

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ  
УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ

**«СЕВЕРО-ОСЕТИНСКАЯ ГОСУДАРСТВЕННАЯ МЕДИЦИНСКАЯ  
АКАДЕМИЯ»**

МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

---

**КАФЕДРА ПАТОЛОГИЧЕСКОЙ АНАТОМИИ С СУДЕБНОЙ МЕДИЦИНОЙ**

*Л.В. ТЕТЦОЕВА*

## **МЕТОДИЧЕСКИЕ УКАЗАНИЯ**

**ДЛЯ ПРЕПОДАВАТЕЛЕЙ И СТУДЕНТОВ К ПРАКТИЧЕСКИМ ЗАНЯТИЯМ ПО  
ТЕМЕ:**

**« СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКАЯ ЭКСПЕРТИЗА ТРУПОВ. ИДЕНТИФИКАЦИЯ  
ТРУПОВ НЕУСТАНОВЛЕННЫХ ЛИЦ ПО СТОМАТОЛОГИЧЕСКОМУ  
СТАТУСУ»**

**ВЛАДИКАВКАЗ**

Методическое пособие «Судебно-медицинская экспертиза трупов. Идентификация трупов неустановленных лиц по стоматологическому статусу» составлено доцентом Тетцовой Л.В. с учетом действующего уголовно-процессуального и уголовного законодательства РФ, предполагающего возможность привлечения стоматолога, как и любого другого врача, к проведению экспертизы или исследования трупа в качестве сведущего лица, обладающего необходимыми познаниями для дачи заключения в пределах своей компетенции.

Целью составления пособия, отражающего опыт преподавания курса судебной медицины, является оптимизация учебного процесса, предоставление студентам возможности закрепления знаний, полученных при изучении учебника, в лекционном курсе и на практических занятиях. В нем изложен минимальный объем основных понятий и сведений, касающихся методик наружного и внутреннего исследования трупа, идентификации личности, составления диагноза и экспертных выводов при различных причинах смерти.

Содержащиеся в пособии материалы могут быть использованы преподавателями при проведении практических занятий со студентами, интернами и судебно-медицинскими экспертами в их практической работе.

**Рецензенты:** Доцент кафедры Стоматологии №3, к.м.н. Кабалоева Д.В.

Зав. кафедрой анатомии человека с топографической анатомией и оперативной хирургией, доцент О.Н.Тотоева

## **ТЕМА: СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ (ЭКСПЕРТИЗА) ТРУПОВ. ИДЕНТИФИКАЦИЯ ТРУПОВ НЕУСТАНОВЛЕННЫХ ЛИЦ ПО СТОМАТОЛОГИЧЕСКОМУ СТАТУСУ.**

### **Актуальность темы и мотивационная характеристика занятия**

В целях оказания профессиональной помощи органам расследования врач любой специальности должен уметь: а) произвести судебно-медицинское исследование трупа, выявлять, описывать и оценивать патологические изменения органов и тканей при различных заболеваниях, устанавливать причинную связь между ними и смертельным исходом, б) изъять при исследовании трупа биологические объекты, необходимые для специальных лабораторных исследований, в) составить «Заключение (акт) эксперта» по результатам судебно-медицинского исследования трупа.

В целях совершенствования профессиональной врачебной подготовки: а) владеть навыками секционного исследования; б) знать цели, задачи и особенности секционного исследования при проведении судебно-медицинской экспертизы трупа; в) уметь устанавливать танатогенез, основную и непосредственную причину смерти; г) владеть методикой клинко-морфологического анализа при травмах и заболеваниях, являющихся причиной скоропостижной смерти; д) уметь оформлять врачебное свидетельство о смерти.

Знание основ секционной техники и методических приемов исследования трупа, умение использовать их в практической деятельности являются неотъемлемой частью медицинского образования, включающей в себя приобретение навыков распознавания морфологических проявлений заболеваний, телесных повреждений, патологических процессов и состояний, а также установление и обоснование причины смерти, составление судебно-медицинского диагноза и экспертных выводов, оформление судебно-медицинской документации. Все это в совокупности способствует росту профессиональных знаний, повышает уровень медицинского мышления и позволяет оценить степень подготовки врача к самостоятельной работе.

Овладение методиками идентификационных исследований по особенностям строения челюстно-лицевых костей, зубного ряда и отдельных зубов, твердого неба и языка, а также установление пола и возраста по зубам – неотъемлемая часть подготовки врачей-стоматологов. Умение выявлять и оценивать идентифицирующие признаки, проводить сравнительный анализ и составлять научно-обоснованные выводы необходимо каждому врачу, поскольку потенциальная возможность привлечения его к выполнению процессуальных обязанностей эксперта ( в качестве сведущего лица) регламентирована действующим в нашей стране уголовным и гражданским законодательством.

Приобретение навыков экспертных исследований позволяет оценить степень подготовки будущего специалиста, свидетельствующую об уровне его профессиональных знаний и умений.

**Вид занятия:** практическое занятие с самостоятельной работой

**Место проведения занятия:** учебная комната, секционный зал Бюро СМЭ.

**Цель занятия:** Ознакомление с организацией и основными правилами судебно-медицинского исследования трупа, особенностями исследования трупа неустановленного лица.

**Целевые задачи:** Изучить особенности судебно-медицинского исследования трупа, научиться выявлять и диагностировать патологические изменения со стороны органов и тканей; оценить индивидуальные особенности строения челюстно-лицевых костей, зубного ряда, отдельных зубов, твердого неба и языка; проводить сравнительный экспертный анализ отождествляемых признаков, относящихся к стоматологическому статусу; определять пол и возраст по зубам; отработать методику составления диагноза и заключения (выводов), оформления судебно-медицинской документации.

**Студент должен знать:**

1. Нормативно-правовые положения, регламентирующие порядок назначения и производства судебно-медицинской экспертизы трупа, права и обязанности эксперта.
2. Правила судебно-медицинской экспертизы трупа
3. Методики исследования трупов, в частности мягких тканей лица, челюстно-лицевых костей и зубов.
4. Современные общие и частные методы идентификации личности (словесный портрет, дактилоскопия, фотосовмещение и др.)
5. Сравнительные методы идентификации личности по стоматологическому статусу, по особенностям строения зубного ряда и отдельных зубов, зубных протезов, следам и отпечаткам зубов.
6. Методики диагностики пола и возраста по зубам
7. Возможности идентификации личности по особенностям рисунка слизистой оболочки языка и рельефа твердого неба.
8. Основные принципы составления судебно-медицинского диагноза и экспертных выводов, оформления «Медицинского свидетельства о смерти»

**Студент должен уметь:**

1. Проводить наружный осмотр трупа, включая описание одежды, обуви и других предметов.
2. Составлять словесный портрет по общепринятой схеме.
3. Выявлять и описывать индивидуальные особенности строения челюстно-лицевых костей, зубного ряда и отдельных зубов, твердого неба и языка.
4. Выполнять секционные разрезы с доступом к полостям и органам, осуществлять извлечение органов и их разрезы, провести пробы на воздушную эмболию и пневмоторакс.
5. Использовать методические приемы, позволяющие исследовать мягкие ткани лица, челюстно-лицевые кости и зубы.
6. Изымать трупный материал и оформлять направление его на лабораторное исследование.
7. Анализировать признаки заболеваний и травматических повреждений по морфологическим изменениям органов, выявленным при исследовании трупа.
8. Давать оценку тождественности идентифицируемых и идентифицирующих признаков при проведении сравнительного экспертного исследования объектов, относящихся к стоматологическому статусу.
9. При исследовании отдельных зубов устанавливать их наименование (положение в зубном ряду), принадлежность к верхней и нижней челюсти, правой и левой стороне; определять пол и возраст по зубам.
10. Владеть правилами составления судебно-медицинского диагноза и экспертных выводов, а также заполнения «Медицинского свидетельства о смерти».

