУЗ СОКБ на имя Воронов Игорь Владимирович, 13.09.1969 г.р. Дата и время поступления: 13.05.2015г. 19:50 час. Дата выписки: 14.05.2015г. 00:35 (смерть) Проведено койко-дней: 4ч. 45мин. Доставлен в стационар: скорая помощь. Диагноз направления: Алкогольное опьянение тяжелой степени. Диагноз поступления: Алкогольное опьянение тяжелой степени тяжести. Отравление суррогатами алкоголя? Заключительный диагноз, посмертный: алкогольное опьянение тяжелой степени тяжести. Отравление неизвестным веществом от 13.05.2015г. Осложнения основного: острая токсическая энцефалопатия. Отек головного мозга. Острая сердечно-сосудистая недостаточность от 14.05.15г. Сопутствующий: Хронический гепатит смешанной этиологии (HBV, токсический, алкогольный) умеренной активности. Хронический неатрофический гастрит, эрозивный активная фаза. Дуоденит. Особые отметки: взята моча на анализ.

Сопроводительный лист № 26 станции скорой медицинской помощи. Воронов Игорь Владимирович, 1968 г.р. Взят с квартиры по адресу: ул. Чапаева 26-11. Диагноз врача скорой помощи: Алкогольное опьянение тяжелой степени тяжести. Доставлен в п/о 19 час. 39 мин. 13.05.15г.

13.05.15г. 19:50. Осмотр дежурного терапевта. Пациент доставлен в приёмный покой по СМП в состоянии алкогольного опьянения, обстоятельства случившегося неизвестны (сопровождающих нет, со слов пациента сбор анамнеза невозможен). Со слов врача БСМП на догоспитальном этапе находился в сопоре. АД 125/80мм.рт.ст., глюкоза 4,7ммоль/л. ЭКГ - синусовая тахикардия, ЧСС 125 в мин, нарушения реполяризации миокарда, ТЛП. Доставлен в приёмный покой. Ап. Vitae. По данным ЭМК «qMS»: хронический ВГВ. Объективно: Состояние тяжелое. Сознание - сопор. Зрачки узкие D=S. Кожные покровы с выраженным акроцианозом, сухие на ощупь, на теле и конечностях множественные элементы татуировок. Отеков нет. В лёгких дыхание ослабленное, везикулярное, хрипов нет. ЧДД 20 в мин. тоны сердца приглушены, ритм правильный. ЧСС 124 в мин. АД справа 150/100мм.рт.ст. Язык покрыт обильно сухим коричневатым налётом. Живот участвует в дыхании, напряжён при пальпации. Печень недоступна пальпации. Стул и мочеиспускание - не было. В условиях приёмного покоя БСМП выполнено промывание желудка. Промывные воды со сгустками крови (скудными), признаков «кофейной гущи» или свежей крови нет. Диагноз: Острая алкогольная интоксикация тяжелой степени. Отравление суррогатами алкоголя? Хронический вирусный гепатит, активность? Хронический гастродуоденит эрозивный? Пациент осмотрен в условиях приёмного покоя СОКБ, согласован госпитализация в РАО. Врач [REDACTED]

20:30 Реаниматолог. Пациент переведён из приёмного отделения по абсолютным показаниям с предварительным диагнозом: «Отравление суррогатами алкоголя. Алкогольное отравление тяжёлой степени». На момент осмотра состояние тяжёлое, обусловлено энцефалопатией. В сопоре, периодически возбуждён, контакту не доступен. Кожа и слизистые бледные, тургор снижен. В лёгких дыхание ослаблено, проводится по всем полям, в нижних отделах ослаблено. Гемодинамика стабильная с ЧСС до 120 в мин. АД 150/90мм.рт.ст. живот спокойный, в дыхании участвует, перистальтика выслушивается. Диурез не мониторировался. В плане: регидротация, детоксикация, посиндромная терапия, постоянный мониторинг. Прогноз сомнителен.

14.05.15г. 00:20, Реаниматолог. У пациента зафиксирована остановка сердца на фоне проводимого лечения. Начаты реанимационные мероприятия: непрямой массаж сердца, перевод на ИВЛ IPPV; FiO2 100%. (...) введение вазопрессоров.

00:35. Несмотря на проводимую терапию кожа, слизистые мраморные с землистым оттенком. АД на изолинии, пульс не измеряется, EtCO2 < 3мм. Зрачки расширены, фотореакции нет. Реанимация признана неэффективной – констатирована смерть.

14.05.15г. Посмертный эпикриз истории болезни № 3462/С2015. ФИО пациента, дата рождения: [REDACTED] ИНАО, г. Салехард, [REDACTED]. Место работы неизвестно. Дата поступления в приёмное отделение СОКБ 13.05.2015г. 20:30. Дата поступления в РАО СОКБ: 13.05.2015г. 20:30. Дата смерти: 14.03.2015г. 00:35. Жалобы: при поступлении сбор невозможен из-за тяжести состояния.

