

**МИНИСТЕРСТВО ОБРАЗОВАНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И СОЦИАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

ГОУВПО СИБИРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ

ТОМСКОЕ ОБЛАСТНОЕ ОБЩЕСТВО СУДЕБНЫХ ВРАЧЕЙ

Ю.А. Шамарин, Ф.В. Алябьев, Е.В. Калянов

**Процессуальные и организационные основы
судебно-медицинской экспертизы**

Учебно-методическое пособие

Томск
СибГМУ

2004

МИНИСТЕРСТВО ОБРАЗОВАНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И СОЦИАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

ГОУВПО СИБИРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ

ТОМСКОЕ ОБЛАСТНОЕ ОБЩЕСТВО СУДЕБНЫХ ВРАЧЕЙ

Ю.А. Шамарин, Ф.В. Алябьев , Е.В. Калянов

Процессуальные и организационные основы
судебно-медицинской экспертизы

Учебно-методическое пособие

Томск
СибГМУ
2004

УДК 340.6
ББК Р 81
Ш 190

Шамарин Ю.А., Алябьев Ф.В., Калянов Е.В.

Ш 190 Процессуальные и организационные основы судебно-медицинской экспертизы: Учебно-методическое пособие / Ю.А. Шамарин, Ф.В. Алябьев, Е.В. Калянов. - Томск: СибГМУ, 2005. - 49 с.

Данное методическое пособие отражает основные статьи УПК РФ, определяющие объем работы судебного врача как в стадии предварительного, так и судебного разбирательства. Нормативный объем работы судебного врача изложен в соответствии с УПК РФ 2002 года.

Пособие будет полезно всем, кто работает в сфере судебно-медицинских органов, соприкасается в служебном отношении с судебной медициной, а также студентам, изучающим судебную медицину

УДК 340.6
ББК Р 81

Рецензент: Зав. кафедрой криминалистики ТГУ, кандидат юридических наук, доцент И.Т. Кривошеин

Утверждено и рекомендовано к печати Центральной методической комиссией лечебного факультета Сибирского государственного медицинского университет (протокол № от 2004г.)

© Коллектив авторов, 2004
© Сибирский государственный
медицинский университет, 2004

Судопроизводство, экспертиза, эксперты

Судопроизводство – это регулируемая законом деятельность суда и судьи при разбирательстве гражданских, административных и уголовных дел, органа дознания или дознавателя, следователя и прокурора при возбуждении уголовного дела, проведении дознания и предварительного следствия. Задачами уголовного судопроизводства является быстрое и полное раскрытие преступлений, изобличение виновных и обеспечение правильного применения закона, с тем чтобы каждый, совершивший преступление, был подвергнут справедливому наказанию и ни один невиновный не был привлечен к уголовной ответственности и осужден.

Раскрытие преступлений и изобличение виновных проводят органы предварительного следствия, органы дознания и суд.

Предварительное следствие ведут следователи прокуратуры, органы ВД и ФСБ, а также дознаватели.

Дознанием занимаются органы милиции, командиры воинских частей и капитаны морских судов (по отношению к личному составу), начальники зимовок, начальники ИТУ.

Судебными являются и суды, в том числе и военные.

Основополагающей чертой российского уголовного судопроизводства является презумпция невиновности.

Это правовой принцип, гарантирующий реальное соблюдение законности. Он исходит из положения, согласно которому подозреваемый считается невиновным до тех пор, пока его вина не будет доказана в установленном законом порядке.

Доказательствами по уголовному делу являются любые факты, на основании которых органы дознания, следователь и суд устанавливающий наличие или отсутствие преступного деяния, виновность совершившего его человека, а также другие обстоятельства, имеющие значение для правильного разрешения дела.

Фактические данные устанавливают различными способами, в том числе и с помощью экспертизы.

Задачей государственной судебно-экспертной деятельности является оказание содействия судам, судьям, органам дознания, дознавателям, следователям и прокурорам в установлении обстоятельств, подлежащих доказыванию по конкретному делу с использованием специальных знаний.

Судебно-медицинская экспертиза – это предусмотренное и регламентированное законом, проводимое врачом научно-практическое исследование конкретных объектов, предпринимаемое для решения конкретных медицинских и медико-биологических вопросов, возникающих при проведении конкретного дознания, предварительного следствия и судебного разбирательства.

Ст.196 УПК РФ предусматривает назначение судебно-медицинской экспертизы, если необходимо установить:

- а) причину смерти;
- б) характер и степень вреда, причиненного здоровью;

- в) психическое или физическое состояние подозреваемого;
- г) психическое или физическое состояние потерпевшего.

Судебно-медицинскую экспертизу проводит судебно-медицинский эксперт.

Ст.57 УПК *Эксперт* – лицо, обладающее специальными знаниями и назначенное в порядке, установленном настоящим Кодексом для производства судебной экспертизы и дачи заключения.

Эксперт вправе:

- а) ознакомиться с материалами уголовного дела, относящимися к предмету судебной экспертизы;
- б) ходатайствовать в предоставлении ему дополнительных материалов;
- в) участвовать с разрешения дознавателя, следователя, прокурора и суда в процессуальных действиях и задавать вопросы, относящиеся к предмету судебной экспертизы;
- г) давать заключение в пределах своей компетенции.

В тоже время УПК предусматривает ст. 58 УПК специалиста.

Специалист – лицо, обладающее специальными знаниями, привлекаемое к участию в процессуальных действиях в порядке, установленном настоящим Кодексом, для содействия в обнаружении, закреплении и изъятии предметов и документов, применении технических средств и в исследовании материалов уголовного дела, для постановки вопросов эксперту, а также для разъяснения сторонам и суду вопросов, входящих в его профессиональную компетенцию.

Нельзя путать судебно-медицинского эксперта, врача - судебно-медицинского эксперта и специалиста.

Государственный судебно-медицинский эксперт – это врач, окончивший врачебный факультет (лечебный, педиатрический, санитарно-гигиенический, военно-медицинский), прошедший специальную подготовку по судебной медицине, сдав экзамены по судебной медицине, и получивший надлежащий сертификат.

Врач-судебно-медицинский эксперт – это любой врач, окончивший врачебный факультет, которому на основании постановления, вынесенного прокуратурой, судом, поручается производство судебно-медицинской экспертизы.

Специалист – это любой специалист, привлеченный к участию в процессуальных (следственных) действиях.

По закону любой врач независимо от его специальности и должности *обязан* явиться по вызову органа дознания, следователя, прокурора, суда и дать объективное заключение по поставленным перед ним вопросам, не разглашать сведения, которые стали ему известны в связи с производством экспертизы и ограничивающие конституционные права граждан, также сведения, составляющие охраняемую законом тайну (государственную, следственную, коммерческую и др.). Эксперт обязан обеспечить сохранность объектов исследования и материалов дела.

Государственный судебный *эксперт не вправе*:

- принимать поручения о проведении судебно-медицинской экспертизы от

- любых органов и лиц за исключением руководителя экспертного учреждения;
- осуществлять свою деятельность в качестве негосударственного эксперта;
 - вступать в личные контакты с участниками процесса;
 - самостоятельно собирать материалы для производства экспертизы;
 - сообщать результаты экспертизы кому-либо кроме лица или органа, назначившего экспертизу;
 - уничтожать или существенно изменять объекты исследования без разрешения лица или органа, назначившего экспертизу;
 - давать заведомо ложное заключение;
 - разглашать тайну предварительного следствия.

Эксперт обязан давать заключение только в пределах своих специальных знаний, т. е. в пределах своей *компетенции*. Заключение считается выходящим за пределы экспертной компетенции в двух случаях:

а) если врач, отвечая на вопрос, вторгается в сферу немедицинских наук литературы, психологии, юриспруденции, технических наук и др.;

б) если для решения поставленного вопроса вообще не требуется никаких специальных знаний, если для его решения достаточно субъективных суждений, основанных на «жизненном опыте», «здравом смысле» и др.

Эксперт имеет следующие права:

1) знакомиться с материалами дела, имеющими отношение к предмету экспертизы;

2) ходатайствовать при необходимости о привлечении к производству экспертизы других специалистов;

3) заявлять ходатайства о предоставлении ему дополнительных материалов, необходимых для дачи заключения;

4) с разрешения органа дознания, следователя, прокурора и суда присутствовать при допросах и других следственных и судебных действиях и задавать допрашиваемым вопросы, относящиеся к предмету экспертизы;

5) делать подлежащие занесению в протокол следственного действия или судебного заседания заявления по поводу неправильного истолкования участниками процесса его заключения или показания;

6) заявлять в письменной форме лицу, назначившему экспертизу, о невозможности дачи заключения ввиду недостаточности представленных эксперту материалов, а также, если поставленные вопросы выходят за пределы его компетенции.

За заведомо ложное заключение эксперт в соответствии с законом наказывается в уголовном порядке, вплоть до лишения свободы. Если такое заключение связано с обвинением того или иного лица в совершении тяжкого или особо тяжкого преступления, то действие эксперта наказывается лишением свободы на длительные сроки. Эксперт освобождается от уголовной ответственности, если он добровольно в ходе дознания, предварительного следствия или судебного разбирательства до вынесения приговора суда или решения суда заявит о ложности данного им заключения. В таких случаях эксперт, как правило, наказывается в дисциплинарном порядке.

Эксперт обязан хранить тайну предварительного следствия. За ее разглашение без согласия прокурора, следователя или лица, производящего дознание, эксперт несет уголовную ответственность.

Предмет, объекты и виды судебно-медицинской экспертизы

Предметом судебно-медицинской экспертизы являются медицинские и медико-биологические вопросы, возникающие при проведении дознания, предварительного следствия и судебного разбирательства.

Объектами судебно-медицинской экспертизы являются живые люди, трупы, вещественные доказательства. Эксперт исследует эти объекты либо непосредственно, либо изучает имеющиеся о них записи в материалах дела.

Первичная экспертиза — это первоначальное исследование объекта с составлением заключения эксперта. В подавляющем большинстве случаев первичная экспертиза дает такие ответы, которые вполне удовлетворяют следствие. Как правило, первичную экспертизу проводит один эксперт. Однако в особо сложных и ответственных случаях первичная экспертиза может выполняться группой специалистов.

Ст.207 УПК *Дополнительную экспертизу* проводят, если первичное заключение составлено недостаточно ясно и полно, если в ходе предварительного или судебного следствия выявляются новые сведения, требующие специального экспертного исследования. Дополнительную экспертизу может проводить эксперт, выполнявший первичную экспертизу, другой эксперт или группа других экспертов.

Ст.207 УПК *Повторную экспертизу* назначают при возникновении сомнения в обоснованности первичного или дополнительного экспертного заключения. Ее поручают другому эксперту или, что бывает чаще, — нескольким другим экспертам.

Единоличной называют экспертизу, проводимую одним экспертом. В комиссионной судебно-медицинской экспертизе участвуют несколько врачей одной или разных специальностей. Эксперты образуют комиссию, все члены которой обладают равными правами, обязанностями и несут равную уголовную ответственность.

При необходимости практикуется *комплексное исследование* (комиссия экспертов разных специальностей) одного и того же объекта экспертами разных профессий и специальностей: врачами, криминалистами, специалистами в различных видах спорта, пожарном деле и др. В таких случаях все назначенные эксперты сначала собираются на координационное совещание и определяют такую оптимальную последовательность исследования объекта разными специалистами, которая гарантирует сохранение информации на каждом последующем этапе экспертного исследования после предыдущих. По результатам лично проведенных исследований каждый эксперт подписывает ту часть заключения, которая содержит результаты проведенных им исследований или может составить самостоятельное заключение. Этот порядок представляется наиболее целесообразным и юридически правильным. Следует избегать

составления одного общего заключения, так как подписывая его в целом, каждый эксперт невольно подтверждает не только результаты своих исследований, но и результаты исследований, проведенных представителями других профессий, для оценки которых он не имеет специальных знаний.

Порядок проведения экспертизы

Ст. 195 УПК. Признав необходимым проведение экспертизы, следователь составляет специальный юридический документ — *постановление*. В нем указывают основания для назначения экспертизы, фамилию эксперта или наименование учреждения, в котором должна быть проведена экспертиза, вопросы, подлежащие экспертному решению, а также материалы, предоставляемые в распоряжение эксперта. Следователь вправе присутствовать при проведении всех этапов экспертизы. В случаях тяжких преступлений, например убийств, присутствие следователя при проведении экспертизы становится весьма желательным.