**Оснащение занятия:**

1. Перечень вопросов для тестового контроля исходного уровня знаний.
2. Схемы составления словесного портрета.
3. Таблицы сроков прорезывания молочных и постоянных зубов, степени стертости зубов верхней и нижней челюсти
4. Трупы лиц с признаками насильственной и ненасильственной смерти.
5. Наборы ситуационных задач, образцы «Заключения эксперта (Акта исследования трупов) или фрагменты из них для итогового контроля приобретенных на занятии знаний и умений.
6. Образцы бланков «Медицинского свидетельства о смерти»

### **Основные исходные знания:**

- Базовые знания нормальной и топографической анатомии, гистологии, нормальной и патологической физиологии, патологической анатомии, фармакологии, секционной техники.
- Процессуальные основы назначения и производства судебно-медицинской экспертизы в РФ.
- Права и обязанности судебно-медицинского эксперта.
- Основные научные данные общей и частной танатологии.
- Требования к оформлению документов при производстве экспертного исследования трупа.
- Принципы и правила построения судебно-медицинского диагноза.
- Основные принципы построения выводов (заключения)

### **Вопросы для самоподготовки студентов к занятию**

1. Что такое судебно-медицинское исследование трупа?
2. Поводы к судебно-медицинскому исследованию трупа.
3. Сходство и различие судебно-медицинского и патологоанатомического исследований трупов.
4. Порядок судебно-медицинского исследования трупа.
5. Основная, непосредственная и ближайшая причины смерти.
6. Документ для органов ЗАГСА, составляемый врачом после вскрытия.
7. Документ, составляемый врачом для органов следствия, по результатам исследования трупа, его содержание.
8. Техника вскрытия трупа.
9. Исследование мягких тканей лица, челюстно-лицевых костей и зубов.
10. Принципы идентификации личности.
11. Методы установления личности человека.
12. Особенности исследования стоматологического статуса при экспертизе неопознанного трупа, скелетированных трупов и костных останков
13. Сравнительные методы идентификации личности по стоматологическому статусу.
14. Идентификация личности по особенностям строения зубов и зубного ряда. Расширенная одонтограмма.
15. Установление пола, возраста и расы по зубам
16. Идентификация личности по зубным протезам.
17. Идентификация личности по следам и отпечаткам зубов.
18. Идентификация личности по особенностям рисунка слизистой оболочки языка, рельефа твердого неба, следам губ.

### ***Материалы для подготовки к занятию***

#### **Основная литература**

1. Судебная медицина: Учебник для студентов стоматологических факультетов медицинских вузов / Под ред. проф. Г.А. Пашиняна, проф. Г.М. Харина. - М. ГЭОТАР-МЕД, 2001. - 320 с.: ил. - (XXI век).

2. Судебная медицина: учебник/ Ю.И. Пиголкин, П.О. Ромодановский, Е.М. Кильдюшов, И.А. Дубровин, Д.В. Сундуков. - М.: ГЭОТАР-МЕДИА, 2012, - 496 с.

#### **Дополнительная литература**

1. Уголовно-процессуальный кодекс РФ, комментарии к нему.

2. Судебная медицина: учебник/ Ю.И.Пиголкин, Е.Х.Баринов, Д.В.Богомолов, И.Н.Богомолова.- М.:ГЭОТАР-МЕД,2002.-360с. (Серия «XXI век»)
2. Судебная медицина: Учебник/Под ред. В.Н.Крюкова, - М.: Медицина, 1998.-464 с.
3. Г.А.Пашинян, П.О.Ромодановский Судебная медицина в схемах и рисунках: Учеб.пос.-М.: ГЭОТАР МЕД,2004.-336 с.
4. Автандилов Г.Г. Основы патологоанатомической практики.-М.: РМАПО, 1994.-512 с.
5. А.Т.Хазанов, И.А.Чалисов. Руководство по секционному курсу.- М., 1984.
6. Б.С.Свадковский «Учебное пособие по судебной-медицинской стоматологии» - М., 1974.

### **Нормативные акты:**

1. Конституция РФ
2. Федеральный закон № 73-ФЗ « О государственной экспертной деятельности в Российской Федерации»
3. Действующий уголовно-процессуальный кодекс РФ
4. Действующий уголовный кодекс РФ.- М., 2002.
5. Инструкция о производстве судебно-медицинской экспертизы в РФ. Приложение 1 к приказу Минздрава России от № 346н.
6. Правила судебно-медицинской экспертизы трупа.- М.: Минздрав, 1998
7. Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем, 10-го пересмотра. ВОЗ.- Женева, 1995. ( МКБ-10)

### **Хронокарта занятия**

#### ***Общий бюджет времени***

***4 часа (180 мин)***

1. Вступительное слово преподавателя	3 мин
2. Тестовый контроль исходного уровня знаний	7 мин
<i>При наличии трупа:</i>	
3. Работа в секционной Бюро СМЭ	90 мин
4. Оформление Акта по исследованию трупа	60 мин
5. Оформление медицинского свидетельства о смерти	15 мин
<i>При отсутствии трупа :</i>	
3. Произвести устный опрос	15 мин
4. Решение и разбор ситуационных задач	25 мин
5. Изучение карт-заданий (протокольных частей Заключения эксперта или Акта)	30 мин
6. Самостоятельная письменная работа по составлению диагноза и экспертных выводов после изучения карт-заданий	35 мин
7. Защита диагноза и экспертных выводов	20 мин
8. Оформление медицинского свидетельства о смерти	15 мин
9. Оформление идентификационных карт	25 мин
10. Подведение итогов занятия, домашнее задание	5 мин

### **Порядок выполнения работы**

#### ***1. Тестовый контроль исходного уровня знаний***

Ответить на предложенные тестовые вопросы

#### ***2. Работа над усвоением материала***

**При наличии трупа** – работа в секционной морга (вскрытие трупа), оформление медицинского свидетельства о смерти. При проведении занятия в секционной морга обратить внимание студентов на различия в патологоанатомическом и судебно-медицинском исследовании трупа:

особенности наружного исследования трупа - порядок описания одежды, трупных явлений, особых примет, повреждений и иных изменений; указать на обязательное вскрытие всех полостей при внутреннем исследовании, отражение различных морфологических изменений внутренних органов и тканей, позволяющих распознать то или иное заболевание, установить причину смерти.