Анамнез заболевания (по данным мед. документации): Доставлен СМП в состоянии алкогольного опьянения, обстоятельства случившегося неизвестны, т.к. сопровождающих нет, сбор данных со слов пациента на момент поступления невозможен. По данным БСМП на догоспитальном этапе: АД 125/80мм.рт.ст., глюкоза 4,7ммоль/л, ЭКГ – синусовая тахикардия, ЧСС 125 в мин., нарушения реполяризации миокарда. В условиях приёмного покоя СОКБ выполнено промывание желудка, в промывных водах единичные струйки крови без признаков «кофейной гущи» и кровотечения. Анамнез жизни: (по данным ЭМК пациента в «qMS»): перенесённые и хронические заболевания: хронический вирусный гепатит В, объективный статус (при поступлении 13.05.15г. 19:50): Общее состояние тяжёлое. Сознание сопор. Зрачки узкие D=S. Кожные покровы с выраженным акроцианозом, сухие на ощупь, на теле и конечностях множественные элементы татуировок. Отёков нет. В лёгких дыхание ослабленное, везикулярное, хрипов нет. ЧДД 20 в мин. Тоны сердца приглушены, ритм правильный. ЧСС 124 в мин. АД справа 150/100мм.рт.ст. Язык сухой, покрыт обильно покрыт коричневым налётом. Живот участвует в дыхании, напряжён при пальпации. Печень недоступна пальпации. Стула и мочеиспускания не было. 13.05.15г. (при поступлении) Забор крови и мочи на судебно-химическое исследование: результат в работе. 13.05.15г. ЭКГ (СМП) синусовая тахикардия, ЧСС 125 в мин, вертикальная ЭОС, нарушение процессов реполяризации в миокарде. Динамика состояния пациента: на фоне тяжелой алкогольной интоксикации с нарушенным состоянием сознания (сопор) у пациента документировано развитие острой сердечно-сосудистой недостаточности без эффекта от проводимой сердечно-лёгочной реанимации констатирована биологическая смерть.

Заключительный посмертный диагноз: Алкогольное опьянение тяжёлой степени тяжести. Отравление неизвестным веществом от 13.05.2015г. **Осложнения:** острая токсическая энцефалопатия. Отёк головного мозга. Острая сердечно-сосудистая недостаточность от

14.05.15г. Сопутствующий: Хронический гепатит смешанной этиологии (HBV, токсический, алкогольный) умеренной активности. Хронический неатрофический гастрит, эрозивный активная фаза. Дуоденит. Лечащий врач Ротенко Р.В. И.о. зав. терапевтического отделения СОКБ Пашкульская Л.А.

НАРУЖНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ.

Труп доставлен в морг без одежды. Труп мужчины правильного телосложения удовлетворительного питания, длиной тела 177см. Кожный покров, вне трупных пятен

154

бледный, холодный на ощупь во всех отделах. Трупные пятна бледно-фиолетовые разлитые, располагаются на задних и задне-боковых поверхностях шеи, туловища и конечностей, при надавливании своей окраски не изменяют. Трупное окоченение хорошо выражено во всех исследуемых группах мышц. Кости лицевого и мозгового отделов черепа на ощупь целы. Глаза закрыты, соединительные оболочки глаз серо-розового цвета, без кровоизлияний. Склеры белые, без кровоизлияний. Роговицы прозрачные, зрачки различимы, диаметром по 0,3см. Наружные отверстия носа, рта, наружные слуховые проходы свободны. Рот закрыт. Переходная кайма губ подсохшая, синюшная. Слизистая преддверия рта серо-синюшная, гладкая, блестящая. Все зубы отсутствуют вследствие давнего удаления, дунки их зарастены, сглажены. Язык за линией смыкания десен. На коже явны повреждения нет. Грудная клетка цилиндрическая, симметричная, ребра на ощупь целы. Живот ниже уровня реберной дуги, не напряжён. Наружные половые органы сформированы правильно, выделений, рубцов, язв, повреждений в их области нет. Оволосение на лобке по мужскому типу. Задний проход сомкнут, кожа вокруг него не испачкана. Кости верхних и нижних конечностей на ощупь целы.

Повреждения: В теменно-височной области справа множественные разнонаправленные полиформные прерывистые ссадины которые более выражены в правой височной области с коричневатой корочкой располагающейся как на уровне окружающих тканей, так и выше уровня окружающих тканей, представляющие собой единый комплекс имеющий вид неправильной формы подковы свободные ветви которой соединены между собой двумя горизонтальными линейными прерывистыми ссадинами, идущими параллельно друг другу на расстоянии 0,5-0,7 см. Весь комплекс имеет ширину 10,0см, с участком не поврежденной кожи в центре. Ссадины в самой выраженной части шириной 3,0см. В 3,0см от проекции левой надбровной дуги вверх и в 2,0см от срединной линии тела неправильной округлой формы ссадина размерами 0,5x0,5см с коричневатой корочкой ниже уровня окружающей кожи. В 1,0см от проекции левой надбровной дуги вверх и в 4,0см от срединной линии тела неправильной овальной формы ссадина размерами 1,0x0,5см с коричневатой корочкой ниже уровня окружающей кожи. В проекции внутреннего конца правой надбровной дуги, в 1,0см от срединной линии тела, ссадина неправильной округлой формы размерами 0,5x0,5см, с коричневатой корочкой ниже уровня окружающей кожи. В области спинки носа с переходом на область угла левого глаза полосовидная, косовосходящая в направлении на 1 и 7 часов условного циферблата, прерывистая ссадина общими размерами 4,0x1,5см с коричневой корочкой возвышающейся над уровнем окружающей кожи, отслаивающейся по периферии, более выраженная на спинке носа. В области нижнего века левого глаза, ближе к углу глаза, ссадина неправильной овальной формы, размерами 0,2x0,1см, с коричневатой корочкой возвышающейся над уровнем окружающей кожи, отслаивающейся по периферии. В области нижнего века правого глаза, ближе к углу глаза, ссадина неправильной овальной формы, размерами 0,3x0,1см с коричневатой корочкой на уровне окружающей кожи. В области верхней губы на всем её протяжении бледно-фиолетового цвета кровоподтёк переходящий на слизистую губы общими размерами 5,0x2,0см, в области слизистой губы на фоне данного кровоподтека два (2) вертикальных разрыва с неровными краями и просматривающимися соединительнотканными перемычками, глубиной до 0,2см, размерами при сведенных краях по 1,2x0,1 каждый. В области нижней челюсти справа линейная ссадина размерами 3,5x0,2см, ориентированная на 3 и 9 часов условного циферблата, с коричневатой корочкой ниже уровня окружающей кожи.