Если возникает необходимость исследовать специальные вопросы в суде, то на судебное заседание приглашают одного или нескольких экспертов. Чаще всего это тот эксперт или же эксперты, которые давали заключение в ходе дознания или предварительного следствия. Суд выясняет специальность и компетентность приглашенного эксперта (или экспертов). После этого суд выносит специальное *определение*, узаконивающее участие эксперта в данном судебном заседании. Эксперт присутствует на судебных заседаниях и имеет право задавать всем допрашиваемым вопросы, относящиеся к предмету экспертизы. В конце судебного следствия суд выносит определение, в котором ставит перед экспертом вопросы. Для дачи заключения эксперт обязан изучить необходимые материалы дела и, если это требуется, провести непосредственное исследование объектов: вещественного доказательства, живого человека, в исключительных случаях — эксгумированного трупа. Время, необходимое для проведения экспертизы в суде, определяет эксперт. Выполнив все необходимые исследования, эксперт дает письменное заключение, которое оглашает в судебном заседании. В целях уточнения положений письменного заключения участники судебного разбирательства вправе задавать эксперту устные вопросы, на которые он дает устные ответы. Эти ответы заносят в протокол судебного заседания. Если эксперту, кроме заданных, предлагают ответить на новые вопросы, то на них целесообразно давать письменные ответы.

Если экспертизу проводят в государственном судебно-экспертном учреждении, то дознаватель, следователь или суд направляют постановление (или определение) о назначении экспертизы и необходимые для экспертизы материалы руководителю учреждения, который поручает проведение экспертизы одному или нескольким сотрудникам этого учреждения. Руководитель учреждения разъясняет экспертам их права, обязанности и ответственность, берет у них об этом подписку, которую вместе с заключением экспертов отправляет следователю.

Государственным судебным экспертом является аттестованный сотрудник

государственного судебно-экспертного учреждения, производящий судебную экспертизу в порядке исполнения своих должностных обязанностей. Государственными судебными экспертами являются все судебно-медицинские эксперты, работающие в федеральных или региональных учреждениях (центр, бюро) судебно-медицинской экспертизы.

Если экспертизу проводят вне экспертного учреждения, то дознаватель, следователь или суд вызывают специалиста, которому поручается проведение экспертизы, удостоверяется в его личности и компетенции, вручает постановление (или определение) о назначении экспертизы, разъясняет ему права, обязанности и уголовную ответственность, которую он несет как эксперт. Обо всех этих действиях следователь делает отметку в постановлении о назначении экспертизы и скрепляет ее подписью эксперта. Свое заключение эксперт направляет только тому органу или лицу, который назначил экспертизу.

Общая схема проведения судебно-медицинской экспертизы включает следующие этапы:

- 1) изучение постановления следователя или определения суда о назначении экспертизы;
- 2) уяснение обстоятельств происшествия, повода к проведению экспертизы и вопросов, подлежащих экспертному решению;
- 3) оценка достаточности и качества материалов, представленных следователем для экспертного исследования и ответа на поставленные вопросы; при необходимости заявление ходатайства следователю о предоставлении необходимых дополнительных объектов исследования или дополнительных материалов дела;
- 4) составление плана проведения экспертизы в виде оптимальной последовательности решения экспертных задач и рационального применения необходимого комплекса методов исследования;
- 5) собственно исследование объекта или объектов экспертизы;
- 6) анализ и синтез результатов всех проведенных исследований;
- 7) составление заключения эксперта.

Документация судебно-медицинской экспертизы

Получив постановление следователя, изучив поставленные в нем вопросы и проведя необходимые для ответа на них исследования, эксперт на основании результатов исследований дает *заключение от своего имени* и в соответствии со своими специальными познаниями. За свое заключение он *несет личную уголовную ответственность*. При проведении комиссионной экспертизы участвующие в ней эксперты совещаются между собой и, приходя к единому мнению, составляют общее заключение, которое подписывают все эксперты. В случае разногласий между экспертами каждый из них дает свое заключение отдельно.

Заключение эксперта является единственной юридической формой, в которой эксперт доводит свои выводы до органа, назначившего экспертизу. Заключение дается только в письменном виде.

Содержание заключения эксперта определяется законом, который предусматривает следующие обязательные положения. (Ст. 204)

Заключение состоит из трех частей: вводной, исследовательской и выводов.

Во *введении* указывают: когда, где (время и место проведения экспертизы), кем (фамилия, имя и отчество, образование, специальность, ученая степень и звание, занимаемая должность), в каком государственном судебно-экспертном учреждении, на каком основании (по постановлению следователя или определению суда) была проведена экспертиза, кто присутствовал при ее проведении, какие были поставлены вопросы эксперту, какие материалы он использовал, в каком виде представлены материалы (упакованном или неупакованном, опечатанном или неопечатанном, каково состояние упаковки, какова маркировка упаковки, печати и самих материалов). Основное требование к вводной части — точное изложение всех данных, предусмотренных законом. Во вводной части делается отметка о предупреждении эксперта за дачу заведомо ложного заключения.

Исследовательская часть является источником обоснования выводов. В исследовательской части заключения судебно-медицинского эксперта содержится описание всех проведенных исследований: непосредственного исследования объектов судебно-медицинской экспертизы (живого человека, трупа, вещественного доказательства), материалов дела, содержащих сведения об объектах судебно-медицинской экспертизы (истории болезни, амбулаторной карты, медицинских справок, свидетельств о состоянии здоровья и др.). Основное требование к исследовательской части — всестороннее, полное и объективное изложение результатов всех проведенных исследований.

Выводы должны содержать ответы на все вопросы, поставленные перед экспертом, следователем или судом. Если эксперт не может решить тот или иной вопрос, то он в выводах указывает причины, делающие невозможным ответ на поставленный вопрос: недостаточность научных знаний в медицине вообще и у конкретного эксперта в частности, некомпетентность эксперта и др. Если в процессе исследований эксперт выявит имеющие значение для дела факты, по которым ему не были представлены вопросы, он должен их отметить в выводах по собственной инициативе.

Основные требования к выводам:

- а) полнота (дача ответов на все поставленные вопросы);
- б) обоснованность каждого сформулированного положения;
- в) обоснование каждого положения данными, полученными при экспертном исследовании объекта и включенными в исследовательскую часть заключения;
- г) объективность;
- д) научность;
- е) изложение общепонятным языком без использования специальной терминологии.

Суд и следствие в наибольшей степени удовлетворяют обоснованные категорические (положительные и отрицательные) выводы. Однако, особенно при проведении оперативно-розыскных мероприятий, для органов дознания и

предварительного следствия имеют значение и предположительные, вероятные суждения, позволяющие расширить или сузить круг версий, подлежащих расследованию.

Заключение эксперта должно быть документировано. В первую очередь документируют все основные положения выводов. Главное требование к документации — отображение установленных фактов в точном соответствии с действительностью. Этому требованию соответствуют фотографии, рентгенограммы, слепки, препараты костей и внутренних органов, гистологические препараты и др. Все это является приложением к заключению эксперта. Некоторые биологические объекты (например, изъятые внутренние органы и ткани трупа, костные и микроскопические препараты и др.) по указанию следователя могут храниться в судебно-медицинском учреждении. В приложение включают и различные схематические изображения, хотя их значение не выходит за пределы пояснительной функции.

В случаях, не терпящих отлагательства (начинающееся разложение трупа, опасность утраты части информации о повреждениях в результате их заживления у пострадавшего, опасность разрушения чужеродных клеточных элементов на половых органах насильника и потерпевшей и др.), экспертное исследование объекта может быть проведено по должностному указанию вышестоящего начальника до возбуждения уголовного дела. В таких случаях составляют «Акт судебно-медицинской экспертизы». Его основное содержание ничем не отличается от «Заключения эксперта».

Организация судебно-медицинской службы в РФ

Судебно-медицинская экспертиза осуществляется районными, городскими и областными судебно-медицинскими экспертами, которые объединены в бюро судебно-медицинской экспертизы (районное бюро, городское и т.д.). Возглавляет всю судебно-медицинскую службу в РФ Республиканский центр судебно-медицинской экспертизы.

В состав судебно-медицинской экспертизы входят:

1. Отдел судебно-медицинского исследования трупов с гистологической лабораторией.

2. Отдел по освидетельствованию пострадавших, подозреваемых (судебно-медицинская амбулатория).

3. Отдел судебно-медицинского исследования вещественных доказательств с отделениями:

- а) судебно-биологического исследования;
- б) физико-технического исследования;
- в) судебно-химического исследования;
- г) биохимического исследования.

В Российской Армии судебно-медицинская экспертиза осуществляется окружными судебно-медицинскими лабораториями. Объем работы, выполняемый военными судебными врачами, более обширен. Так в их компетенцию входит баллистическая экспертиза, а также решение вопроса о

виде огнестрельного оружия, почерковедения. Окружные лаборатории подчиняются главной судебно-медицинской лаборатории.

Роль судебно-медицинской экспертизы в стадии предварительного расследования

В стадии предварительного расследования роль судебно-медицинской экспертизы сводится к следующим мероприятиям:

1. Участие в осмотре трупа на месте обнаружения.
2. Участие в следственных экспериментах и допросах.
3. Участие в изъятии вещественных доказательств.
4. Выполнение судебно-медицинской экспертизы трупа.
5. Выполнение судебно-медицинской экспертизы потерпевшего, обвиняемого, подозреваемого.

1. Участие в осмотре трупа на месте его обнаружения

Под местом происшествия понимается участок местности или помещение, где непосредственно произошло какое-то событие, подлежащее следственному осмотру.

По сложившейся следственной практике факт обнаружения трупа человека рассматривается как происшествие. Поэтому место обнаружения трупа всегда считается местом происшествия, независимо от того, где наступила смерть данного человека.

Осмотр места происшествия и трупа на месте его обнаружения является неотложным следственным действием. В соответствии со ст. 180 УПК наружный осмотр трупа на месте его обнаружения производит следователь в присутствии понятых и с участием врача-судебно-медицинского эксперта или иного врача. При осмотре трупа на месте происшествия врачи выступают в качестве специалиста в области судебной медицины для оказания помощи следователю при осмотре трупа и составлении протокола осмотра места происшествия. Осмотр места происшествия должен проводиться в присутствии не менее 2-х понятых.

Врач, помогающий следователю осматривать труп, может в дальнейшем участвовать в деле и в качестве судебно-медицинского эксперта, производя вскрытие этого трупа и давая письменное заключение.

Процесс осмотра места происшествия должен осуществляться по двум стадиям: статической и динамической.

Под статической стадией понимается изучение и фиксация обстановки места происшествия без нарушения ее первоначального состояния. При этом, фиксируется точное местоположение предметов и их взаиморасположение по отношению друг к другу.

Динамическая стадия состоит в том, что с целью исследования предмета, его берут в руки, или передвигают, переворачивают и т.д. При этом производится описание, детальная фотосъемка, изготовление схем. Предметы необходимо

брать в перчатках за ребра и углы.

Осмотр в помещении

Как правило, осмотр в помещении начинают с изучения входа (целость запоров), а затем продолжают его вдоль стен по часовой стрелке или против нее (в зависимости от конкретной обстановки). При обходе помещения, обращается внимание на окна (открыты, закрыты), определяют наличие запаха, каких-либо звуков (льющаяся вода), обращают внимание на состояние мусоросборников, электропроводки и электроприборов, водопровода, канализации, средств уборки (швабры, тряпки). Так как в жилых помещениях много самых разнообразных приборов, то рекомендуется вначале осмотра сделать черновик и план.

Осмотр на местности

Вначале определяют границы места происшествия, используя естественные рубежи (тропинки, канавы и т.д.) или с помощью подручных средств. Следует помнить, что место обнаружения трупа на открытой местности не всегда является местом смерти, поэтому иногда возникает необходимость в осмотре дополнительных участков местности, а иногда - в прочесывании местности. В протоколе осмотра должно быть отмечено состояние погоды (температура, осадки, сила и направление ветра, влажность, освещенность).

Дополнительный и повторный осмотры места происшествия

Необходимость в дополнительном осмотре места происшествия может возникнуть, например, после судебно-медицинского исследования трупа или даже при последующих каких-либо лабораторных исследований, иногда инициатива в проведении дополнительного осмотра исходит от судебно-медицинского эксперта, когда судебному врачу только по данным вскрытия не удается обоснованно ответить на вопросы следствия о механизме травмы, о взаимном положении пострадавшего и автотранспорта и на некоторые другие вопросы. В таких случаях, во время дополнительного осмотра производится сопоставление выявленных на трупе повреждений с обстановкой места происшествия.

Дополнительный осмотр проводится и в тех случаях, когда в процессе дальнейшего расследования устанавливается, что отдельные объекты на месте происшествия не были осмотрены или осмотрены недостаточно.

Повторный осмотр места происшествия назначается в тех случаях, когда первоначальный осмотр был проведен недоброкачественно.

Общие вопросы осмотра трупа на месте его обнаружения

Участвуя в осмотре места происшествия и трупа, врач-специалист в области судебной медицины решает следующие задачи.

1. Устанавливает факт смерти и выявляет признаки, позволяющие судить о времени ее наступления.

Для констатации смерти пользуются ориентирующими и достоверными признаками смерти. К первым относят: пассивное неподвижное положение тела, бледность кожных покровов, отсутствие сознания, дыхания, пульса и сердцебиений, отсутствие чувствительности на болевые и обонятельные раздражения (уколы медицинской иглой, прикладывание к носу нашатыря), отсутствие зрачкового и роговичного рефлексов.