Отметить особенности на техники вскрытия трупов при различных причинах смерти, по исследованию мягких тканей лица, челюстно-лицевых костей и зубов. По ходу вскрытия осветить вопросы по идентификации и методам установления личности человека, особенностям исследования стоматологического статуса при экспертизе неопознанного трупа, скелетированных трупов и костных останков.

Объяснить о необходимости забора биологических объектов для гистологического, судебно-химического, биохимического и иных лабораторных исследований, позволяющих наиболее полно ответить на вопросы следствия.

Акцентировать внимание студентов на то, что при исследовании трупа врач, производящий вскрытие, руководствуется ведомственными «Правилами судебно-медицинского исследования трупа», утвержденными Министерством здравоохранения РФ.

### **При отсутствии трупа:**

- Решить ситуационные задачи по теме.
- Изучить протокольные части Заключения эксперта (акта) по вскрытию трупа.
- Составить по предлагаемой схеме судебно-медицинский диагноз и обосновать экспертные выводы (заключения) с последующей их защитой.
- Оформить медицинское свидетельство о смерти.
- Оформить идентификационные карты

В итоге занятия студенты должны уяснить необходимость исследования трупов с целью установления причины смерти, идентификации личности трупов неустановленных лиц, правильности оформления медицинской документации с целью содействия правоохранительным органам и органам здравоохранения в улучшении качества медицинской помощи населению.

### **Для экспертизы возраста**

- Произвести антропометрические измерения, взвешивание и осмотр обнаженного тела свидетельствуемого.
- Отметить густоту волос на голове, наличие и количество седых (особенности бороды и усов при наличии таковых)
- Отметить цвет и упругость кожи, наличие и характер морщин с указанием их локализации.
- Произвести осмотр зубов, отметив их состояние (молочные, постоянные, зубы мудрости, степень их изношенности и т.д.).
- Отметить состояние волос в подмышечных впадинах
- Отметить состояние наружных половых органов (признаки полового созревания, наличие инволютивных изменений)
- Произвести анализ рентгенологических показателей состояния костей кисти и стопы (ядра окостенения, синостозы, процессы деструкции, дополнительные разрастания и пр.).

### ***Пример №1 заключения по экспертизе возраста:***

На основании данных судебно-медицинской экспертизы (освидетельствования), данных рентгенологического метода исследования, с учетом обстоятельств дела и в соответствии с поставленным вопросом, прихожу к выводам (заключению)

1. Антропометрические данные ребенка М., наличие постоянных зубов - вторых моляров, отсутствие признаков стирания зубов верхней челюсти, отсутствие выраженных вторичных половых признаков, отсутствие признаков образования синостозов в костях верхних конечностей, при наличии выраженных ядер окостенения, позволяют установить возраст мальчика в пределах 12-13 лет

Дата:

Судебно-медицинский эксперт (подпись)

## **БЛОК ИНФОРМАЦИИ**

### **I. СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКАЯ ЭКСПЕРТИЗА (ИССЛЕДОВАНИЕ) ТРУПА**

Существуют два вида исследования трупа: патологоанатомическое и судебно-медицинское. Сопоставляемые два вида исследования трупа различаются в организационном отношении: патологоанатомическое вскрытие производят по распоряжению администрации лечебного учреждения, при исследовании составляется ведомственный документ - протокол вскрытия, в сроки, определенные специальным руководством, патологоанатом за качество своей работы несет дисциплинарную ответственность; судебно-медицинскую экспертизу назначает следователь или суд, результаты проведенной экспертизы отражаются в специальном документе (Заключение эксперта), предусмотренном уголовно-процессуальным законодательством, сроки выполнения экспертиз определяются временем расследования, за свое заключение эксперт несет уголовную ответственность.

Судебно-медицинское и патологоанатомическое исследование трупа человека, умершего в стационаре преследуют решение некоторых общих задач ( причина и генез смерти, сопоставление клинического и анатомического диагнозов, выявление дефектов медицинской помощи и оформления медицинской документации), однако перед судебно-медицинским экспертом стоит более широкий круг задач- определение давности наступления смерти, факта и степени алкогольного опьянения, идентификации личности, а в случаях насильственной смерти - установления прижизненности и давности травмы, реконструирования механизма возникновения повреждений и др.