В проекции правого локтевого сустава две (2) ссадины неправильной овальной формы размером 1,5x1,0см и 0,5x0,7см, с коричневатой корочкой ниже уровня окружающей кожи. В области правого предплечья по всем поверхностям с переходом на тыл правой кисти множественные, не менее пяти (5), сливающиеся между собой кровоподтеков размерами от 1,0x1,0см до 8,0x5,0см бордово-синюшного цвета. В области тыла левой кисти бордово-синюшного цвета кровоподтёк размерами 12,0x7,0см. В поясничной области справа

неправильной округлой формы ссадина размерами 2,0x3,0см с коричневатой корочкой ниже уровня окружающей кожи. В области правого бедра в верхней трети по наружной поверхности косовосходящая ссадина направленная на 1 и 7 часов условного циферблата размерами 5,0x0,5см, с коричневатой корочкой ниже уровня окружающей кожи. В проекции правого коленного сустава пять (5) неправильной овальной формы ссадин размерами от 1,0x0,5см до 2,5x0,7см, с коричневатой корочкой ниже уровня окружающей кожи. В проекции левого коленного сустава две (2) ссадины неправильной овальной формы размерами 3,5x1,0см и 3,0x0,6см с коричневатой корочкой ниже уровня окружающей кожи. Каких-либо других телесных повреждений при наружном осмотре трупа не обнаружено.

ВНУТРЕННЕЕ ИССЛЕДОВАНИЕ.

Мягкие ткани головы серо-розовые, влажные, в толще левой височной мышцы слоистое блестящее кровоизлияние 4,0x3,0x0,4см. Кости свода и основания черепа целы. Твердая мозговая оболочка серо-синеюшная, сращена с костями свода и основания черепа, не повреждена, напряжена, в синусах ее жидкая темно-красная кровь, кровоизлияний над ней нет; под ней определяется массивное кровоизлияние имеющее вид сплошного пласта, толщиной до 0,7 см, представленного рыхлыми темно-красными свёртками крови, хорошо отделяющимися при помощи струи воды от незначительно прокрашенной кровяным пигментом твердой мозговой оболочки, данное кровоизлияние распространяется на заднюю черепную ямку с переходом на правую среднюю черепную ямку, а так же область свода черепа. Масса извлеченной гематомы – 130гр. Мягкие мозговые оболочки по выпуклой поверхности больших полушарий головного мозга мутноватые, набухшие, под ними большое количество прозрачной жидкости, а в области межполушарной щели и тотально в области миндалин мозжечка, а так же базальных отделов мозга прерывистые расплывчатые ярко-красные кровоизлияния, сливающиеся между собой, подобного вида кровоизлияние имеется в правой височной области. В области полюса левой затылочной доли на вершине извилин на участке 1,5x1,5см, серое вещество головного мозга имеет выраженный синеюшный оттенок, на разрезах в его толще множественные, сливающиеся между собой точечные и полосчатые темно-красные кровоизлияния, подобного вида и характера кровоизлияния имеются в глубокой борозде извилин затылочной доли и идут полностью повторяя её ход, а так же по базальной поверхности, окружая стволовые отделы головного мозга. Полушария головного мозга симметричны, борозды сужены, извилины резко уплощены. Высота стояния миндалин мозжечка с обеих сторон по 1,5 см, у их основания проходит выраженная полоса давления. Головной мозг дряблый, плохо удерживает форму, расплывается на столе. Сосуды основания головного мозга тонкие, спавшиеся, в них следы темно-красной крови. Желудочки головного мозга симметричны, не расширены, в них содержится незначительное количество бесцветной жидкости, эпендима без кровоизлияний, сосудистые сплетения серо-фиолетовые, дряблые. Вещество головного мозга на разрезах влажное, с хорошо различимой границей между серым и белым мозговыми веществами. На поверхности разрезов в виде точек и полос выступает темно-красная кровь, снимаемая обухом ножа. В области таламических ядер, а так же моста имеются множественные очаговые темно-красные кровоизлияния, размерами до 0,2x0,2см. Продолговатый мозг, мост, мозжечок имеют на разрезах четкое анатомическое строение. Масса головного мозга 1415гр. Гипофиз не увеличен, плотный на ощупь, серо-розовый. В мягких тканях шеи, груди, живота кровоизлияний нет. Толщина подкожной жировой клетчатки в области грудины – 1,1см, в области пупочного кольца – 2,3см. Внутренние органы расположены правильно. Легкие занимают до 2/3 плевральных полостей, пристеночная плевра гладкая, прозрачная, блестящая. Петли кишечника неравномерно вздуты газами. Брюшина гладкая, блестящая. В плевральных полостях посторонней жидкости нет, но имеются рыхлые спайки, легко разделяющиеся рукой. Правый и левый купола диафрагмы расположены на уровне 4-го и 5-го межреберий соответственно. Слизистая языка красная, с выраженным сосочковым рисунком. Мышцы языка на разрезах красно-