В большинстве случаев врач на месте происшествия не сомневается в факте смерти, т.к. к моменту прибытия следственной группы на трупе уже бывают хорошо выраженные достоверные признаки смерти (будут перечислены ниже).

На факт смерти указывают также несовместимые с жизнью повреждения, видимые при осмотре трупа.

2. Помогает следователю произвести правильный и последовательный осмотр трупа.

Для того чтобы ничего не упустить рекомендуется проводить осмотр трупа на месте его обнаружения в такой последовательности.

1) Местоположение и поза трупа

При описании места обнаружения трупа указывается точное название этого места и той его части, в которой находится труп (в лесу, в поле, в сарае и т.д.). Положение трупа определяют по отношению к окружающим его предметам, причем к тем, которые не могут изменить своего местонахождения в ближайшее время (дом, дерево и т.д.).

Под позой трупа понимают взаимное расположение частей его тела по отношению друг к другу (конечности отведены, согнуты и т.д.).

2) Предметы на трупе в непосредственной близости от него

При этом, в первую очередь имеются в виду предметы (орудия), которыми наносились повреждения - камень, топор, петля на шее и т.д.

Некоторые орудия травмы могут находиться в самом трупе (нож в ране).

3) Одежда и обувь трупа

Следует точно зафиксировать в каком положении находится одежда на трупе (в порядке, смещена со своих мест, расстегнута, повреждена), наличие наложений и загрязнений. Одежда не снимается, а только расстегивается, при описании одежды указывают: наименование предмета; вид ткани, цвет, рисунок, фабричное клеймо; степень изношенности; состояние застежек, загрязнение, повреждение, запах, содержимое карманов.

4) Общие сведения о трупе

Имеется в виду пол, длина тела, телосложение, упитанность, цвет кожных покровов.

5) Наличие и выраженность трупных изменений

Описываются ранние и поздние трупные изменения (охлаждение трупа, трупные пятна, трупное окоченение, трупное высыхание, гнилостные изменения), а также признаки переживания тканей (механическое раздражение мышц, электрическая возбудимость мышц, зрачковые реакции.).

6) Особенности отдельных частей тела трупа и их повреждения

Описанию подвергаются практически все области тела, начиная с головы. Осматривается и описывается волосистая часть головы (есть повреждения или нет), отмечается цвет кожи лица, состояние глаз (диаметр зрачков, цвет соединительных оболочек век, роговицы), целостность носа, костей лицевого черепа, зубов (отмечаются коронки, протезы, состояние лунок зубов -эпителизированы или заполнены свертками крови). Отмечается наличие содержимого в полости рта, носовых ходах, в наружных слуховых проходах

(возможно кровь, в полости рта инородный предмет). Расстегивая одежду, последовательно осматривают шею (наличие странгуляционной борозды, повреждений), грудь, живот, спину, конечности (наличие повреждений на коже, крепитация и патологическая подвижность отломков ребер, длинных костей конечностей). У женщин - состояние молочных желез (форма, плотность, выделения из сосков).

При описании наружных половых органов у мужчин цвет мошонки, состояние яичек, у женщин выделения из половых органов, наличие повреждений. Повреждения, имеющиеся на трупе, рекомендуется изучать и описывать по ходу осмотра отдельных частей тела.

При описании повреждений указывают вид повреждения (рана, ссадина, кровоподтек), локализация (анатомическая область), форму (по аналогии с геометрическими фигурами или неправильной формы), размеры, кроме того, при описании кровоподтека цвет, ссадины и раны - характер поверхности, ориентация по циферблату часов.

Обязательно указываются татуировки, родимые пятна, рубцы, какие-либо болезненные изменения (опухоли, язвы, заболевания кожи).

7) Ложе трупа

В пределах ложа трупа выделяют 3 зоны:

- а) собственно ложе;
- б) проецируемая зона (ограниченная проекцией силуэта трупа);
- в) зона трупных выделений.

При описании ложа трупа отмечают характер повреждений (деревянный пол, снег и т.д.), наличие предметов под ним, наличие насекомых (мухи, жуки), состояние травы. Через 6-8 дней, если труп лежал на ней, трава желтеет, а через 15-20 дней гибнет.

2. Участие в следственных экспериментах и допросах

Следователю предоставлено право производить следственный эксперимент для проверки и уточнения данных, имеющих значение для дела. Для участия в эксперименте разрешается приглашать специалиста, которым в соответствии с характером эксперимента может быть судебный врач. Участие в следственном эксперименте судебного врача может быть необходимо при расследовании дел о насильственной смерти, об изнасиловании, мужеложестве, криминальном аборте и других преступлений против личности. При расследовании таких дел могут понадобиться выявление или проверка видимости, возможности совершить определенные действия, в частности, в конкретный срок, установление механизма возникшей травматизации.

Участие в допросах судебно-медицинского эксперта в качестве специалиста является особенно целесообразным при расследовании преступлений против жизни и здоровья, а также профессиональных правонарушений медицинских работников. Судебно-медицинский эксперт, присутствуя при допросах и активно участвуя в постановке вопросов, относящихся к его компетентности» может способствовать установлению новых данных. Так при расследовании

медицинских правонарушений могут быть необходимыми вопросы для уточнения применяемых методов диагностики, показаний или наличия противопоказаний к выбору и проведению лечебного мероприятия.

3. Участие в изъятии вещественных доказательств

Судебно-медицинский эксперт (врач-специалист) помогает следователю в обнаружении и изъятии следов, похожих на кровь, сперму и другие выделения, а также волос и орудий преступлений.

Одной из задач осмотра места происшествия является выявление и изъятие вещественных доказательств. Одно из главных мест среди материальных улик преступлений против жизни и здоровья человека занимают следы крови. Под следами крови понимают нахождение любого количества крови в окружающей среде вне организма человека. Пятнами крови называют следы высохшей крови на каком-либо предмете. Следы крови разнообразны. Формы и размеры зависят от механизма образования, характера ранения, положения тела, высоты падения крови или отека, а также от формы, повреждений, на которую попала кровь.

Пятна от падения капель. Капля - это минимальное количество жидкости, принимающее округлую форму. При падении на горизонтальную плоскость с высоты до 10-15 см они имеют круглую форму диаметром до 1 см и ровные края; при падении с высоты до 50 см - диаметр пятна 1-1,5 см с зубчатыми краями. Если высота падения 1,5-2 метра - диаметр пятна до 1,5-2 см, а края имеют лучеобразную форму, а вокруг пятна от разбрызгивания удлиненно-грушевидной формы.

При падении капель с движущегося с небольшой скоростью человека, форма пятна становится грушевидной (или в виде восклицательного знака) с истончением в сторону движения. При падении на наклонную поверхность пятно удлиняется и образуются зубцы в сторону наклона.

Пятно от брызг. Образуются, когда капли крови получают дополнительную кинетическую энергию. Встречая сопротивление воздуха, они разбиваются на более мелкие капли, называемые брызгами. Пятна от брызг крови более мелкие, вплоть до точечных. При перпендикулярном падении брызг, пятна имеют круглую форму, при падении на наклонную поверхность приобретают удлиненно-грушевидную форму. Брызги образуются при артериальном кровотечении, при ударах по окровавленному телу, по скоплению крови (например, в ране), при расчленении трупа.

Потеки - это следы крови продолговатой формы, образующиеся при отекании крови по наклонной или вертикальной поверхности под влиянием силы тяжести. Так как потеки всегда стекают вниз, то они являются важным показателем положения раненого человека после ранения.

Отпечатки. Они образуются при статическом контакте слепообразующего окровавленного предмета со следовоспринимающей поверхностью другого предмета. На месте происшествия чаще всего встречаются отпечатки пальцев рук, ладоней, стоп, обуви.

Помарки и мазки - это поверхностные, часто прерывистые следы крови. Они образуются от скользящего соприкосновения с окровавленным предметом, оружием, реками (динамический контакт слеодообразующего и следовоспринимающего предмета). Они нередко помогают восстановить характер действия как жертвы, так и преступника.

Пятна. Иногда отнесение следа крови к определенному виду вызывает затруднение, в таких случаях их именуют просто пятнами.

Лужи. Они образуются при значительной кровопотере на горизонтальных не впитывающих или мало впитывающих поверхностях.

Пропитывания. Этот вид следов крови образуется на текстильных или иных гидроскопических материалах. Они возникают в местах повреждений.

Выявление следов подозрительных на кровь. Свежие следы крови имеют ярко-красный цвет в связи с переходом гемоглобина в оксигемоглобин за счет присоединения кислорода воздуха. Однако, затем они темнеют и становятся буро-коричневыми, т.к. гемоглобин переходит в метгемоглобин, а затем и в гематин. Старые пятна крови серого, почти черного цвета. Труднее обнаружить пятна на темных предметах. Следы крови замываются, соскабливаются, что затрудняет их обнаружение. Наиболее скрытыми местами на одежде являются обшлага верхней одежды, рубашек, карманы брюк, внутренняя поверхность головных уборов, манжеты штанин, подошвы обуви. При осмотре помещения: ручки дверей, краны, вентиляционные решетки, щели в полу.

Выявление крови на месте происшествия можно производить с помощью предварительных химических проб; наиболее простая проба с перекисью водорода. В присутствии крови (фермент каталаза) перекись водорода разлагается на воду и кислород. Пузырьки кислорода образуют хорошо заметную пену. Однако эта проба не открывает старые пятна и может давать положительный результат с железом (ржавчина). В настоящее время получила распространение бензидиновая реакция. Она основана на том, что пероксидаза крови разлагает перекись водорода, а выделившийся кислород окисляет бензидин с образованием синего цвета. Реакция очень чувствительная и дает положительную реакцию с разведением крови в миллион раз. Для проведения реакции крупинку соскоба следа помещают на предметное стекло и воздействуют бензидином.

Осмотр в ультрафиолетовых лучах. При этом следы крови не флюоресцируют и выглядят темными "бархатистыми" пятнами.

Изъятие следов. Если имеется возможность, то лучше направить полностью предмет. Когда нет такой возможности, прибегают к соскобу или смыву, из лужи жидкость берут в стеклянную банку в количестве 10 мл или промокают кусочками марли и затем их высушивают. Снег, пропитанный кровью собирают в банку и затем жидкость промокают кусочками марли.

Следы спермы. Пятна спермы на одежде выявляют невооруженным глазом или с помощью лупы. Они неправильной формы, крахмальной плотности. На темных тканях пятна спермы имеют беловатый цвет, на светлых - сероватый с желтым или коричневым оттенком.

Волосы. Обнаружение волос не представляет особых затруднений. Изъятые

объекты из разных мест помещают в разные пакеты.

Судебно-медицинский эксперт (врач-специалист) помогает в описании результатов осмотра трупа и вещественных доказательств биологического происхождения в протоколе осмотре места происшествия, который составляет следователь.

В соответствии со ст. 182 УПК составляется протокол осмотра места происшествия.

Протокол - основной процессуальный документ, отражающий ход и результаты следственного осмотра. Протокол является важным юридическим документом, имеющим значение доказательства. Протокол осмотра места происшествия начинается с перечисления участников осмотра места происшествия, затем следует описание местоположения и позы трупа, предметов, находящихся возле трупа и на нем. Далее следует описание одежды, общих сведений о трупе, касающихся пола, возраста, длины тела, телосложения. Отмечаются особо отличительные знаки (татуировки, рубцы, болезненные изменения), описываются достоверные признаки смерти, производится описание всех областей тела с целью исключения или установления каких-либо повреждений, оказывается, что изъято с места происшествия. Протокол зачитывается вслух и закрепляется подписями всех участников. После осмотра трупа на месте обнаружения, следователь вместе с сопроводительным документом (постановление или направление), а также одним экземпляром протокола осмотра места происшествия, направляет труп в соответствующий судебно-медицинский морг.

4. Выполнение судебно-медицинской экспертизы трупа

В судебно-медицинском отношении различают насильственную и ненасильственную смерть.

Насильственная смерть - это смерть, последовавшая в результате действия внешней силы - механической, термической, электрической, а также других видов энергии и состояний, независимо от того, чем и когда эта сила направлена.

Виды насильственной смерти

1. Механические повреждения.
2. Механическая асфиксия.
3. Отравления.
4. Действие крайних температур.
5. Действие технического и атмосферного электричества.
6. Изменение атмосферного давления.
7. Лишение пищи и воды.
8. Действия лучистой энергии.
9. Физическое перенапряжение.
10. Психическая травма.

Род насильственной смерти

1. Убийство.
2. Самоубийство.

3. Несчастный случай.

В соответствии с циркулярным письмом главного судебно-медицинского эксперта Минздрава СССР от 29.02.56г. за №306 «О пределах компетенции судебно-медицинского эксперта» род смерти последним не устанавливается.

Ненасильственная смерть - это смерть, наступившая неожиданно для окружающих среди видимого благополучия здоровья.