### **Поводы для производства судебно-медицинской экспертизы ( исследования) трупа**

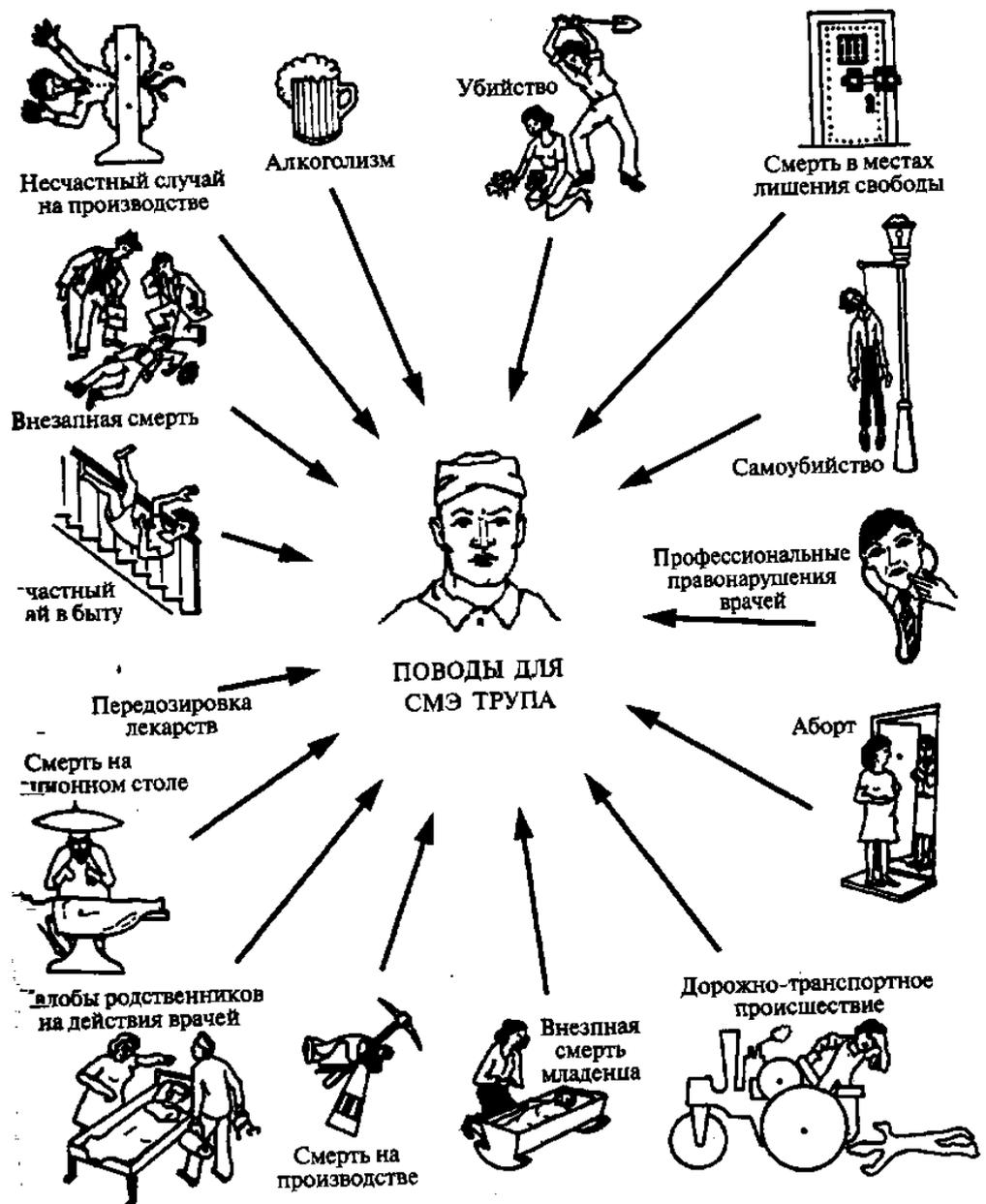


Рис. 1.

**Поводы для судебно-медицинской экспертизы (исследования) трупа**

ПОВОД	
1	Насильственная смерть или подозрение на нее
2	Скоропостижная смерть при неустановленной причине
3	Смерть неизвестных лиц, обнаруженных при случайных

	обстоятельствах или доставленных в лечебные учреждения с признаками жизни, независимо от срока пребывания в больнице
4	Смерть в лечебных учреждениях при неустановленном диагнозе и подозрении на насильственную смерть
5	Смерть в лечебных заведениях от заболеваний с установленной причиной, но по поводу которой имеется заявление на неправильные действия медицинского персонала

### Правила судебно-медицинского исследования трупа

Этапы	
	Изучение обстоятельств дела (ознакомление с предоставленной документацией)
	Наружное исследование трупа
	Внутреннее исследование трупа
	Изъятие биологического материала
	Оформление протокольной части заключения эксперта
	Составление судебно-медицинского диагноза и выводов

### Особенности техники исследования трупа

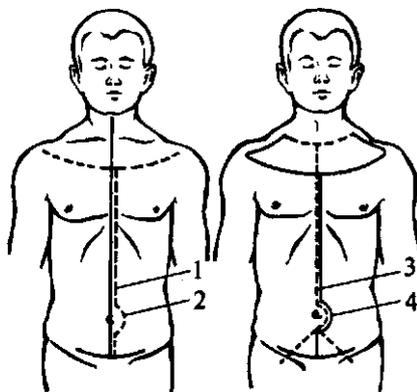


Рис.2. Типовые разрезы кожи и мягких тканей при вскрытии трупа

1.- прямой разрез, 2 — разрез Лешке, 3 — Фишера, 4 — комбинированный

### Техника исследования мягких тканей лица, челюстно-лицевых костей и зубов

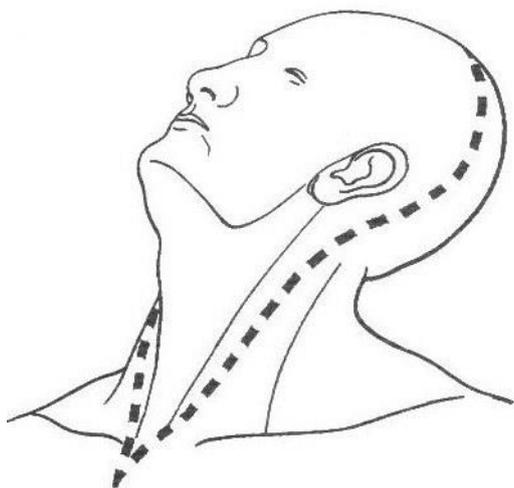


Рис 3. Схема кожного разреза при вскрытии лица по методу В.И Витушинского

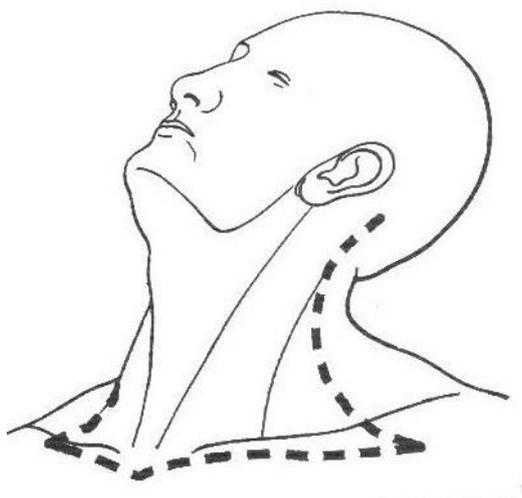


Рис.4.Схема кожного разреза при вскрытии лица по методу М.А.Васильева

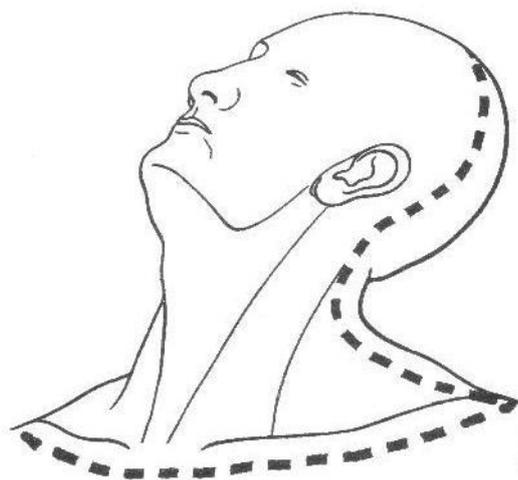


Рис 5 Схема кожного разреза по методу И.И Медведева



Рис.6.