крупнее, с единичным ярко-красным кровоизлиянием у корня языка, размерами до 1,5x1,0см (вгубация). Вход в гортань и пищевод свободен. Подъязычная кость и хрящи гортани целы, в окружающих их мягких тканях кровоизлияний нет. Щитовидная железа размерами 3,5x2,0x1,5см каждая боковая доля, ткань ее на разрезах темно-красная, зернистая. Пищевод пуст, слизистая его без выраженной складчатости, серо-синюшная. Слизистая трахеи и крупных бронхов серая, в просвете их небольшое количество розовой пенной жидкости и сероватой слизи. Легкие с поверхности серо-красные, мелкоэластической консистенции на ощупь, по краям участки вздутия серо-розового цвета, при надавливании образуются долго не выравнивающиеся ямки. Плевра легких местами утолщена, матовая, кровоизлияний под ней нет. Ткань легких на разрезах темно-красная, над поверхностью разрезов выстоят перерезанные сосуды и бронхи, просвет их свободен. С поверхности разрезов свободно стекает большое количество розовой пенной жидкости и жидкой красной крови. Лимфатические узлы в области разветвления трахеи и ворот легких дряблые, серо-черные на разрезах, размерами до 0,6x0,6x0,6см. В полости сердечной сорочки прозрачная желтоватая жидкость, внутренний листок её серый, гладкий, блестящий. Сердце размерами 14,5x11,0x4,5см, массой 335гр. С поверхности незначительно обложено жиром, дрябловатое на ощупь, с единичными очаговыми кровоизлияниями под наружную оболочку сердца по ходу сосудов, размерами до 0,1x0,1см. Полости сердца расширены. Клапаны сформированы правильно, створки их незначительно утолщены, белесоватые, смыкаются полностью. Эндокард гладкий, блестящий, кровоизлияний под ним нет. Сосочковые мышцы не утолщены. Сухожильные нити не утолщены, не укорочены. Венечные артерии не извиты, стенки их тонкие. Мышца сердца на разрезах желто-коричневая, дряблая. Толщина мышцы левого желудочка 1,1см, правого - 0,2см, перегородки 1,0см. Внутренняя поверхность аорты желтая, с единичными белесоватыми липидными полосками. Надпочечники листовидной формы, на разрезах с тонкими жёлтым корковым и коричневым мозговым слоями, граница слоёв чёткая. Фиброзная капсула почек отделяется легко, без потери вещества, обнажая гладкие крупнодольчатые поверхности. Почки размерами по 10,5x6,0x3,0см, массой по 130гр. Ткань почек на разрезах темно-красная, с четкой границей между корковым и мозговым веществами. Слизистая лоханок бледно-серая, складчатая. Селезенка размерами 10,0x5,5x3,5см, массой 115гр, капсула ее серо-синюшная, напряжена, ткань селезенки на разрезах темно-красная, со скудным соскобом пульпы. Желудок пуст, слизистая его со складчатостью, серо-синюшного цвета. В просвете 12-перстной кишки следовые количества желтовато-коричневатого полужидкого содержимого. Желчные пути проходимы, в желчном пузыре около 20мл темно-зеленой жидкой желчи, слизистая его темно-зеленая, бархатистая. Поджелудочная железа размерами 20,0x2,0x2,5см, ткань ее плотная, на разрезах серо-желтая, имеет сальный вид с разрастанием белесоватых тяжей. Печень размерами 34,0x18,0x10,0x9,0см, массой 1730гр, капсула ее гладкая, блестящая, нижний край закруглен, ткань ее на разрезах желто-коричневая, малокровная. В просвете тонкой кишки желтовато-коричневое полужидкое содержимое, в просвете толстой кишки - полуоформленные, фрагментарно расположенные каловые массы. Кости скелета целы. Каких-либо других повреждений при внутреннем исследовании трупа не обнаружено. От полостей и органов трупа ощущался запах алкоголя.

На исследование направлено: На судебно-биологическое исследование направлена кровь для определения групповой принадлежности.

Кусочки внутренних органов направлены на судебно-гистологическое исследование: сердце - 3; легкие - 2; печень - 1; почки - 1; поджелудочная железа - 1, селезенка - 1.

Мешочки: №1 Твердая мозговая оболочка с гематомой височная область справа - 1; №2 Левое полушарие мозжечка - 1; №3 Головной мозг левая затылочная доля зона ушиба - 1; №4 Вторичное кровоизлияние в область бокового ядра левого полушария - 1; №5 Мозговое вещество с кровоизлиянием левая затылочная доля - 1; №6 Головной мозг

933

височная доля справа - 1; №7 Головной мозг правая затылочная область базальная поверхность - 1; №8 Головной мозг базальная поверхность височная доля левое полушарие - 1; №9 Головной мозг ствол - 1; №10 левая височная мышца с кровоизлиянием - 1; №11 Ссадины височной области - 1; №12 Кровоизлияние в области верхней губы - 1.