Виды ненасильственной смерти.

1. Скоропостижная смерть (когда отсутствует диагноз заболевания).
2. Внезапная смерть (если в течение болезни не было симптомов угрожающих жизни).
3. Внезапная смерть детей грудного возраста.
4. Естественная смерть.

Признав необходимость производства вскрытия трупа, а также то обстоятельство, что в данном случае будет возбуждаться уголовное дело, следователь в соответствии со ст. 195 УПК выносит постановление о необходимости производства судебно-медицинской экспертизы трупа. Одновременно вскрытие трупа может производиться и по направлению следователя. В таком случае будет производиться судебно-медицинское исследование трупа. Таким образом, различают два вида действия судебно-медицинского эксперта: судебно-медицинская экспертиза и судебно-медицинское исследование трупа.

Судебно-медицинская экспертиза трупа производится только по постановлению органов дознания, следствия или прокуратуры с соблюдением норм уголовно-процессуального кодекса. Так, в соответствии со ст. 199 УПК по получении постановления, начальник учреждения поручает её производство персонально эксперту. Эксперт предупреждается по ст. 207 УПК. При производстве экспертизы на вскрытии вправе присутствовать лицо, ведущее следствие (ст. 197 УПК) и понятые.

Судебно-медицинское исследование трупа производится по направлению органов дознания, следствия. Это контрольное вскрытие с целью решения вопроса о причине смерти. Присутствие официальных лиц не требуется. Следовательно, имеет место лишь процессуальное отличие судебно-медицинской экспертизы трупа от судебно-медицинского исследования трупа. Объем работы и порядок вскрытия трупа отличия не имеет.

5. Выполнение судебно-медицинской экспертизы (освидетельствование) потерпевшего, обвиняемого, подозреваемого

Освидетельствование потерпевших, подозреваемых, обвиняемых является одним из наиболее частых видов экспертизы. Поводы и цели судебно-медицинского освидетельствования могут быть следующими:

При повреждениях:

- а) определение степени тяжести телесных повреждений;
- б) определение утраты трудоспособности;
- в) установление членовредительства.

При определении полового состояния:

- а) определение половой зрелости;
- б) определение половой неприкосновенности;
- в) определение производительной способности;
- г) определение опорного полового состояния;
- д) определение беременности, родов, аборта.

При половых преступлениях:

- а) определение насильственного полового акта;
- б) определение развратных действий;
- в) определение мужеложества;
- г) определение заражения венерической болезнью.

Судебно-медицинская документация

В соответствии с требованиями «Инструкции о производстве судебно-медицинской экспертизы», результаты всех видов судебно-медицинской экспертизы оформляют в виде документа, который именуется "Заключение эксперта" или "Акт судебно-медицинского исследования трупа" (при вынесении постановления). Если вскрытие трупа производится на основании направления -оформляется акт судебно-медицинского исследования трупа. Оба документа имеют одинаковую структуру и содержание.

Судебно-медицинская экспертиза в процессе судебного следствия

При рассмотрении уголовного или гражданского дела на судебное заседание может быть приглашен судебно-медицинский эксперт, который давал заключение на предварительном следствии. В отличие от свидетелей он присутствует на протяжении всего судебного следствия, участвует в исследовании обстоятельств дела, относящихся к предмету экспертизы, может задавать вопросы всем участникам процесса.

Судебно-медицинский эксперт зачитывает текст своего заключения. Кроме того, ему могут быть заданы дополнительные вопросы, на которые он обязан ответить в письменном виде.

Если в процессе судебного следствия были выявлены новые данные, которые ставят под сомнение заключение эксперта, то суд вправе назначить комиссионную судебно-медицинскую экспертизу. В исключительных случаях суд может вынести определение об эксгумации.

Кроме того, судебно-медицинский эксперт может участвовать в осмотре места происшествия в ходе судебного следствия. Необходимость в таком осмотре возникает тогда, когда на предварительном следствии не были установлены некоторые обстоятельства, имеющие значение для дела, оказавшиеся необходимыми суду.

В отличие от следственного осмотра, при судебном осмотре нередко приходится выяснять, какие изменения наступили в обстановке места происшествия. Иногда, приходится проводить реконструкцию обстановки места

происшествия.

Экспертиза по материалам следственных и судебных дел

Объектом исследования являются различного рода медицинские документы и данные материалов предварительного или судебного следствия. Необходимость производства экспертизы по материалам дела возникает, например, в случаях полного выздоровления больного, отсутствия данного лица или в связи с отдаленным сроком имевших место событий. Судебно-медицинская экспертиза по материалам дела производится только при условии получения от органов расследования или суда всех необходимых материалов, в том числе медицинских документов.

Правила судебно-медицинского исследования трупов

ОБЩЕЕ ПОЛОЖЕНИЕ

1. Обычно вскрытие трупа производят через 12 часов после смерти, но согласно «Правил судебно-медицинского исследования трупов», в научно-практических целях, вскрытие разрешается через 30 минут после смерти при условии присутствия трех врачей. Перед вскрытием должен быть составлен протокол с указанием доказательств действительной смерти.

2. Судебно-медицинское исследование трупа состоит из наружного и внутреннего исследования.

3. При вскрытии – внутреннем исследовании – обязательно должны быть вскрыты три полости: черепная, грудная, брюшная. Позвоночник и другие части тела вскрываются по мере надобности.

4. Обычно начинают со вскрытия черепа, т.к. после извлечения органов шеи и груди кровенаполнение мозга и его оболочек изменяется. В некоторых случаях (см. ниже) порядок вскрытия видоизменяется.

5. При производстве разреза давить ножом не следует, резать нужно уверенно, свободно, широким движением, только к себе и слева направо.

Торопиться с разрезом не следует. Разрез производится: одним движением, количество разрезов должно быть минимальным. Весьма осторожно следует обращаться с кожей на лице, голове, руках. Если строго придерживаться правил, то следы вскрытия совершенно незаметны.

Наружное исследование

Начинают его с осмотра одежды по мере раздевания трупа. Отмечают название предмета, вид материала и его расцветку, наличие загрязнений и повреждений.

Затем производят общий осмотр трупа, отмечая его пол, возраст, длину тела, упитанность, телосложение, общий цвет кожных покровов. После этого констатируют наличие и степень выраженности достоверных признаков смерти: трупное окоченение, трупные пятна, гниение. Осмотр отдельных частей тела начинают с головы. Исследуют на голове волосистую часть, глаза (зрачки, соединительные оболочки, склеры), состояние лицевого скелета, полость рта (положение языка и состояние зубов), отмечают наличие постороннего содержимого в полости рта, носовых ходов, наружных слуховых проходов.

Затем с целью исключения повреждений или болезненных изменений, исследуют следующие области: подмышечные впадины, грудь, живот, спину, промежность, наружные половые органы, предплечья, кисти. Отмечают целостность длинных костей, конечностей.

В дальнейшем излагается только техническая сторона вскрытия.

Внутреннее исследование

С помощью реберного ножа производят дугообразный разрез мягких тканей головы от одного сосцевидного отростка к другому через теменные бугры. Передний лоскут мягких тканей отделяется до уровня надбровных дуг, задний – до I шейного позвонка.

Производят распил с помощью пилы до линии, мысленно проходящей через лобные бугры, чешую височной кости и большой затылочный бугор. Распил производят осторожно, без повреждения твердой мозговой оболочки. Затем крышку черепа отделяют от края распила. Осматривают твердую мозговую оболочку с целью изменения содержания крови, в продольной пазухе, её вскрывают скальпелем, средним продольным разрезом. Отсекается серповидный отросток продольной пазух у места её прикрепления к петушину гребню, твердая мозговая оболочка рассекается ножницами по краю распила, стягивается с полушарий назад и вниз.

Осматривают мягкую мозговую оболочку. Для извлечения мозга левой рукой осторожно приподнимают лобные доли и ножом пересекают зрительные и другие нервы. Таким образом, достигают мозжечка, перерезают его намет, затем, как можно ниже, спинной мозг, черепно-мозговые нервы и головной мозг извлекается полностью. Движением снизу вверх убирается твердая мозговая оболочка, покрывающая основание черепа. В противном случае легко пропустить переломы костей основания черепа. Извлеченный мозг взвешивают и кладут основанием вверх, мозжечком к себе. Исследуют на разрезе позвоночные, основную заднюю, среднюю и переднюю мозговые артерии» Затем мозг кладут основанием вниз и переходят к вскрытию.

ВСКРЫТИЕ ГОЛОВНОГО МОЗГА

Метод Вирхова – наиболее распространен в судебно-медицинской практике, состоит из следующих этапов:

- Вскрытие – а) сосудов основания мозга;
б) боковых, 3-го и 4-го желудочков;
в) полушарий;
г) подкорковых узлов;
д) мозжечка;
е) стволовой части головного и спинного мозга.

Прежде чем перейти к вскрытию груди и живота, в ряде случаев необходимо провести пробу при подозрении на пневмоторакс и воздушную эмболию.

ПРОБА НА ПНЕВМОТОРАКС

Срединный разрез кожных покровов начинают от рукоятки грудины, а не от подбородка. Отделяют мягкие ткани груди до средних подмышечных линий, а в образовавшееся отверстие наливают воду и через слой производят прокол в одном из межреберных промежутков. Выхождение пузырей воздуха является

положительным результатом.

ПРОБА НА ВОЗДУШНУЮ ЭМБОЛИЮ СЕРДЦА

Проба Сунцова – с этой целью слева вырезаются фрагменты ребер от 2-го по 5-е на участке окологрудной и среднеключичной линии. Вскрывают сердечную сорочку и берут её на держалки. В полость сердечной сумки наливают воду, чтобы сердце оказалось полностью погруженным в воду. Вскрывают под водой последовательно правый и левый желудочки. Выхождение пузырей газа свидетельствует о положительном результате.

ВСКРЫТИЕ ШЕИ, ГРУДИ, ЖИВОТА

Труп укладывают на спину, под плечи подкладывают валик. Реберным ножом производят разрез кожи через шею, грудь и живот. Наиболее часто производят срединный анатомический разрез от подбородка до лобка, пупок обходят слева. Исследование внутренних органов на кафедре судебной медицины Сибирского государственного медицинского университета производят по методу Шора.

Метод Шора – метод полной эвисцерации. Внутренние органы извлекаются единым органокомплексом и исследуются разрезами без отделения органов, что позволяет до конца исследования сохранить анатомо-топографические связи. При этом придерживаются следующего порядка вскрытия внутренних органов: 1) сердечно-сосудистая система; 2) мочеполовая система; 3) дыхательная система; 4) пищеварительная система - срединный анатомический разрез реберным ножом. На шее разрезают только кожу, на всем протяжении грудины до мечевидного отростка разрез должен проникать до кости. На животе разрезают только кожу и подкожно-жировую клетчатку. Вначале вскрывают брюшную полость, для чего под мечевидным отростком осторожно разрезают на всю глубину мышцы брюшной стенки.

В образовавшееся отверстие пропускают второй и третий пальцы левой руки. Брюшная стенка приподнимается и осторожным пилящим движением полностью вскрывается.

Осматривается брюшина: если есть содержимое в брюшной полости, измеряется её количество. Измеряется толщина подкожно-жирового слоя на уровне пупка, определяется высота стояния куполов диафрагмы.

Затем отделяются мягкие ткани грудной клетки до средних подмышечных линий. Ребра, как можно чище, отделяются от мягких тканей. На шее отделяется только кожа без подкожной клетчатки. Приступают к выделению грудной кости, для чего перерезают мышцы шеи, прикрепляющиеся к ключице, вычленивают грудино-ключичные сочленения, по хрящу перерезают ребра, выделяется грудная кость.

Измеряют (если есть) содержимое грудной клетки. Освобождает легкие от спаек (если есть).

Очень важным диагностическим признаком в судебной медицине является распределение крови в полостях сердца. Измерение содержания крови в полостях сердца производится до извлечения органокомплекса. Вначале производится Т-образный разрез сердечной сорочки. Измеряют содержимое

околосердечной сумки. Сердце берут левой рукой за верхушку и приподнимают вверх и несколько влево. После этот хорошо видны все сосуды, подходящие и выходящие из сердца. Ножницами делают разрез нижней полой вены прямо около сердца. Измеряется количество крови в правой половине сердца. Ножницами делается разрез одной из легочных вен прямо около сердца. Измеряется количество крови в левой половине сердца. После указанных выше подготовительных исследований, приступают к извлечению внутренних органов единым органомкомплексом. Перед этим целесообразно измерить содержание мочи в мочевом пузыре и взять 10 мл мочи для судебно-химического исследования.

Извлечение органов складывается из нескольких этапов.