Вскрытие лица по методу И.И. Медведева

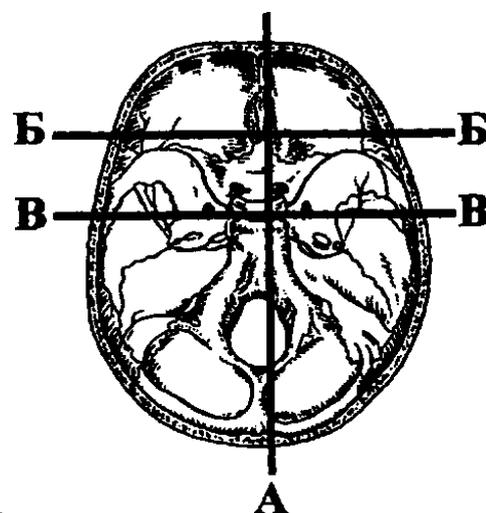


Рис.7

Распилы основания черепа . AA — сагиттальный распил по Харке; BB — фронтальный распил по Лешке; ВВ —распил по Хаузеру

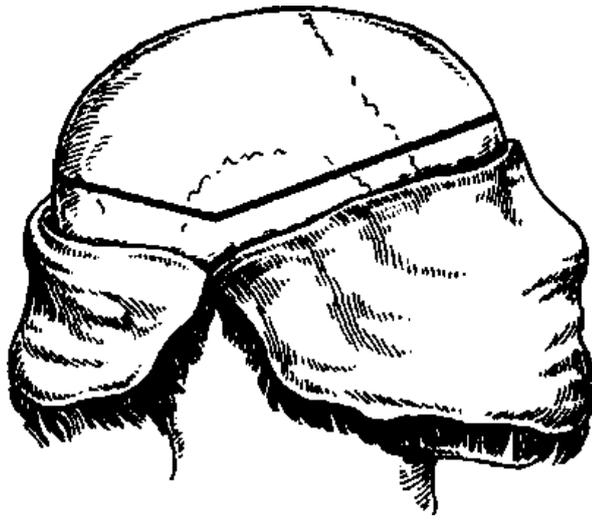


Рис.8. Ход линий распила костей свода черепа

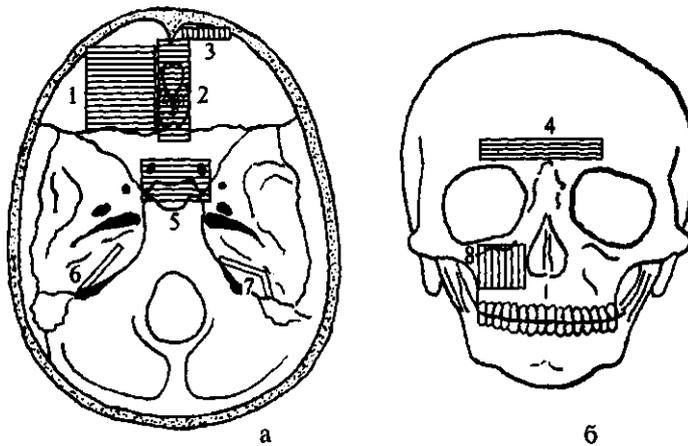


Рис.9. Доступы к придаточным полостям основания черепа (а) и лицевого скелета (б) .

1 — глазницы; 2 — полости решетчатой кости; 3, 4 — лобной кости; 5 — основной кости; 6, 7 — среднего уха; 8 — гайморовой полости

## ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

1. Судебно-медицинская экспертиза трупа, как и экспертные исследования других видов, производится по письменному предложению органов дознания, следствия и суда.

Поводами для назначения экспертизы являются:

- а) насильственная смерть (убийство, самоубийство, несчастный случай);
  - б) смерть, подозрительная на насилие (скоропостижная смерть, смерть от болезни, протекавшей без наблюдения врача);
  - в) смерть от заболевания в случаях жалоб родственников покойного или других лиц на неправильное или несвоевременное лечение;
  - г) обнаружение трупа неизвестного лица, в том числе и трупа новорожденного ребенка.
- Согласно ст. 79 УПК РСФСР для установления причин смерти назначение судебно-медицинской экспертизы обязательно.

2. При проведении судебно-медицинской экспертизы (исследования) трупа врач—судебно-медицинский эксперт руководствуется «Инструкцией о производстве судебно-медицинской экспертизы в РФ», «Правилами судебно-медицинского исследования трупа»

3. Судебно-медицинское исследование трупов производится в специально оборудованных помещениях—моргах или прозектурах больниц.

Иногда, при невозможности доставить труп в морг, он может быть исследован в случайном помещении или, если не встречается препятствий, на открытом воздухе (например, на кладбище при эксгумации в теплое время года). При этом судебно-медицинскому эксперту создаются необходимые условия для работы.

4. В соответствии с «Правилами» судебно-медицинское исследование трупов должно производиться через возможно короткое время после того, как установлено наступление смерти, однако не ранее чем через 12 часов с этого момента. В научных и научно-практических целях допустимо вскрытие трупов и до истечения 12 часов, но не ранее получаса после смерти при условии выявления достоверных признаков ее наступления, что должно быть подтверждено специальным протоколом, подписанным тремя врачами.

Ранние вскрытия производятся при необходимости изъятия из трупа тканей и органов с целью трансплантации, а также по предложению следственных органов для срочного разрешения интересующих их экспертных вопросов и получения ценных вещественных доказательств (например, пули или иного снаряда при слепых огнестрельных ранениях).

Ранние вскрытия целесообразны при отравлениях быстро разрушающимися ядами (например, уксусной кислотой) с целью обеспечения возможности их обнаружения при судебно-химическом анализе, при планируемом проведении специальных биохимических исследований, для которых требуется материал, не подвергшийся аутолизу (например: определение активности некоторых ферментов), и в других подобных случаях, когда промедление со вскрытием отрицательно сказывается на результатах экспертизы.

5. Гнилостное разложение трупа, мумификация и прочие посмертные изменения не являются препятствием для его исследования. Замерзшие трупы предварительно постепенно оттаиваются при температуре +20°C. Не рекомендуется размораживать трупы путем помещения к источнику тепла (например, к радиаторам отопления), использования грелок, горячей воды, т. к. это приводит к быстрому развитию гнилостных процессов.

6. В соответствии со ст. 197 УПК РФ при производстве экспертизы вправе присутствовать следователь.

Врачи, лечившие умершего, могут находиться при исследовании трупа с разрешения следственных органов, и в отдельных случаях, с разрешения заведующего моргом или судебно-медицинского эксперта.

Техническая помощь эксперту при исследовании трупа осуществляется санитаром. Документация оформляется с помощью медицинского регистратора, который производит записи под диктовку эксперта.

## **МЕТОДИКА СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ ТРУПА.**

Судебно-медицинская экспертиза трупа складывается из следующих моментов:

1. Ознакомление с предварительными сведениями об обстоятельствах дела.
2. Наружный осмотр трупа.
3. Вскрытие.
4. Дополнительные исследования.
5. Оформление заключения эксперта.