На судебно-химическое исследование (общее) направлены: головной мозг, кровь, желудок с содержимым, печень, почка, тонкий кишечник + толстый кишечник, селезенка, легкие.

Изъятый материал опечатан и снабжен соответствующими этикетками.

Выдано окончательное «медицинское свидетельство о смерти»:

1.а) Отёк вещества головного мозга с дислокацией и вклинением в большое затылочное отверстие S 06.1

б) Ушиб головного мозга тяжёлой степени, субдуральная гематома S 06.5

в) Закрытая черепно-мозговая травма S 06.0

г) Контакт с тупым предметом с неопределёнными намерениями Y 29.0

18.05.2015г. с 09:30 час до 11:30 час.
Судебно-медицинский эксперт

ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

Копия справки о результатах химико-токсикологических исследований № 1141 по направлению врача Ротенко ГБУЗ «СОКБ». Дата проведения: 15.05.2015г.-15.05.2015г.

Заключение: При химико-токсикологическом исследовании крови, мочи от гр. [REDACTED] следует заключить, что: В крови обнаружен этиловый спирт в концентрации [REDACTED] менее 0,15г/л (промилле); В моче обнаружен этиловый спирт в концентрации 0,8г/л (промилле). Не обнаружены, в пределах чувствительности метода: метиловый, пропиловый, бутиловый, амиловый спирты и их изомеры. Судебно-медицинский эксперт судебно-химического отделения: [REDACTED]

Акт судебно-гистологического исследования № 21-2015-0624 выдан 10.06.2015г., поступил по интернет журналу 10.06.2015г., оригинал 11.06.2015г. от трупа [REDACTED]

Описание гистологических препаратов:

ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКАЯ ЧАСТЬ

- Сердце (3): выраженная распространенная фрагментация и сегментация кардиомиоцитов с полями гиперсокращения миофибрилл, с участками волновой деформации, с очаговой, вакуолизацией и саркоплазмы. Строма с наличием паравазального и сетчатого расположения грубоволокнистой ткани. Спазм артерий, неравномерное кровенаполнение капилляров и венул с преобладанием полнокровия.
- Легкое (2): Выраженное полнокровие капилляров межальвеолярных перегородок с очаговыми кровоизлияниями в альвеолы. Неравномерный склероз паравазальных пространств. В части альвеол имеются гемосидерофаги в умеренном количестве. Часть альвеол заполнена сегментоядерными лейкоцитами с множественными внутри альвеолярными кровоизлияниями.
- Печень (1): выраженное полнокровие синусоидных капилляров и центральных венул. В гепатоцитах преобладание оптически пустой вакуолизации цитоплазмы. Портальные тракты расширены за счет выраженной лимфоидной инфильтрации со ступенчатыми некрозами гепатоцитов.
- Почка (1): выраженное полнокровие капилляров почечных телец и сосудов стромы. Нефротелий канальцев с эозинофильной и оптически пустой пылевидной и

мелкокапельной вакуолизацией цитоплазмы. Не выраженный эластофиброз стенок артерий мозгового слоя.

- Поджелудочная железа (2): Дольчатость сохранена, эндокринные островки диффузно расположены, с четкими контурами. Выраженный склероз стенок междольковых выводных протоков. Строма без клеточной воспалительной инфильтрации.
- Селезенка (1): с лизисом эритроцитов. Фиброзная капсула не напряжена. Полнокровие мозгового слоя. Белая пульпа представлена скоплениями лимфоцитов без реактивных центров.
- Под номером 1 – твердая мозговая оболочка с гематомой височная область справа (3): кровоизлияние по одну из сторон оболочки с частично гемолизированными эритроцитами, без выраженной лейкоцитарной инфильтрации, с наличием на границе кровоизлияния и оболочки слоев из фибробластов в несколько рядов, с появлением макрофагов, с наличием одиночных гранул гемосидерина.
- Под номером 2 – левое полушарие мозжечка (1): мелкое кровоизлияние в мягкой мозговой оболочками мозжечка с лизисом эритроцитов, без выраженных признаков реактивных клеточных изменений.
- Под номером 3 – головной мозг, левая затылочная доля зона ушиба (1): один из кусочков - ткань больших полушарий с мягкими мозговыми оболочками, которые полнокровны, без кровоизлияния и гемосидерина; отек периваскулярного и перипицелюлярного пространства ткани мозга с паравазальным разряжением нейропиля; гемосидерина не выявлено. В трех других кусочках: множественные деструктивные паравазальные кровоизлияния в толще мозга, порой сливающиеся между собой, с четкими контурами эритроцитов, без гемосидерина и признаков клеточных реактивных изменений, с умеренным перифокальным отеком ткани мозга; с наличием близ кровоизлияний и между кровоизлияний нейроны с пикнозом и рексисом ядер, с наличием распада цитоплазмы их; выраженный отек периваскулярного и перипицелюлярного пространств, с наличием в просветах сосудов мозга – формирующихся тромбов фибринового типа.
- Под номером 4 – вторичное кровоизлияние в область бокового ядра левого полушария (1): ткань мозга без мягкой мозговой оболочки, без кровоизлияний и гемосидерина. Отек периваскулярного и перипицелюлярного пространства ткани мозга
- Под номером 5 – мозговое вещество с кровоизлиянием, левая затылочная доля (1): ткань больших полушарий с мягкой мозговой оболочкой, с наличием кровоизлияния в нем, как на поверхности извилин, так и в глубине борозд с лизисом эритроцитов, с наличием неравномерной умеренной лейкоцитарной и макрофагальной инфильтрации без гемосидерина. В ткани мозга – множественные кровоизлияния. Отек периваскулярного и перипицелюлярного пространств мозга с разряжением нейропиля.
- Под номером 6 – головной мозг, височная доля справа (1): ткань больших полушарий с мягкой мозговой оболочкой, с наличием кровоизлияния в нем, как на поверхности извилин, так и в глубине борозд с лизисом эритроцитов, с наличием неравномерной умеренной лейкоцитарной и макрофагальной инфильтрацией с наличием одиночных гемосидерофагов и пролиферации фибробластов. Отек периваскулярного и перипицелюлярного пространств мозга
- Под номером 7 – головной мозг, правая затылочная область, базальная поверхность (1): ткань больших полушарий с мягкой мозговой оболочкой, с наличием кровоизлияния в нем, как на поверхности извилин, так и в глубине борозд с лизисом эритроцитов, с наличием неравномерной умеренной лейкоцитарной и макрофагальной инфильтрацией без гемосидерина. Отек периваскулярного и перипицелюлярного пространств мозга
- Под номером 8 – головной мозг, базальная поверхность височная доля, левое полушарие (2): ткань больших полушарий с мягкой мозговой оболочкой, с наличием кровоизлияния в нем, как на поверхности извилин, так и в глубине борозд с лизисом