1. Выделение органов шеи и груди - малый секционный нож под кожей шеи вводится под левый угол челюсти изнутри лезвием вверх. Пилящим движением нож проводится по внутренней стороне челюсти до противоположного угла её и дальше к позвоночнику. Этим разрезом открывается доступ к полости рта. Эксперт левой рукой достигает языка и оттягивает его на себя. Затем перерезается задняя стенка глотки и движениями ножа вниз по позвоночнику отделяется весь комплекс органов шеи вместе с миндалинами. Затем эксперт правой рукой берется за органы шеи и с силой оттягивает весь комплекс органов груди и шеи вниз, при этом комплекс отделяется до диафрагмы.

2. Выделение диафрагмы. Для этого последовательно отделяется грудинная, реберные и поясничная часть диафрагмы слева и справа.

3. Выделение органов брюшной полости: рукой заходят забрюшинно и тупым путем выделяют почки, мочеточники. Перерезаются сосудисто-нервные пучки в малом тазу слева и справа. Выделяется кишечник, перерезается прямая кишка, как можно ниже, и органомкомплекс грудной и брюшной полостей извлекается, мочевой пузырь, матка с придатками остаются на месте. Органомкомплекс располагается на препоравальном столике дорзальной поверхностью кверху, языком к себе.

4. Исследование сердечно-сосудистой системы складывается из вскрытия сердца, аорты, селезенки. Вскрытие сердца ведут по току крови: правое предсердие, правый желудочек; левое предсердие, левый желудочек. Для облегчения сердце отрезается, взвешивается, измеряется (три размера) и помещается на левой руке правым ребром вверх, основанием к себе. Малый секционный нож через общее венозное отверстие вводят в правое предсердие, затем в правый желудочек и производят разрез по правому ребру. Затем сердце поворачивают верхушкой к себе, и нож пропускают под левый парус трехстворки в легочную артерию. В результате оказывается полностью вскрытой правая половина сердца.

Аналогично вскрывается левая половина сердца. Сердце располагается левым ребром вверх, основанием к себе. Через одну из легочных вен ножом проходят через левое предсердие в левый желудочек и производят разрез по левому ребру. Затем сердце поворачивают верхушкой к себе. Нож пропускают под правую створку двухстворчатого клапана в аорту и производят разрез. В результате оказывается вскрытой левая половина сердца. На плоскостных

разрезах исследуется мышца сердца. Сосуды сердца вскрываются ножницами на протяжении.

При исследовании сердца изучают состояние клапанов, измеряют толщину миокарда желудочков (в норме справа – 0,3-0,4 см, слева – 1,2-1,3 см). Отмечают наличие бляшек на внутренней поверхности сосудов сердца и выраженность склероза в сердечной мышце. Мышца сердца в норме – равномерной окраски, красно-коричневого цвета.

Аорта исследуется путем разреза ножницами на всем протяжении. Отмечается ширина аорты, расхождение краев на разрезе, наличие атеросклеротических бляшек.

Селезенка отрезается, измеряется (длина, поперечник, толщина и вес). Производится один разрез по выпуклой поверхности по длине органа. При исследовании селезенки отмечается состояние капсулы, консистенция, цвет паренхимы на разрезе (в норме – темно-вишневого цвета), наличие соскоб вещества (в норме – без соскоб).

ИССЛЕДОВАНИЕ МОЧЕПОЛОВОЙ СИСТЕМЫ

Следует отметить следующую последовательность вскрытия; надпочечники, почки, мочеточники, мочевого пузыря, матка, придатки.

Надпочечники вскрываются одним поперечным разрезом. Отмечается форма (обычно листовидная), цвет на разрезе (корковое вещество желтое, мозговое – бурое);

Вскрытие почек состоит из следующих этапов:

-тупым путем освобождение от жировой капсулы;

-измерение (три размера);

-по свободному выпуклому краю, строго по середине, производится разрез почки (в таком случае вскрытыми оказываются лоханки почек);

-снимается пинцетом собственная капсула почек;

-ножницами из лоханок переходят ко вскрытию мочеточников.

При вскрытии почек отмечается: как свободно отходит собственная капсула, какова поверхность почек (гладкая, бугристая). Соотношение коркового и мозгового слоев (в норме 1:3), цвет на разрезе, цвет слизистой лоханок, мочеточников, мочевого пузыря и количество мочи (практически мочевого пузыря вскрывается раньше).

Матку с придатками отсекают вместе с влагалищной частью. Измеряет три размера, величину наружного зева. Вскрывают по длине. Отмечают наличие содержимого, цвет слизистой; придатки вскрывают по большому размеру.

ВСКРЫТИЕ ДЫХАТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ

Исследование начинают с органов шеи. Осматривают язык, миндалины на разрезе, щитовидную железу на разрезе, вход в гортань и пищевод. Определяют целостность подъязычной кости на разрезе и хрящей гортани на ощупь. После этого исследуется дыхательное горло, для чего производится разрез трахеи и бронхов до мельчайших разветвлений. Отмечают цвет слизистой. Легкие вначале исследуют на ощупь, а затем производят разрез через все доли.

Осматривают цвет ткани на разрезе и для выявления степени кровенаполнения, а также отека, сдавливают ткань.

В норме миндалины атрофичны, на разрезе серого цвета; щитовидная железа с голубиное яйцо, на разрезе красного цвета. Слизистая дыхательного горла розовая. Легкие на ощупь пушистые, на разрезе красного цвета. С поверхности при надавливании стекает небольшое количество темного цвета крови.

В прикорневой зоне исследуют на разрезах лимфатические узлы.

ВСКРЫТИЕ ПИЩЕВАРИТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ

Последовательность следующая: органокомплекс поворачивают кверху, кишечником к себе. Исследуют поджелудочную железу, желудок, двенадцатиперстную кишку, желчный пузырь, печень, кишечник.

Пищевод ножницами рассекают по длине. Слизистая его обычно с выраженной продольной складчатостью, серого цвета.

Поджелудочная железа: перерезают связку гастроколика и желудок откладывают вверх, под ним поджелудочная железа. Её осматривают, затем производят разрез по длине. В норме она плотная, на разрезе имеет дольчатый рисунок розового цвета.

Желудок – разрез ножницами по передней стенке. Измеряют количество содержимого, его характер. Осматривают слизистую, отмечают цвет, выраженность складок. Из желудка разрез переходит на двенадцатиперстную кишку; проверяют проходимость желчных путей, надавливая на желчный пузырь. Затем вскрывают желчный пузырь, отмечают цвет и количество содержимого, цвет слизистой. В норме желчь золотистого цвета, слизистая бархатистая.

Печень измеряют на месте (четыре размера), отмечают состояние поверхности (в норме гладкая) делают один разрез по диафрагмальной поверхности и через обе доли; на разрезе в норме она коричневого цвета.

Кишечник для удобства можно вскрывать, начиная от илеоцикального узла. Толстый кишечник вскрывают по тени; тонкий – по границе прикрепления к нему брыжейки. Осматривают содержимое и цвет слизистой, в заключение проверяют целостность ребер, костей таза, позвоночника, грудной клетки.

Забор материала для дополнительных методов исследования

1. Судебно-химическое исследование

а) Для определения алкоголя производят забор крови (из пазух твердой мозговой оболочки) и мочи в пенициллиновый флакон при помощи пипетки.

б) При отравлении неизвестным ядом: 300 г головного мозга, сердце с 200 мл крови; доля легкого, почка с мочой, желудок с содержимым; **по 1 м тонкого и толстого кишечника.**

2. Бактериологическое исследование

При подозрении на особо опасные инфекции весь материал берется только в

стерильную посуду.

При холере – тонкий кишечник (перевязывается в трех местах через 10см двойной лишаурой); невскрытый желчный пузырь.

При оспе – кожа с подкожной клетчаткой на участке поражения размером 1м², сердце с кровью, отделяемое слизистой носоглотки.

При чуме – в одну банку лимфоузлы, селезенку, печень, кровь из сердца и крупных вен, костный мозг из бедра (по 300 г каждого органа). Во вторую банку – кишечник. В третью – легкое.

При подозрении прочих инфекций кусочки органов вырезаются из глубины стерильным скальпелем, предварительно поверхность снаружи прижигается.

При подозрении на пищевые отравления лучше всего для забора материала вызвать сотрудников санбаклаборатории. При невозможности вызова, забор материала производят только в стерильную посуду стерильными инструментами. Берут по 10 см тонкого и толстого кишечника (предварительно перевязать), кровь, печень с желчным пузырем, желудок с содержимым.

3. Гистологическое исследование

а) При насильственной смерти вырезаются кусочки 1х2см.

б) При скоропостижной – из центра правой доли печени (вместе с капсулой); из центра средней трети селезенки; из средней трети почки; из нижних долей легких; из сердца при отсутствии видимого инфаркта; из задней, передней стенки и межжелудочковой перегородки.

в) Взятие материала при смерти детей грудного возраста:

- при подозрении на ОРЗ – часть гортани (от нижнего края щитовидного хряща до нижнего края перстневидного хряща); область бифуркации; задняя стенка глотки, миндалины с дужками; легкие из различных отделов; сердце, печень, селезенка, головной мозг; мазки-отпечатки с поверхности разреза легких, из области бифуркации бронхов, гортани, трахеи для бактериологического и вирусологического анализа;

-при насильственной смерти гистологическое исследование применяют для определения характера повреждения, давности и прижизненности происхождения.

-

4. Биологическое исследование

Берут мазок из влагалища (на марлевый тампон) и наносят содержимое мазка на два предметных стекла. Для биологического исследования направляют тампон и предметные стекла. При насильственной смерти (если смерть сопровождалась наружным кровотечением) берут кровь на марлевый тампон (из любого места), а также по требованию органов следствия волосы с головы (лобная, затылочная и теменные области). По требованию органов следствия берут мазки из прямой кишки и полости рта.

5. Физико-техническое исследование

Изымаются участки кожи с повреждениями, кости скелета при переломах,

одежда с повреждениями.

6. Ботаническое исследование

Содержимое желудка, если в нем обнаружены остатки растений.

Судебно-медицинский диагноз

Общепринятой является трехчленная структура судебно-медицинского диагноза.

1. Основное заболевание (повреждение).
2. Осложнение основного заболевания (повреждения)
3. Сопутствующие заболевания (повреждения, состояния).

Основное заболевание – такое заболевание или повреждение, которое: а) само по себе явилось причиной смерти (пример № 1, 6); б) создало предрасположение для возникновения другого заболевания или повреждения приведшего к смерти (вывих шейного позвонка – нарушение функции спинного мозга – истощение – сепсис); в) вызвало другой патологический процесс (осложнение), повлекший за собой смерть (перелом костей черепа – гнойный менингит).

Если повреждения возникли одновременно от воздействия одного фактора (падение с высоты) или на различных этапах одного и того же вида травмы (автотравма), все имеющиеся повреждения вносятся в пункт основного заболевания (пример № 9, 11).

При обозначении основного повреждения в случаях смерти от различных видов травм в диагнозе необходимо указать: 1) вид травмы; 2) характер повреждения; 3) анатомическую локализацию (пример № 11, 16).

При смерти от болезни, основным заболеванием следует считать определенную нозологическую единицу, которая сама по себе или через осложнения явилась причиной смерти (пример № 28).

Рубрика основного заболевания может включать в себя несколько нозологических единиц. В этих случаях формулировка диагноза должна начинаться с термина: «Комбинированное основное заболевание» (КОЗ).

КОЗ включает в себя несколько разновидностей: конкурирующие заболевания; сочетанные заболевания; фоновые заболевания.

Под *конкурирующими заболеваниями* понимают заболевания или повреждения, каждое из которых может повлечь смерть (ЧМТ + колото-резаная рана сердца).

Сочетанные заболевания – когда каждое в отдельности не является смертельным, однако в совокупности вызывает смерть (перелом ребер + фиброзно-кавернозная форма туберкулеза).

Фоновое заболевание только патогенетически связано с основным заболеванием, усугубляя течение основного заболевания. В частности в эту рубрику должны быть отнесены гипертоническая болезнь и атеросклероз соответствующих артериальных бассейнов при инфаркте миокарда или цереброваскулярных болезнях, сахарный диабет, при туберкулезе и гнойных провесах (пример № 45).

Осложнения основного заболевания могут быть основными и

добавочными. *Основное осложнение* – это то, которое непосредственно привело к смерти. *Добавочное осложнение* – все остальные осложнения, не возникшие с основным повреждением или осложнением, но играющие второстепенную роль в смертельном исходе (ЧМТ повлекла развитие пневмонии, отчего и наступила смерть – основное осложнение, пролежни будут добавочным осложнением).

Сопутствующие заболевания (повреждения) – это такие нозологические формы или состояния, которые этиологически и патогенетически не связаны с основным заболеванием (повреждением) или осложнением.

При летальных исходах, связанных с врачебными вмешательствами, могут возникнуть следующие ситуации:

1. Если смертельное осложнение наступило после правильного медицинского вмешательства, то оно трактуется как смертельное осложнение основного заболевания (пример № 47).

2. Неправильно проведенное медицинское вмешательство трактуется как основное заболевание и непосредственная причина смерти (пример № 49).

3. При наркозе, если смерть обусловлена техническими погрешностями, они выставляются как основное заболевание (пример № 55).