### **1. ОЗНАКОМЛЕНИЕ С ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫМИ СВЕДЕНИЯМИ ОБ ОБСТОЯТЕЛЬСТВАХ ДЕЛА.**

Предварительные сведения об обстоятельствах дела могут быть получены из постановления следователя о назначении экспертизы или отношения на исследование трупа, из протокола осмотра места происшествия, истории болезни и других документов, доставленных в морг вместе с трупом. Важные сведения могут быть добыты также при опросе родственников умершего или других лиц, наблюдавших картину умирания. По возможности требуется установить время смерти и некоторые предшествовавшие обстоятельства. При насильственной смерти выясняют характер действовавшего внешнего фактора, положение тела в момент получения повреждения, возможные последующие действия потерпевшего. В случаях подозрения на отравление могут быть получены сведения о виде и количестве использованного ядовитого вещества, о лекарственных препаратах, пищевых продуктах и напитках, которые употреблял покойный незадолго до смерти, о признаках отравления (тошнота, рвота, затемнение сознания, судороги и пр.).

Сведения о профессии покойного, роде его занятий могут ориентировать эксперта на источник получения яда и его вид. Эти же сведения важны при скоропостижной смерти, когда возникает подозрение на насилие, прежде всего на отравление. При такой смерти, кроме того, требуется установить основные заболевания, перенесенные умершим, его жалобы перед смертью, отмеченные объективные признаки болезни.

Во всех случаях необходимы данные об употреблении покойным этилового алкоголя как вообще в течение жизни, так и непосредственно перед смертью (вид спиртных напитков, их количество, принятое незадолго до смерти).

Полученные из документов и при опросе предварительные сведения об обстоятельствах дела отмечаются под соответствующей рубрикой во вводной части «заключения эксперта». При этом указывается источник их получения (например: «из постановления о назначении судебно-медицинской экспертизы трупа следует, что...» или «со слов брата покойного, доставившего труп в морг...» и т. д.).

Если источником предварительных сведений является история болезни (или копия), указываются ее номер и лечебное учреждение, которому она принадлежит и в котором находился покойный до смерти.

Из истории болезни в «заключение эксперта» переносятся данные о времени поступления больного в стационар, состоянии его в этот момент и в дальнейшем — до летального исхода; отмечаются назначенные лечебные мероприятия, проведенные оперативные вмешательства, осложнения, сопутствующие заболевания. Требуется указать клинический диагноз, а также продолжительность пребывания больного в лечебном учреждении.

### **2. НАРУЖНЫЙ ОСМОТР ТРУПА.**

Схема наружного осмотра трупа в морге состоит из следующих разделов:

- А) одежда и предметы, доставленные с трупом;
- Б) биологическая характеристика и словесный портрет;
- В) посмертные изменения;
- Г) повреждения.

**А. Одежда и предметы, доставленные с трупом.**

Тщательный осмотр трупа и описание одежды, а также предметов, доставленных с трупом в морг, производятся во всех случаях. Поэтому при смерти от травмы в лечебных учреждениях вместе с трупом в морг должна направляться одежда, бывшая на теле потерпевшего в момент получения им повреждения. Особенности одежды, повреждения и характерные загрязнения ее принимаются во внимание при разрешении многих экспертных и следственных вопросов:

- а) одежда в целом, а также документы и разные предметы, содержащиеся в карманах ее, учитываются при опознании личности неизвестного трупа;
- б) повреждения одежды, характерные загрязнения и наложения на ней (следы крови, спермы, красок, смазочных масел, протектора автомобильных колес, ядовитых веществ, аппликации металлов, дополнительных факторов, выстрела и пр.) имеют значение при определении внешнего фактора, вызвавшего смерть, и механизма его действия;
- в) следы рвотных масс, спермы, кала, мочи представляют интерес при установлении причины и генеза смерти. Пятна спермы на женской одежде, как и пятна вагинального содержимого на мужской одежде, учитываются при разрешении вопроса о бывшем половом сношении (например, в случаях изнасилования).

Особое значение одежда имеет в следующих случаях:

- а) при исследовании неизвестных трупов для их опознания и при исследовании гнилостно-измененных, скелетированных, а также расчлененных трупов, как для их опознания, так и для суждения о повреждениях, характерные особенности которых на таких трупах не всегда выявляются;
- б) при огнестрельных ранениях, когда на одежде в области повреждения остаются следы близкого выстрела;
- в) при электротравме и различных механических повреждениях, когда на одежде остаются характерные аппликации - наложения и другие следы (следы протектора автомобильного колеса, следы смазочных масел, ржавчины с орудия травмы, следы скольжения на подошвах обуви и др.);
- г) при различных повреждениях, когда первоначальный вид их на коже и других тканях тела изменен вследствие хирургической обработки или реактивных изменений в случаях значительной давности травмы.

Описание одежды начинается с перечисления и характеристики отдельных предметов ее, а также положения на теле в момент осмотра. Сначала описывается одежда на туловище (пальто, пиджак, рубашка, майка и т. д.), затем — обувь, головной убор, шарф на шее, перчатки и пр. Отмечается вид материала (шерсть, шелк, хлопчатобумажный материал и т. д.), степень изношенности, а на одежде с трупов неизвестных лиц, кроме того, — характерные метки, заплатки и другие особенности. Перечисляются и описываются предметы, обнаруженные в карманах и доставленные с трупом.

Точно указывается расположение повреждений и характерных загрязнений на одежде, расстояние до них от швов, краев и других опознавательных точек (по системе прямоугольных координат). Разрывы и разрезы ориентируются относительно нитей основы и утка материала.

Отмечаются размеры, форма и другие свойства повреждений и участков загрязнений, выявляемых при осмотре. Детальные особенности могут быть обнаружены в дальнейшем с помощью специальных методов исследования. С учетом необходимости в их применении разрешается вопрос о возможности и времени выдачи одежды родственникам покойного. Одежда с трупов неизвестных лиц, оставшихся неопознанными, хранится до получения соответствующих указаний от органов дознания или следствия.

### ***Б. Биологическая характеристика и словесный портрет.***

Биологическая характеристика - это характеристика умершего как биологической особи. В этом разделе указываются: пол, возраст, рост, вес, телосложение, питание, состояние кожных покровов. Описываются отдельные части тела - голова, шея, грудная клетка, жи-

вот, половые органы, поясничная область и область заднепроходного отверстия, конечности.

Определение пола в большинстве случаев не вызывает затруднений. Однако при экспертизе обугленных, скелетированных и расчлененных трупов для установления пола может потребоваться использование специальных методов исследования.

Возраст устанавливается на вид применительно к возрасту, указанному в препроводительном документе. Если возраст покойного неизвестен - необходимо определить его, пользуясь, соответствующими экспертными критериями.

Данные о росте покойного имеют особенное значение при опознании неизвестных трупов и при механических повреждениях, когда требуется установить механизм травмы, в частности — определить положение тела и орудия в момент нанесения повреждений.

Взвешиванию обязательно подлежат трупы детей в возрасте до одного года, т. к. их вес является одним из показателей физического развития. Трупы взрослых людей целесообразно взвешивать при исчислении количества этилового алкоголя или других ядовитых веществ, принятых незадолго до смерти.