- эритроцитов, с наличием неравномерной умеренной лейкоцитарной и макрофагальной инфильтрацией без гемосидерина. Отек периваскулярного и периецеллолярного пространств мозга. Мелкие кровоизлияния в ткани мозга.
- Под номером 9 – головной мозг, ствол (1): множественные кровоизлияния в стволовой части мозга на фоне тромбоза сосудов с выраженной паравазальной лейкоцитарной инфильтрацией, без гемосидерина. Фрагментация ткани мозга за счет кровоизлияний. Нейроны с бледными и пикнотичными ядрами, с нечеткими контурами цитолемм и кариолемм. Гемосидерина не выявлено.
- Под номером 10 – левая височная мышца с кровоизлиянием (1): кровоизлияния в мышечной ткани скелетного типа с лизисом эритроцитов, без выраженной лейкоцитарной инфильтрации, с наличием макрофагов с одиночным внутриклеточным накоплением гемосидерина.
- Под номером 11 – ссадина височной области (1): кожа с наличием дефекта (раны) с выраженной пролиферативной активностью эпителия многослойного плоского эпидермиса по краям дефекта, с наличием в клеточном составе распавшихся мелких групп лейкоцитов. Отек стромы дермы с полнокровием сосудов, без гемосидерина.
- Под номером 12 – кровоизлияние верхней губы (1): ткань кожи с кровоизлиянием, с наличием выраженной лейкоцитарной инфильтрацией, с некрозом и распадом гладкомышечных клеток, с выраженным отеком стромы и полнокровием сосудов по периферии кровоизлияния. Выраженные реактивные изменения с преобладанием альтеративного процесса.

СУДЕБНО-ГИСТОЛОГИЧЕСКИЙ ДИАГНОЗ:

Кровоизлияния под номерами 6 в стадии в стадии резорбции в препарате под номером 6,7,8,10.

Кровоизлияние по одну из сторон твердой мозговой оболочки с наличием гемосидерофагов. кровоизлияние под номером 1

Мелкое кровоизлияние в мягкую мозговую оболочку мозжечка без выраженных реактивных изменений в препарате под номером 2

Отсутствие кровоизлияния в препарате под номером 4.
Кровоизлияние в препарате под номером 5,9, в стадии выраженного реактивного воспаления с преобладанием вторичных изменений.

Кровоизлияние в препарате под номером 12 с выраженными реактивными изменениями и воспалительной реакции.

Кровоизлияние в препарате под номером 3 в стадии выраженного реактивного воспаления с преобладанием вторичных изменений (множественные деструктивные внутримозговые кровоизлияния в препарате под номером с неполными и полными парциальными некрозами нейронов в области кровоизлияний).

Эпидермизация дефекта (раны) в препарате под номером 11.
Паравазальный и сетчатый миокардиосклероз. Спазм артериол, полнокровие капилляров и венул; фрагментация и сегментация, поля волновой деформации кардиомиоцитов. Стеатоз печени. Очаговая гнойная пневмония. Судебно-медицинский эксперт судебно-гистологического отделения [redacted]

Акт судебно-биологического исследования № 23-2015-120 выдан 20.05.2015г., поступил 20.05.2015г. от трупа [redacted] Группа крови трупа Воронова И.В., 1968 г.р. Ав. Судебно-медицинский эксперт [redacted]

Акт судебно-химического исследования № 24-2015-1180 выдан 18.06.2015г., поступил по интернет журналу 18.06.2015г., оригинал 22.06.2015г. Заключение: На основании данных судебно - химического исследования крови, печени, желудка, почки от трупа [redacted] акт № 01-2015-0065 следует, что:

1. В крови, желудке обнаружен этиловый спирт в концентрации менее 0,15 промилле.
2. В печени, почке не обнаружен этиловый спирт.