Если смерть связана с индивидуальной непереносимостью, то это является осложнением, а основным – заболевание (травма), по поводу чего назначался наркоз в виду предстоящего оперативного вмешательства.

4. При смертельных исходах, связанных с гемотрансфузионными осложнениями, основным является гемотрансфузия (пример № 56).

5. Оперативное вмешательство, проведенное по показаниям, технически правильно, по поводу основного заболевания (повреждения), занимают место в первом пункте диагноза после нозологической единицы.

6. Если оперативное вмешательство выполняется по поводу осложнения или сопутствующего заболевания (повреждения), то оно занимает место при написании диагноза в осложнениях или сопутствующих заболеваниях (повреждениях) после написания осложнения или сопутствующего заболевания (пример № 22).

7. Если рана подвергалась хирургической обработке, эксперт вправе, руководствуясь данными медицинской документации, решить вопрос о виде травмы (входное огнестрельное ранение, ножевое ранение), а не ограничиваться фразой «состояние после операции».

8. В диагнозе можно применять понятия «шок», «уремия», «сепсис», если это подтверждается, как клиникой, так и морфологическими данными.

9. Определения «сердечно-сосудистая недостаточность», «кома», «аутоинтоксикация», как причина смерти, указывается только в заключении, при этом необходимо обоснование.

10. При постановке диагноза синдром внезапной смерти (СВС) следует ограничиваться только теми случаями, при которых полностью исключены любые формы злокачественно текущих инфекций, интоксикаций, в т.ч., когда клинко-патологоанатомические признаки какого-либо заболевания (чаще ОРВИ) незначительны и явно недостаточны для объяснения причины смерти.

В данном случае ОРВИ может рассматриваться как фоновое заболевание

(пример № 57, 62).

В МКБ-9 исключена как самостоятельная нозологическая форма гипертоническая болезнь, но введена группа заболеваний, объединенных родовым понятием – цереброваскулярные болезни (пример № 46). В случаях смерти непосредственно от гипертонической болезни и её осложнений в отсутствии клинических и морфологических проявлений ишемической болезни сердца или цереброваскулярной болезни, гипертоническая болезнь должна быть выставлена в качестве основного заболевания (пример № 30).

Построение судебно-медицинского диагноза при психических заболеваниях в большинстве случаев должно ориентироваться на данные клиники. Основным заболеванием следует считать то заболевание, которое обусловило смертельный исход, а психическое заболевание трактуется как сопутствующее.

Требования к написанию выводов (заключения)

Выводы (заключение) должны быть:

1. Научно-обоснованными.
2. Объективными, т.е. должны вытекать из фактических данных, полученных при исследовании.
3. Мотивированными, т.е. подтвержденными данными произведенного исследования.
4. Полными. В соответствии со ст. 191 УПК требуется не только ответить на вопросы постановления следователя, но и осветить другие обстоятельства, имеющие значение для дела, по поводу которых не были поставлены вопросы.
5. По возможности, конкретными.
6. Общепонятными по форме изложения.
7. По содержанию быть в пределах компетенции эксперта. Как правило, эксперт должен дать ответ на следующие вопросы: а) причина смерти и давность её возникновения; б) при механической травме решить вопрос о виде её, давности и механизме возникновения, прижизненности, дать характеристику использованного орудия (по данным физико-технического исследования); в) исходя из характера и расположения повреждений, решить вопрос о взаиморасположении потерпевшего и нападающего, положение орудия относительно тела потерпевшего; г) производится судебно-медицинская оценка всех других повреждений, заболеваний и их отношения к причине смерти, в том числе и наличие алкогольного опьянения.

Примеры построения судебно-медицинского диагноза

№ 1. Механическая асфиксия от сдавления шеи петлей при повешении

1. Механическая асфиксия от сдавления шеи петлей при повешении: одиночная, незамкнутая, неравномерно-вдавленная, косо-восходящая странгуляционная борозда в верхней трети шеи; острая эмфизема легких; точечные кровоизлияния в конъюнктивы век, точечные кровоизлияния под висцеральную плевру и эпикард (пятна Тардье), полнокровие внутренних органов, жидкое состояние крови.

2. -

3. Атеросклероз (степень, стадия) аорты, коронарных сосудов. Алкогольное опьянение (акт суд. хим. исслед. № ____, дата ____, в крови __%, в моче __%).

№ 6. Действие низкой температуры

1. Общее переохлаждение организма: темно-коричневые кровоизлияния в слизистую желудка (пятна Вишневого); отек слизистой желудка и наличие на его поверхности стекловидной слизи; светло-красные точечные кровоизлияния в слизистой лоханок (признак Фабрикантова); отсутствие гликогена в ткани печени (акт суд. гистолог. исслед. № ____, дата ____); полнокровие внутренних органов, жидкое состояние крови.

2. -

3. Алкогольное опьянение (акт суд. хим. исслед. № ____, дата __%).

№ 9. Падение с высоты

1. Падение с высоты. Тупая сочетанная травма головы, шейного отдела позвоночника, груди, живота и левой верхней конечности. Открытая черепно-мозговая травма: фрагментарно-оскольчатый перелом лобной и теменной костей справа, размозжение вещества головного мозга в лобно-теменной долях справа с разрывом мягкой мозговой оболочки и кровоизлиянием под оболочку; кровоизлияния в мягкие ткани лобно-теменной области волосистой части головы справа и ушибленная рана этой области. Закрытая травма шейного отдела позвоночника: компрессионный перелом 5-6 шейных позвонков с кровоизлиянием под оболочки спинного мозга. Закрытая травма груди: кровоизлияния в корни обоих легких. Закрытая травма живота: кровоизлияния в брыжейку тонкой кишки. Закрытый оскольчатый перелом правой локтевой кости в средней трети; кровоизлияния в окружающие повреждения мягкие ткани; ссадины (5) на тыле правой кисти.

2. -

3. Алкогольное опьянение (акт суд. хим. исслед. № ____, дата __%).

№ 11. Автотравма

1. Автотравма. Тупая сочетанная травма головы, груди, живота, правой нижней конечности. Закрытая черепно-мозговая травма: перелом правой теменной кости с переходом на основание черепа с кровоизлиянием под мягкую мозговую оболочку теменной и височной долей правого полушария головного мозга, кровоизлияние в мягкие ткани волосистой части головы в теменной области справа и ушибленная рана этой же области. Закрытая травма груди: разгибательные переломы 4-10 ребер справа по лопаточной линии, сгибательные переломы 5-9 ребер справа по средней подмышечной линии с кровоизлиянием в окружающие мягкие ткани, под пристеночную плевру, кровоизлияниями в ткань обоих легких. Закрытая травма живота: разрыв правой почки с кровоизлиянием в забрюшинную клетчатку, множественные разрывы правой доли печени, гемоперитонеум (1200 мл). Закрытый фрагментарно-оскольчатый перелом обеих костей правой голени в средней трети с кровоизлиянием в окружающие ткани: множественные ссадины на передней поверхности правой (6), левой (8) голеней.

2. Обильная кровопотеря: малокровие внутренних органов, слабо выраженные трупные пятна.

3. Атеросклероз (степень, стадия) аорты.

№ 13. Колото-резаные повреждения

1. Множественные колото-резаные раны на передней поверхности грудной клетки и передней брюшной стенке, проникающие в грудную (6) и брюшную (4) полости с повреждением правого предсердия, верхней доли правого легкого, печени и желудка; гемоторакс: правосторонний (300 мл), левосторонний (1500 мл); гемоперитонеум (600 мл). Непроникающая колото-резаная рана левой половины грудной клетки сзади.

2. Обильная кровопотеря: малокровие внутренних органов, островчатые слабо выраженные трупные пятна.

3. Кровоподтеки (3) на лице.

№ 16. Огнестрельное повреждение

1. Огнестрельное дробовое слепое проникающее ранение грудной клетки слева с повреждением и левого легкого и сердца: входное отверстие на передней поверхности слева в области соска без признаков близкого выстрела; наличие дробинок по ходу раневых каналов; левосторонний гемоторакс (1600 мл), гемоперикардиум (150 мл).

2. Обильная кровопотеря: малокровие внутренних органов, островчатые слабо выраженные трупные пятна.

3. Кровоподтеки на левом плече (5) и левом бедре (3).

№ 22. Смерть роженицы

1. Эклампсия при беременности 38 недель; жировая дистрофия печени с очагами некроза.

2. Слабость родовой деятельности и частичная отслойка плаценты (по клиническим данным). Операция – кесарево сечение (№ ____, дата ____). Послеродовой метротромбофлебит; умеренная гиперплазия селезенки; паренхиматозная дистрофия миокарда, почек; серозная пневмония.

3. -

№ 28. Заболевание – рак (аденокарцинома)

1. Изъязвленный рак малой кривизны тела желудка с множественными метастазами в чревные лимфоузлы, печень, легкие, левый надпочечник (гистологически – аденокарцинома, акт. суд. гист. иссл. № ____, дата ____).

2. Аррозия сосудов опухоли желудка. Обильная кровопотеря (1000 мл крови в желудке). Малокровие внутренних органов.

3. -

№30. Заболевание – гипертоническая болезнь

1. Гипертоническая болезнь с преимущественными поражениями почек: артериолосклеротический нефросклероз, гипертрофия миокарда (2,0 см) левого желудочка, масса сердца 500,0 г.

2. –

3.–

№ 31. Заболевание – острая ишемическая болезнь сердца

1. Острая ишемическая болезнь сердца: острая ишемия миокарда, очаги неравномерного кровенаполнения миокарда в межжелудочковой перегородке, кровоизлияние под эндокард, равномерно стенозирующий атеросклероз коронарных артерий. Кровоизлияние в бляшку межжелудочковой ветви левой венечной артерии. Полнокровие легких, печень, почек.

2. -

4.–

5.

№ 32. Заболевание – острый инфаркт миокарда

1. Острый инфаркт миокарда задней стенки левого желудочка сердца (стация ишемии: миоцитоллизис, глыбчатый распад, явления метахромазии при окраске по Ли, фрагментация). Стенозирующий атеро-склеротический коронаросклероз с сужением просвета более чем на 50%.

2. Кардиогенный шок (по клиническим данным), острый очаговый панкреонекроз, отек легких и головного мозга, полнокровие внутренних органов.

3. -

№ 36. Заболевание – постинфарктный кардиосклероз

1. Постинфарктный кардиосклероз. Крупноочаговый кардиосклероз задней стенки левого желудочка. Неравномерно стенозирующий атеросклеротический коронаросклероз (сужение просвета более чем на 75%).

2. Застойное венозное полнокровие внутренних органов, мускатная печень, цианотическая индурация почек. Двусторонний гидроторакс (400 и 600 мл), асцит (450мл).

3.-

№ 37. Заболевание - хроническая ишемическая болезнь сердца

1. Хроническая ишемическая болезнь сердца: диффузный мелкоочаговый кардиосклероз. Стенозирующий атерооклеротический коронаросклероз (сужение просвета более чем на 50%), гипертрофия левого желудочка (1,5 см), масса сердца 420 гр.

2. Застойное венозное полнокровие внутренних органов. Отек легких и головного мозга. Двусторонний гидроторакс (450 и 400 мл). Гидроперикард (100 мл), асцит (1000 мл).

3. -

№ 45. Комбинированное основное заболевание

1. КОЗ. ЦВБ. Внутримозговое кровоизлияние. Медиальная гематома в области хвостового ядра правого полушария головного мозга с прорывом в желудочки.

Фоновое. Гипертоническая болезнь: эксцентрическая гипертрофия миокарда (масса сердца 550 г, толщина стенки левого желудочка 1,8 см), атерооклеротический нефросклероз.

2. -

3.-

№ 47. Осложнение лечения

(у больного пузырьчаткой при лечении кортикостероидами возникла перфоративная язва желудка)

1. Пузырчатка, леченная кортикостероидами в терапевтических дозах.

2. Острая стероидная перфоративная язва желудка. Разлитой фибринозно-гнойный перитонит.

3. -

№ 49. Медицинская манипуляция

(у больного с термическими ожогами сделана катетеризация подключичной вены, приведшая к перфорации сердца)

1. Перфорация стенки правого желудочка сердца внутрисосудистым концом катетера при пункции и катетеризации правой подключичной вены (№ ____, дата ____).

2. Тампонада полости сердечной сорочки инфузионной жидкостью: наличие в полости сердечной сорочки 400 мл жидкости, содержащей глюкозу (акт суд. хим. иссл. № ____, дата ____).

3. Термические ожоги I-II ст. нижних конечностей площадью около 20% поверхности тела.

№ 55. Смерть при даче наркоза

1. Наркозная смерть. Отравление в результате передозировки зфирно-закисло-азотной смеси при наркозе в ходе аппендэктомии (№ ____, дата ____): полнокровие внутренних органов, жидкое состояние крови, точечные кровоизлияния под висцеральной плеврой и эпикардом (пятна Тардье).