При осмотре кожных покровов отмечаются их цвет и характерные загрязнения. Обычный мертвенно-бледный вид кожных покровов трупа может измениться при некоторых состояниях, сопровождающихся желтушностью (гемолиз эритроцитов, вызванный разными факторами, болезни печени, желчных путей и др.), коричневым окрашиванием (заболевания надпочечников) и т. д.

Указываются локализация, размеры, форма следов крови, спермы, рвотных масс, а также разнообразных других наложений и загрязнений (шлак, песок, мазут и пр.), отмоченных на теле при осмотре.

Словесный портрет представляет собой научную систему описания и сравнения внешности людей для судебно-опознавательных целей. Описание производится по специальной методике с использованием условных стандартных обозначений. Преимущественное внимание уделяется голове, однако характеризуются и другие части тела: фигура, шея, плечи и т. д. Указываются как естественные разновидности форм и других признаков тела (т. н. морфологические вариации), так и анатомические дефекты (например, деформации скелета). У живых лиц отмечаются и функциональные недостатки (например, хромота, заикание)\*.

При описании по методу словесного портрета части тела характеризуются в отношении их величины, формы, положения, особенностей, относительно некоторых деталей указывается также их цвет.

Подробный словесный портрет составляется при исследовании трупов неизвестных лиц. С целью опознания они, кроме того, фотографируются по правилам опознавательной фотосъемки и дактилоскопируются.

Во всех случаях требуется отметить анатомические и прочие индивидуальные особенности, как врожденные, так и приобретенные, выявленные при исследовании трупа.

### ***В. Посмертные изменения.***

К посмертным изменениям относятся:

1. Ранние трупные явления (охлаждение, высыхание кожи и слизистых, трупные пятна, трупное окоченение).
2. Поздние трупные явления:
  - а) гнилостные изменения;
  - б) консервирующие явления (мумификация, жировоск, торфяное дубление).
3. Разрушение трупа живыми организмами (растениями, насекомыми, рыбами, птицами, животными).

Посмертные изменения имеют большое значение прежде всего для определения давности наступления смерти. В отдельных случаях локализация трупных пятен позволяет высказать суждение о положении трупа и его перемещении. Характерные изменения в обычном цвете трупных пятен учитываются при определении причины смерти (например,

при смерти от оправления окисью углерода или метгемоглобинообразующими ядами), слабая интенсивность трупных пятен отмечается при обескровливании, сильно выраженное трупное окоченение при судорожной смерти и т. д.

В каждом случае следует указать локализацию и распространенность трупных пятен, их цвет, стадию и фазу развития, выраженность трупного окоченения в отдельных мышечных группах, проявления высыхания (пергаментные пятна и пр.), гнилостных процессов (трупная зелень, гнилостная венозная сеть, трупная эмфизема, выделение гнилостных жидкостей, желудочного содержимого из отверстий рта и носа, каловых масс из прямой кишки и др.), консервирующих явлений.

Отмечаются локализация, размеры, цвет участков плесени, отложения личинок мух, прорастание трупа растениями. Дефекты кожи и другие повреждения, причиненные живыми организмами, описываются в разделе «Повреждения».

### ***Г. Повреждения.***

Тщательно осматриваются и описываются все повреждения, обнаруженные на трупе. При этом обращается внимание на:

- 1) признаки, свидетельствующие о прижизненном или посмертном причинении повреждения;
- 2) признаки, указывающие на использование в качестве орудия травмы определенного предмета или средства;
- 3) признаки, которые могут быть положены в основу выводов о механизме, последовательности и давности нанесения повреждения.

При описании повреждений отмечаются их локализация, вид, форма, цвет (кровоподтеков, ссадин), размеры, состояние краев и концов ран, специфические наложения и загрязнения, реактивные изменения мягких тканей в окружности.

а) *Локализация.* Кроме указания на область тела, где расположено повреждение (например: «на передней поверхности левой половины грудной клетки»), следует отметить расстояние от повреждения до ближайших ориентиров - известных анатомических точек по системе прямоугольных координат (например: «на расстоянии 5см вниз от середины левой ключицы и 7см влево от левого края грудины»).

При огнестрельных, колотых и колото-резаных ранениях, при транспортной травме и других повреждениях, когда требуется разрешить вопрос о механизме их нанесения, надлежит определить высоту расположения повреждения от уровня подошв. Необходимо также указать на положение длинника раны относительно продольной оси тела (желательно определить угол отклонения в градусах). Целесообразно ориентировать рану и по циферблату часов (с центром в срединной точке просвета).

б) *Вид* - медицинское определение повреждения (рана, ссадина, кровоподтек и т. д.).

в) *Форма* - применительно к геометрическим фигурам (например: «кровоподтек овальной формы», «прямолинейная царапина») или общеизвестным предметам (например: «рана звездчатой формы с тремя лучами», «полулунная ссадина» и т. д.).

г) *Цвет* с указанием как основного цвета, так и различных оттенков (например: «кровоподтек красно-фиолетового цвета в центре и желто-зеленого по периферии»).

д) *Размеры.* Указываются длина и ширина повреждения в см или мм. Не допускается определение размеров на глаз и сравнение с величиной каких-либо предметов (например, с монетой, горошиной, яйцом и т. д.).

В колото-резаных, резаных, колотых и рубленых ранах отсутствует дефект ткани, поэтому они имеют лишь один размер - длину, измеряемую при соединенных краях. Вторым размером, ошибочно принимаемым за ширину, характеризует степень зияния раны, обусловленную расположением эластических волокон кожи в конкретной области тела.

е) *Состояние краев ран* (ровные, неровные, с мелкими или крупными зазубринами, с перемычками, осаднение и высыхание в окружности, их расположение, характер).

ж) *Состояние концов ран* (остроугольные, закругленные, «П»-образные или «М»-образные, с насечками, царапинами, осаднение и высыхание в окружности).

з) *Специфические наложения и загрязнения*—плотно приставшие или отпадающие корочки крови, гноя, межтканевой жидкости; экзогенные загрязнения: копоть, зерна пороха, смазочные масла, красящие вещества, земля, песок, ржавчина и др.; их расположение, характер.

и) *Реактивные изменения мягких тканей по протяжению и в окружности* - припухлость, кровоизлияние, их расположение, распространенность, интенсивность.

Реактивные изменения мягких тканей по протяжению и в окружности повреждений являются основными местными признаками прижизненности и давности травмы. При множественных повреждениях различная выраженность таких признаков в отдельных из них принимается во внимание при суждении о последовательности нанесения. Детальное изучение реактивных изменений производится с помощью специальных методов исследования (гистологического, гистохимического, спектрального и др.).

### **3. ВНУТРЕННЕЕ ИССЛЕДОВАНИЕ (ВСКРЫТИЕ ТРУПА).**

Полное судебно-медицинское исследование трупа предусматривает вскрытие минимум трех полостей: черепно-мозговой, грудной и брюшной. Всегда исследуются, кроме того, полость рта, область шеи, мышцы и кости. В необходимых случаях вскрываются спинномозговой канал, придаточные полости черепа, суставы.