3. В крови, почке, печени, желудке не обнаружены: метиловый, пропиловый, бутиловый, амиловый спирты и их изомеры, хлороформ, четырёххлористый углерод, дихлорэтан, метиленхлорид, бензол, толуол, ксилолы, этилбензол, хлорбензол, метилэтилкетон, этилацетат, ацетон, бутилацетат, амилацетат, диизопропиловый и диэтиловый эфиры, формальдегид.
4. В крови, печени, почке, желудке не обнаружены: амитриптилин, пахикарпин, изониазид, лидокаин, циклодол, дипразин, имипрамин, кетамин, атропин, промедол, трамадол, скополамин, промазин, левопромазин, трифтазин, карбамазепин, папаверин, аминазин, тиоридазин, декстропропаксифен, метазон, кокаин, бензонлэгонин, производные барбитуровой кислоты, производные 1,4-бензодиазепина, амфетамин, метамфетамин, морфин, кодеин, дезоморфин, MDPV, PVP, мефедрон и иные лекарственные и наркотические вещества, перечисленные в библиотеках MPW2007, NIST, DD2012, SWG, EKBDRUGS, SUDMED.
5. В крови, печени, почке не обнаружены AB-CMINACA, AB-FUBINACA, 5F-AB-PINACA, BB-22, PB-22, PB-22F, FUB-PB-22, UR144F, UR144, THJ-2201, MMB-018, MMB(N)-018 и иные каннабимиметики известные в лаборатории и их основные метаболиты. Химик-эксперт медицинской организации судебно-химического отделения [REDACTED]

СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКИЙ ДИАГНОЗ:

Осн.: Закрытая черепно-мозговая травма: субарахноидальные кровоизлияния в области миндалин мозжечка с переходом на базальную поверхность головного мозга, субдуральная гематома затылочной области справа, распространяющаяся в области задней и правой средней черепных ямок с переходом на свод черепа, толщиной до 0,7см, (масса гематомы 130гр), кровоизлияние в височную мышцу слева, ссадина спинки носа с переходом на область угла левого глаза, ссадина нижнего века левого глаза.

Осл.: Отёк вещества головного мозга с дислокацией и вклиниением в большое затылочное отверстие.

Соп.: Множественные ссадины теменно-височной области, субарахноидальные кровоизлияния по ходу межполушарной борозды. Множественные ссадины в области лба. Ссадина нижнего века правого глаза. Рвано-ушибленные раны (2) верхней губы с кровоизлиянием в окружающие мягкие ткани. Множественные кровоподтеки и ссадины верхних и нижних конечностей. Жировой гепатоз печени. Очаговая гнойная пневмония.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ:

На основании данных судебно-медицинского исследования трупа, [REDACTED] результатов лабораторных исследований, сведений протокола осмотра, прихожу к следующему заключению: [REDACTED]

- I. У гр. [REDACTED] [REDACTED] имела место закрытая черепно-мозговая травма:
- зоны ушиба головного мозга в затылочной области слева;
 - субарахноидальные кровоизлияния в области миндалин мозжечка с переходом на базальную поверхность головного мозга; в области правой височной доли;
 - субдуральная гематома затылочной области справа, распространяющаяся в области задней и правой средней черепных ямок с переходом на свод черепа, толщиной до 0,7см, (масса гематомы 130гр);
 - ссадина спинки носа с переходом на область угла левого глаза, ссадина нижнего века левого глаза;
 - кровоизлияние в височную мышцу слева.

2. Закрытая черепно-мозговая травма (зоны ушиба головного мозга в затылочной области слева; субарахноидальные кровоизлияния в области миндалин мозжечка с переходом на базальную поверхность головного мозга; в области правой височной доли; субдуральная гематома затылочной области справа, распространяющаяся в области задней и правой средней черепных ямок с переходом на свод черепа, толщиной до 0,7см, (масса гематомы 130гр); ссадина спинки носа с переходом на область угла левого глаза, ссадина нижнего века левого глаза; кровоизлияние в височную мышцу слева) - явились следствием двух травматических воздействий: в область спинки носа в направлении спереди-назад, и в область левой височной мышцы в направлении слева-направо. Характер указанных повреждений позволяет считать, что по данным областям действовал твердый тупой предмет (-ты) с ограниченной травмирующей поверхностью, индивидуальные особенности которого в повреждениях не отобразились. Как при ударе, так и при соударении с таковым, что не исключается при неоднократном падении с высоты собственного роста. В результате воздействия в область спинки носа (местно) образовались ссадина спинки носа с переходом на область угла левого глаза, ссадина нижнего века левого глаза, одновременно, вследствие развившихся в полости черепа явлений кавитации, образовались так называемые противоударные повреждения оболочек и вещества головного мозга в виде зон ушибов в области левой затылочной доли, а так же субдуральной гематомы затылочной области справа, распространяющаяся в области задней и правой средней черепных ямок с переходом на свод черепа: в результате воздействия в область левой височной мышцы образовалось кровоизлияние в ее толщу, а так же одномоментно на противоположной стороне головного мозга образовалось субарахноидальное кровоизлияние в правой височной доле. Следовательно, повреждения в области спинки носа и левой височной мышце причинно связаны с повреждениями в полости черепа и являются частями одного патологического процесса.
3. По данным секционного исследования (массивное субдуральное кровоизлияние имеет вид сплошного пласта, толщиной до 0,7 см, представленного рыхлыми темно-красными свёртками крови, хорошо отделяющимися при помощи струи воды от незначительно прокрашенной кровяным пигментом твердой мозговой оболочки), подтвержденных данными гистологического исследования (кровоизлияние по одну из сторон твердой мозговой оболочки с наличием гемосидерофагов), можно сделать заключение о том, что телесные повреждения, указанные в п.п. 2 могли образоваться прижизненно в срок 3 - 5 суток до момента наступления смерти.
4. Закрытая черепно-мозговая травма, согласно п. 6.1.3 правил, регулирующих порядок определения степени тяжести вреда причиненного здоровью человека (приказ №194н от 24.04.08 г. Минздравсоцразвития России) расценивается как причинившие ТЯЖКИЙ ВРЕД здоровью по признаку опасности для жизни.
5. Смерть гр. Воронова наступила в результате закрытой черепно-мозговой травмы в своей совокупности, закономерным осложнением которой явились отёк вещества головного мозга с дислокацией и вклинением в большое затылочное отверстие.
6. Между закрытой черепно-мозговой травмой в полном ее объеме и причиной смерти усматривается причинно-следственная связь.
7. Обычно, потерпевшие с закрытой черепно-мозговой травмой теряют сознание и возможность совершения самостоятельных действий в момент причинения травмы, в других случаях от момента причинения травмы до момента утраты сознания, из-за нарастающей субдуральной гематомы и отека головного мозга, проходит промежуток времени, который может исчисляться от десятков минут до нескольких суток. В данном конкретном случае у гр. ██████████ закрытая черепно-мозговая травма, вероятней всего, протекала по второму варианту, т.е. он мог совершать активные действия (как ходить ползти, кричать и т.п.). Также могла быть нарушена