2. -

3. Флегмонозный аппендицит.

№ 56. Смерть при гемотрансфузии

1. Посторансфузинный шок при переливании иногруппной крови: гемолиз крови, полнокровие внутренних органов, отек головного мозга, точечные кровоизлияния под висцеральной плеврой и эпикардом (пятна Тардье).

2. -

3. Резаные раны шеи с повреждением яремной вены.

№ 57. Синдром внезапной смерти грудного ребенка

1. Синдром внезапной смерти грудного ребенка: отсутствие клинических данных и морфологических проявлений каких-либо заболеваний, отравлений, травм; точечные кровоизлияния под легочной плеврой и эпикардом (пятна Тардье), полнокровие внутренних органов, жидкое состояние крови.

2. -

3. -

№ 62. Острое респираторное заболевание

1. Острое респираторное заболевание: катарально-десквамативный трахеобронхит; точечные кровоизлияния под легочной плеврой и эпикардом (пятна Тардье). Жидкое состояние крови, полнокровие внутренних органов.

2. Двухсторонняя мелкоочаговая серозно-десквамативная пневмония. Отек головного мозга. Белковая дистрофия печени и почек.

3. -

Схема написания акта судебно-медицинской экспертизы (исследования) трупа

АКТ № _____
судебно-медицинского исследования (экспертизы) трупа
«___» _____ 20__ г.

В «___» часов при _____ погоде и _____ освещении по направлению (постановлению) следователя прокуратуры от «___» _____ 20__ г. № ___ в помещении _____ судебно-медицинский эксперт _____ произвел судебно-медицинское исследование (экспертизу) трупа гр. _____ «___» лет.

При исследовании присутствовали _____.

Предварительные сведения об обстоятельствах смерти

Кратко излагаются основные данные из официальных документов: постановления о назначении экспертизы (или направления), из протокола осмотра места происшествия, истории болезни.

Наружное исследование

Осмотр одежды и обуви. На трупе следующая одежда: (производится описание одежды по мере снятия её с трупа, указывается название предмета, расцветка материала, указываются повреждения и загрязнения с точной локализацией и размерами).

Анатомо-конституционные данные. Труп мужчины (женщины) около ___ лет на вид, удовлетворительного питания (повышенного, пониженного), правильного телосложения. Длина тела ___ см.

Красные покровы. Общий цвет кожных покровов (мертвенно-бледный, смуглый, грязно-зеленоватый и т.д.), загрязнений и помарок на них найдено, (если найдены, то локализация и характер).

Трупные явления. Трупные пятна (на задней, передней) поверхности тела, (светло-фиолетового, фиолетового, темно-фиолетового, розового, ярко-красного) цвета, распространяются до (задних, средних, передних) подмышечных линий. При надавливании они бледнеют и восстанавливают первоначальную окраску через ___ мин. (не бледнеют). Трупное окоченение отсутствует или (слабо, хорошо) выражено в суставах (нижней челюсти, верхних и нижних конечностей), признаки гниения отсутствуют (выражены в виде грязно-зеленоватого окрашивания кожи в нижней части живота и т.д.).

Голова. На голове (чистые, запачканные кровью или грязью) волосы _____ цвета, (волнистые, прямые, кудрявые), длиной до ___ см. На волосистой части головы повреждений не найдено (если есть, то локализация, размеры, характер).

Глаза (открыты, закрыты), роговицы (помутнены), зрачки диаметром ____ см каждый. Соединительные оболочки век (бледные, с полнокровными сосудами, без кровоизлияний, с кровоизлияниями). Кости и хрящи лицевого черепа (целые, если есть переломы см. примечание). Полость рта, отверстия носа и наружные слуховые проходы (свободны, со свертками крови и т.д.). Зубы (целые, отсутствуют _____ зубы, лунки отсутствующих зубов заполнены свертками крови или лунки отсутствующих зубов заращены слизистой), под коронкой _____ зубы (из желтого, белого) металла. Язык в полости рта (прикушен между зубами).

Шея. На кожных покровах шеи повреждений нет (если есть, то характер, размеры, точная локализация).

Туловище. Татуировка (локализация, что изображено). Грудная клетка цилиндрической (конической, бочкообразной) формы. Молочные железы (бокаловидной, чашевидной) формы, на ощупь (упругие, вялые), соски выстоят, околососковые кружки (пигментированы, слабо пигментированы, не пигментированы), выделений из сосков (нет, есть). Живот (вздут, не вздут). Половые органы развиты правильно (если неправильно, то в чем), без повреждений и болезненных изменений (если есть, то характер их). Половые органы женщины описываются подробно: цвет слизистой преддверия влагалища и влагалища, выделения из половой щели, девственная плева (в виде отдельных сосочков, кольцевидной, полулунной формы). Задний проход закрыт или зияет, (чист в окружности, запачкан каловыми массами).

Конечности. Кожа на кистях рук и предплечьях (чистая, загрязнена, без повреждений; если с повреждениями, то какими: характер, локализация, размеры). Кости конечностей (целы, если есть переломы, см. примечание).

Других повреждений и изменений при наружном исследовании трупа не найдено.

Примечание: при переломах длинных трубчатых костей: расположение, локализация и количество фрагментов и осколков; вид перелома (поперечный, косой, косо-поперечный, винтообразный, вколоченный, отрывной); характеристика края перелома (зубчатый, ровный, вилообразный, отвесный, скошенный).

Отмечается вокруг перелома: есть ли кровоизлияние, его размеры.

При переломах ребер: локализация, количество, куда выступают отломки (с повреждением пристеночной плевры, выступают внутрь, без повреждения пристеночной плевры), дается описание состояния наружной и внутренней пластинки в месте перелома, наличие и размеры кровоизлияний в местах переломов.

При переломах плоских костей: локализация, размеры, вид (дырчатые, вдавленные, террасовидные, паутинообразные, кольцевидные). При паутинообразных переломах – количество и ход трещин.

В описание ссадины включаются: локализация, форма, размеры, цвет, особенности поверхности (дна), её уровень по отношению к окружающей коже, загрязнения, инородные частицы, сорванные лоскуки эпидермиса (по какому

краю), наличие корочки, её цвет, эпителизация под корочкой, состояние окружающей кожи.

При описании кровоподтека указываются его локализация, цвет, форма, размеры и загрязнения кожи в области кровоподтека, если они имеются.

При описании ран особое внимание обращают на характер краев и концов, так как именно они определяют правильную диагностику раны и установление орудия травмы. Отмечают ровные или неровные края, их отклонение наружу или внутрь, наличие осадненности, кровоподтечности, размозженности, отслойки от подлежащих тканей. Указывают характер концов ран (остроугольные, закругленные, П-образные, с дополнительными надрывами, надрезами и т.д.). Для огнестрельных ран важно отметить, имеются ли дефект ткани и следы близкого выстрела на коже вокруг раны.

Внутреннее исследование

Голова, центральная нервная система. Мягкие ткани головы (розовые, бледные, красновато-синюшные), без кровоизлияний, с кровоизлияниями (размеры, локализация, цвет). Кости свода и основания черепа целы (если обнаружены переломы, то см. примечание). Твердая мозговая оболочка (не напряжена, напряжена, гладкая, блестящая, мутноватая), в пазухах её (следы крови, небольшое количество крови, жидкой или свертков какого цвета). Мягкая мозговая оболочка (тонкая, утолщена, прозрачная, мутная, блестящая, тусклая, влажная), сосуды её (резко полнокровны, умеренно полнокровны). Вес мозга ... г. Внутренняя оболочка сосудов основания мозга (гладкая, с желтыми, беловато-желтыми бляшками), извилины мозга (выражены хорошо, сглажены), в желудочках мозга умеренное количество (светлой, прозрачной или кровянистой жидкости и т.д.). Вещество мозга (обычной консистенции, дряблое), на разрезах оно влажное, блестящее, без кровоизлияний и очагов размягчений; если есть, то локализация. На поверхности разрезов выступают (не выступают) многочисленные (единичные) капли крови; если выступают, то (не расплываются, расплываются, снимаются, не снимаются при поглаживании тупой стороной ножа). Граница серого и белого вещества мозга (отчетливая, не выражена). Рисунок строения мозжечка и продолговатого мозга на разрезах (отчетлив, стерт).

Общие сведения о полостях груди и живота. В мягких тканях шеи, груди и живота кровоподтеков нет (если есть, то локализация, размеры). Подкожно-жировой слой на уровне пупка, толщиной ___ см; высота стояния куполов диафрагмы: справа ___ ребро, слева ___ межреберье, ребро. Брюшина гладкая, влажная, блестящая (сухая, тусклая, с наложением фибрина). В брюшной полости следы (прозрачной, желтоватой жидкости, кровь или другое содержимое в количестве ___ мл). В плевральных полостях (кровь, жидкость, цвет, в каком количестве). Легкие не спаяны с пристеночной плеврой (если спаяны, то в каких отделах, рыхлыми или плотными спайками). Зобная железа (три размера, вес, цвет, на разрезе какого цвета).

Сердечно-сосудистая система. В сердечной сумке около ___ мл светло-

желтой прозрачной жидкости (крови). Сердце размером ___ см, сокращено, дряблое, с (конусообразной, закругленной верхушкой), по ходу сосудов оно (умеренно, значительно) обложено жиром. В полостях сердца содержится (алая, темно-красная и т.д.) жидкая кровь со свертками (какими), без свертков (в каком количестве: в правой половине ___ мл, в левой половине ___ мл. На передней (задней) поверхности имеются (или нет) темно-красные мелко-точечные кровоизлияния (количество). Вес сердца ___ г. Клапаны сердца (обычной конфигурации, нежные, эластичные, сморщенные, плотные, белесоватой окраски). Просвет венечных сосудов (обычный, сужен), внутренняя оболочка их гладкая, блестящая. На внутренней оболочке (желтые, бело-желтые, хрустящие на разрезе, плотные) бляшки, размером ___ см, выступающие в просвет сосуда и занимающие (одну, две трети) просвета, мышца сердца плотная (дряблая) на ощупь, на разрезе (розового, красного цвета, блестящая, глинистая, тусклая, с белесоватыми прослойками, участками белесоватого цвета; размеры, локализация). Толщина её в левом желудочке ___ см, в правом – ___ см. Аорта шириной ___ см, расхождение краев на разрезе ___ см. Внутренняя поверхность аорты гладкая, блестящая, бледно-желтого (красноватого цвета) с единичными или множественными (желтыми, бело-желтыми, каменистой плотности бляшками, размером от ___ см, до ___ см, или на поверхности бляшек кашицеобразные массы). Селезенка размером ___ см, весом ___ г, капсула её (морщинистая, гладкая), на разрезе ткань селезенки (темно-вишневого цвета), светло-вишневого, плотная (дряблая), без соскоба вещества (с незначительным умеренным, обильным соскобом вещества или крови).

Органы шеи. Подъязычная кость и хрящи гортани на ощупь целы, без кровоизлияний в мягкие ткани (если сломаны, то локализация перелома, локализация и размеры кровоизлияний). Язык чистый (запачкан чем), сосочки его выражены (хорошо, плохо). Вход в гортань и пищевод свободен (если нет, то что содержится). Миндалины (не увеличены, увеличены) в размерах, на разрезе ___ цвета. Слизистая пищевода с выраженной или (сглаженной) продольной складчатостью, блестящая, тусклая, синюшного (бледно-синюшного) и т.д. цвета. Щитовидная железа на разрезе (розоватая, бледная, темно-розовая, темно-красная).

Дыхательная система. В просвете дыхательного горла и бронхов постороннего содержимого нет (небольшое количество слизи, значительное количество слизи и пищевые массы и т.д.). Слизистая оболочка дыхательных путей розовато-синюшного цвета. Легкие тестоватые (пушистые) на ощупь, поверхность их (розовато-серого, серого) цвета, без кровоизлияний (если есть, то характер, локализация, размеры). На разрезе ткань легких светло-вишневого цвета (бледно-розового, темно-красного), при надавливании с поверхности разреза стекает (большое, небольшое количество пенистой белого цвета жидкости), темной (алой) крови. Лимфатические узлы у деления дыхательного горла и у ворот легких (не увеличены, увеличены) в размерах, на разрезе (черного, темно-красного) цвета.

Мочеполовая система. Надпочечники листовидной или полулунной формы, корковое вещество желтого, мозговое – бурого цвета (в виде однородной буро-желтого цвета массы). Почки – правая размером ___ см, весом ___ г; левая

– ___ см, весом ___ г. Капсула почек снимается легко (с трудом), обнажая (гладкую, мелкозернистую, с единичными, многочисленными рубчиками) поверхность почек. Ткань почек на разрезе (темно-вишневого, светло-вишневого) цвета с (выраженным, стертым) рисунком строения. Кортикальный слой не истончен (истончен), граница коркового и мозгового слоев отчетливая (не отчетливая). В мочевом пузыре ___ мл (светлой, желтоватой, кровянистой, прозрачной, мутной мочи, или мочевого пузыря пуст). Слизистая лоханок, мочеточников и мочевого пузыря (бледно-синюшного, серого, серовато-синюшного) цвета, гладкая, блестящая (тусклая, без кровоизлияний, если есть, то локализация, характер и цвет).

Если труп женщины: Матка размером ___ см, форма наружного зева (округлый, щелевидный, ширина щели), содержимое полости матки, слизистая матки (цвет, гладкая, блестящая или нет). Яичники размерами ___ см, цвет, строение на разрезе, наличие желтого тела.

Желудочно-кишечный тракт. Поджелудочная железа (плотная, дряблая) на ощупь, на разрезе мелкодольчатая (бледно-розового, розового, темно-красного) цвета. В желудке ___ см³ (полужидкой, жидкой, кашицеобразной) пищевой массы (серого, бурого) цвета, с кусочками (огурцов, капусты, мяса и т.д.). Слизистая желудка и двенадцатиперстной кишки (бледно-синюшного, синюшно-розового) цвета, с (хорошо выраженной, сглаженной) складчатостью. Желчные пути проходимы (не проходимы). В желчном пузыре около ___ мл (темно-зеленой, золотисто-желтой, буровато-желтой) желчи, (жидкой, густой). Слизистая пузыря бархатистая. Ложе желчного пузыря (отечное или нет). Печень размерами ___ см, весом ___ г., капсула ее гладкая (морщинистая, бугристая). Ткань печени (плотная, дряблая) на ощупь, на разрезе (вишнево-коричневого, желтовато-коричневого, светло-коричневого) цвета. Из перерезанных сосудов печени и с поверхности её разрезов стекает (большое, умеренное, незначительное) количество темной жидкой крови. Брыжеечные узлы и фолликулярный аппарат кишечника (не увеличены, увеличены). Грудина, ребра, позвоночник и кости таза целы (если есть переломы, см. примечание).

При вскрытии внутренних органов и полостей трупа (постороннего запаха не ощущается, ощущается запах алкоголя, ароматного вещества). Других изменений и повреждений при внутреннем исследовании трупа не найдено.

Для гистологического исследования взяты кусочки из (перечислить все объекты).

Для судебно-химического исследования взяты (перечислить все объекты).

Для биологического, физико-технического исследования взяты (перечислить все объекты).

Лабораторные методы исследования

1. Судебно-химическое исследование.
2. Судебно-гистологическое исследование.
3. Судебно-биологическое исследование.
4. Медико-биологическое исследование.

5. Ботаническое исследование.
6. Бактериологическое исследование.

Судебно-медицинский диагноз:

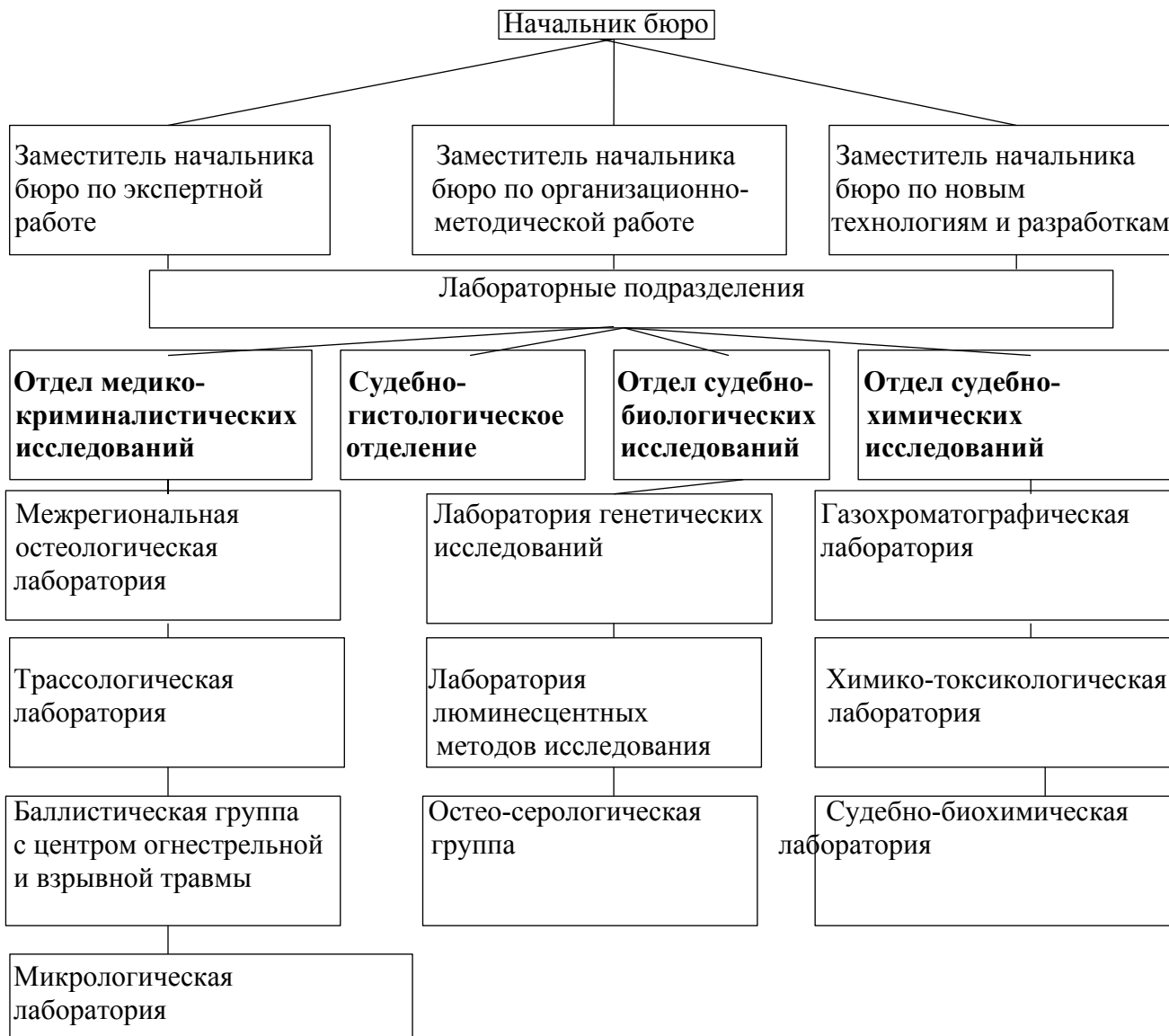
- а) основное заболевание (повреждение);
- б) осложнения;
- в) сопутствующие заболевания (повреждения).

Заключение (выводы).

Подпись эксперта.

Приложение 1

Судебно-медицинская экспертиза вещественных доказательств



Приложение 2

Соотношение экспертных задач и судебно-химических методов для их решения

Экспертные задачи	Методы судебно-химического анализа
1. Определение этилового спирта в крови, моче, мышце и вещественных доказательствах небиологического характера	Газо-хроматографический метод
2. Определение в моче живых лиц и трупов лекарственных и наркотических веществ	Хроматомасс-спектрометрия
3. Определение ядовитых и сильнодействующих веществ во внутренних органах	Метод тонкослойной хроматографии, УФ- и ИК-спектральные методы
4. Определение летучих, ядовитых и сильнодействующих веществ	Метод газовой хроматографии (детектор пламенно-ионизационный)
5. Определение металлов в крови, моче, волосах, вещественных доказательствах, диализате, минерализате и т. п.	Рентгено-флюоресцентный анализ
6. Определение наркотических веществ в волосах	Хроматомасс-спектрометрия

Приложение 3

**Соотношение экспертных задач и
биохимических методов для их решения**

Экспертные задачи	Методы судебно-химического анализа
Определение концентрации мочевины в моче	Диацетилмонооксидный метод с помощью наборов «Лахема»
Определение концентрации креатинина в крови	Метод Яффе депротенинизацией крови с помощью вольфромата натрия
Определение концентрации глюкозы в крови	Унифицированный ортотолуидиновый метод
Определение концентрации гликозилированного гемоглобина в крови	Колориметрический метод с помощью наборов «Лахема»
Определение активности холинэстеразы крови	Метод Хестрина
Определение концентрации гликогена в печени, мышце и миокарде	Осаждение гликогена этиловым спиртом с последующим кислотным гидролизом до глюкозы и количественной оценкой с использованием О-Толуидинового реактива
Определение концентрации ионов калия и натрия в миокарде	Пламенная фотометрия
Определение поверхностного антигена вируса гепатита В (HBsAg) и «е--антигена вируса гепатита В (HBeAd)	Твердофазный иммуноферментный метод
Определение общего белка в сыворотке крови	Биуретовая реакция
Определение активности АСТ-АЛТ в крови	Метод Райтмана-Френкеля
Определение тропонина Т в крови	Качественный иммунологический тест
Определение активности щелочной фосфатазы в крови	Диагностический набор фирмы «Лахема»

Приложение 4

Соотношение экспертных задач и гистологических методов для их решения

Экспертные задачи	Гистологические методы
Установление прижизненности и давности повреждений	<ul style="list-style-type: none"> - гематоксилин и эозин (обзорная окраска); - азур II-эозин (обзорная окраска, окраска элементов крови, костного мозга); - эритрозин (окраска эритроцитов); - метод Перлса (выявление железосодержащих пигментов); - метод ван-Гизона (выявление соединительной ткани); - Судан III и IV (выявление липидов); - метод Зербино (выявление и оценка давности выпадения фибрина); - метод Лепене (выявление гемоглобиновых пигментов); - выявление меди; - выявление свинца
Установление причины смерти, патологических и травматических изменений	<ul style="list-style-type: none"> - гематоксилин и эозин; - метод ван-Гизона; - азур II-эозин; - PAS-реакция по Шиффу (выявление гликозаминогликанов); - метод Самсонова (оценка состояния вилочковой железы); - конго-рот (выявление амилоида); - альциановый синий (выявление слизи); - фукселин по методу Харта (оценка эластического каркаса артерий); - метод Хейла (выявление патологии соединительной ткани); - метод Браше (выявление нуклеиновых кислот); - метод Ли (выявление очагов повреждений кардиомиоцитов); - метод Леффлера (выявление бактерий); - метод Павловского (выявление вирусных включений); - бактериоскопия; - поляризационная бактериоскопия

Выявление жировой, костномозговой, костной эмболии	- смесью Суданом III и IV
Определение давности патологического процесса	- гематоксилин и эозин; - метод Перлса;
	- метод Ван-Гизона; - метод Зербино; - метод Хейла; - метод Браше
Выявление признаков острых патологических процессов, ставших причиной смерти	- гематоксилин и эозин; - метод Харта; - метод Ли; - поляризационная микроскопия
Дифференциальная диагностика различных видов асфиксий, действия крайних температур, электричества, различных заболеваний	- гематоксилин и эозин; - метод Ван-Гизона; - PAS-реакция по Шиффу; - метод Перлса; - поляризационная микроскопия; - выявление меди; - выявление свинца; - метод Ли; - метод ван-Гизона
Установление живорожденности и мертворожденности	- гематоксилин и эозин; - метод Ван-Гизона; - метод Харта с докраской - пикрофуксин; - по Самсонову
Выявление плацентарной недостаточности	- гематоксилин и эозин; - метод Ван-Гизона; - метод Зербино; - метод Павловского

СОДЕРЖАНИЕ

1. Судопроизводство, экспертиза, эксперты	4
2. Предмет, объекты и виды судебно-медицинской экспертизы...	7
3. Порядок проведения экспертизы	8
4. Документация судебно-медицинской экспертизы	9
5. Организация судебно-медицинской службы в РФ	11
6. Роль судебно-медицинской экспертизы в стадии предварительного расследования	12
7. Правила судебно-медицинского исследования трупов	22
8. Забор материала для дополнительных методов исследования ...	27
9. Судебно-медицинский диагноз	29
10. Требования к написанию выводов (заключения)	31
11. Примеры построения судебно-медицинского диагноза	32
12. Схема написания акта судебно-медицинской экспертизы (исследования) трупа	37
13. Приложения	43

Шамарин Юрий Андреевич – канд. мед. наук, доцент
Алябьев Федор Валерьевич - канд. мед. наук, доцент
Калянов Евгений Васильевич - начальник городского бюро
судебно-медицинской экспертизы г. Томска

Процессуальные и организационные основы судебно-медицинской экспертизы

Учебно-методическое пособие

Подготовлено к печати в Редакционно-издательском отделе СибГМУ
634050, Томск, пр. Ленина, 107
Редактор *Е.М. Харитонова*
Корректор *И.А. Зеленская*
Компьютерная верстка *А.Н. Побережный*

Подписано в печать 25.09.2004
Формат 60x84 $\frac{1}{16}$. Бумага офсетная.
Печать ризограф. Гарнитура «Times». Уч. из. лист.2,52
Тираж 100 экз. Заказ №
Отпечатано в лаборатории оперативной полиграфии СибГМУ
634050, Томск, ул. Московский тракт, 2