координация движений, при этом мог неоднократно падать с высоты собственного роста, как на плоскость, так и на травмирующие предметы с ограниченной контактной поверхностью. Данное состояние (т.е. нарушение координации движений) могло усугублять наличие этанола в крови, которое соответствует 0,15 промилле на момент поступления в СОКБ.

- 8. Согласно данным судебно-химического исследования (Акт № 1141 от 15.05.2015г. (по направлению СОКБ), Акт № 24-2015-1180 от 18.06.2015г): в крови и моче из трупа [redacted] обнаружен этиловый спирт в концентрации 0,15г/л и 0,8 г/кг (промилле) соответственно. В желудке обнаружен этиловый спирт в концентрации менее 0,15г/л (промилле).
- 9. Так же при исследовании трупа обнаружены телесные повреждения:
 - п.п. 9.1 - Ссадины (2) в проекции правого локтевого сустава, множественные (не менее пяти (5)) кровоподтеки правого предплечья, кровоподтек тыла левой кисти, ссадина поясничной области справа, ссадина правого бедра, ссадины (5) в проекции правого коленного сустава, ссадины (2) в проекции левого коленного сустава.
 - п.п. 9.2 - Ссадины (3) лобной области; ссадина нижнего века правого глаза, ссадина в области нижней челюсти справа, кровоподтек и рвано-ушибленные раны (2) верхней губы, подковообразный комплекс ссадин в теменно-височной области справа.
- 10. Телесные повреждения, указанные в пункте п.п. 9.1 - образовались прижизненно, одно за другим, от не менее 11 воздействий твердых тупых предметов с ограниченными травмирующими поверхностями, индивидуальные особенности которых в повреждениях не отобразились, как при ударах, так и при соударении с таковыми так же при ударно-скользящем воздействии (ссадины), что не исключается при неоднократном падении с высоты собственного роста. Обычно у живых лиц, не влекут за собой кратковременного расстройства здоровья или незначительной стойкой утраты общей трудоспособности и поэтому данные повреждения не расцениваются как причинившие ВРЕД здоровью и в причинно-следственной связи с наступлением смерти не состоят.
- 11. Ссадины (3) лобной области; ссадина нижнего века правого глаза, ссадина в области нижней челюсти справа, кровоподтек и рвано-ушибленные раны (2) верхней губы, указанные в пункте п.п.9.2 - образовались прижизненно одно за другим от не менее 7 воздействий твердых тупых предметов с ограниченными травмирующими поверхностями индивидуальные особенности которых в повреждениях не отобразились, как при ударах, так и при соударении с таковыми так же при ударно-скользящем воздействии (ссадины), что не исключается при неоднократном падении с высоты собственного роста.
- 12. Подковообразный комплекс ссадин в теменно-височной области справа, указанный в пункте п.п.9.2 мог образоваться в результате воздействия твердого тупого предмета шириной не менее 10см, имеющего грани с направлением воздействия сверху вниз. Образование подковообразного комплекса ссадин в теменно-височной области справа при падении с высоты собственного роста исключается.
- 13. Так как смерть гр. Воронова наступила в результате черепно-мозговой травмы, которая уже имела место на момент причинения повреждений указанных в п.п.9.2 у гр. Воронова, и в виду не ясности исхода данных повреждений, и согласно п. 27 правил, регулирующих порядок определения степени тяжести вреда причиненного здоровью человека (приказ №194н от 24.04.08 г. Минздравсоцразвития России) высказаться о степени тяжести вреда причиненного здоровью не представляется возможным.
- 14. Все повреждения, указанные в п.п.9.1 и 9.2 образовались в срок, 1-2 суток до момента наступления смерти и в причинно-следственной связи с ней не состоят.

15. Смерть гр. [REDACTED] [REDACTED] констатирована в реаниматологическом отделении СОКБ 14.05.2015г. в 00час. 35 мин.

23.06.2015 г. 11 час. 00 мин.
Судебно-медицинский эксперт