Порядок вскрытия избирается судебно-медицинским экспертом в зависимости от особенностей конкретного случая. При подозрении на смерть от воздушной эмболии вскрытие предусматривает проведение соответствующей пробы.

Существует несколько способов извлечения органов из трупа. В. С. Житков (1969) приводит следующие методы:

Метод Вирхова. Каждый орган извлекается отдельно и затем исследуется соответствующими разрезами.

Метод Абрикосова. Внутренние органы извлекаются и исследуются в виде пяти топографических комплексов:

а) органы шеи с органами грудной клетки; б) кишечник; в) селезенка; г) -печень с желудком, двенадцатиперстной кишкой и поджелудочной железой; д) почки с надпочечниками, мочеточниками и органами малого таза.

Метод Киари-Мареша. Внутренние органы вскрываются на месте в трупе и только после этого извлекаются для более детального осмотра, взвешивания и измерения.

Метод Шора. Внутренние органы извлекаются из трупа единым органокомплексом и исследуются разрезами без отделения.

Метод Лютелю. После эвисцерации каждый орган отрезается от комплекса и исследуется отдельно.

Для судебно-медицинских исследований рекомендуются методы Шора и Абрикосова, как обеспечивающие достаточную полноту и всесторонность исследования каждого органа.

Определенным преимуществом метода Шора является сохранение анатомо-топографических связей между органами, что позволяет проследить направление раневого канала, распространение опухоли и других болезненных процессов.

Для детального исследования повреждений ребер при автомобильной травме М.И. Христофоровым (1955) предложен способ выделения из трупа грудной клетки вместе с грудным отделом позвоночника. Также применительно к автомобильной травме А.А. Солохиным (1958) рекомендован метод вскрытия позвоночника, позволяющий выявить повреждения позвонков, изучить состояние спинного мозга и мышц спины.

Извлеченные из трупа органы тщательно осматриваются, измеряются и взвешиваются. Отмечаются их консистенция, кровенаполнение, выраженность рисунка, цвет, состояние крови в просветах рассеченных сосудов и в полостях сердца (жидкая, сгустки - белые и красные), специфические запахи, характер содержимого в желудке и кишечнике, в матке и других полостных органах, состояние слизистых и серозных оболочек, мышцы сердца, сосудистых стенок.

По ходу вскрытия забирается материал для дополнительных исследований.

При насильственной смерти, сопровождавшейся наружным кровотечением, а также при исследовании трупов неизвестных лиц, в том числе и новорожденных детей, в обязательном порядке берется образец крови (в жидком виде и на марле) для установления групповой принадлежности.

При расположении повреждений на частях тела, покрытых волосами, следует взять образцы волос.

По окончании исследования вскрытые органы помещаются в труп. При изъятии некоторых из них (полностью или частично) для дополнительных исследований, а также в качестве музейных препаратов, для учебных или научных целей это должно быть отражено в экспертном заключении.

В трупы, подвергшиеся судебно-медицинскому исследованию, введение различных консервирующих смесей не рекомендуется с тем, чтобы не затруднить возможного в дальнейшем повторного вскрытия и оценки его результатов.

Даже самое обстоятельное словесное изложение морфологической картины, отмеченной при исследовании трупа, трудно воспринять, если оно не снабжено иллюстративным материалом. Особенно это касается повреждений - механических, термических, электрических и других, а также различных следов на теле и одежде.

В зависимости от возможностей и условий, в которых производится конкретное исследование, могут быть рекомендованы разные способы иллюстрирования экспертной документации. В ряде случаев приходится ограничиваться схемами, используя контурные изображения частей тела человека, предметов одежды и обуви. На этих схемах отмечается локализация повреждений и разнообразных характерных следов (наложений, загрязнений). Но в современных условиях, как правило, возможно применение фотографии. На снимках точно отражается наблюдаемая картина, в связи с чем черно-белая фотография, а лучше, разумеется, цветная, как способ иллюстрирования написанного, имеет первостепенное значение.

Роль снимка, однако, может резко уменьшиться, если в каждом конкретном случае не продумать условий фотографирования, не учесть особенностей и вида объекта и полностью переложить эту работу на технического исполнителя - лаборанта. Нужно отчетливо представлять себе, что именно с экспертной и следственной точек зрения важно отразить на снимке, как этого достигнуть с помощью специальных фотографических приемов.

Фотографирование повреждений на теле и одежде при осмотре и вскрытии трупа преследует цель создания наглядного представления об их локализации, взаиморасположении и общем виде. Детальные свойства травмы на таких иллюстративных снимках обычно не отражаются. Они воспроизводятся при фотографировании повреждений в процессе последующих дополнительных исследований.

#### **4. ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ.**

В условиях современной судебно-медицинской практики исследование трупа, как правило, не ограничивается обязательными наружным осмотром и вскрытием. Используются и многочисленные другие методы, позволяющие получить ценные данные для повышения научной обоснованности и конкретизации экспертных выводов.

Исследования, проводимые с помощью таких методов, обозначаются как дополнительные. Некоторые из них выполняются экспертом, вскрывающим труп; для применения других требуется направление объектов в судебно-медицинскую лабораторию.

Во многих случаях возникает необходимость применения комплекса дополнительных методов. Так, при подозрении на отравление, наряду с судебно-химическим анализом, нередко производятся спектральные, бактериологические и другие исследования.

Гистологические и гистохимические методы в качестве дополнительных целесообразны как при скоропостижной смерти, так и при насильственной, когда требуется не только уточнить общую морфологическую картину, но и установить прижизненность повреждений, их давность и последовательность причинения.

При огнестрельных повреждениях для разрешения вопросов о входном и выходном отверстиях, о дистанции выстрела и об оружии, из которого этот выстрел произведен, могут быть применены микроскопические исследования (непосредственная микроскопия, гистологическое исследование), метод цветных отпечатков, спектрография, рентгенография, трасологические исследования и др. Нередко бывает полезным экспертный эксперимент.

Если для иллюстративных целей повреждения на трупе или одежде фотографируются в момент осмотра в морге, то различные виды исследовательской фотографии (съемка в ультрафиолетовых или в инфракрасных лучах, микрофотография) производятся в лабораторных условиях (обычно в физико-техническом отделении судебно-медицинской лаборатории).

При исследовании каждого трупа требуется определить рациональный комплекс дополнительных методов, которые следует использовать. Он обуславливается особенностями случая и возможностями применения метода в конкретной обстановке.

#### **5. СОСТАВЛЕНИЕ ЗАКЛЮЧЕНИЯ ЭКСПЕРТА.**

После производства необходимых исследований эксперт от своего имени составляет документ - заключение, за которое несет личную ответственность.

Если исследование трупа производилось на основании отношения органов дознания или следствия, т. е. без постановления о производстве экспертизы, составляется «Акт судебно-медицинского исследования трупа». По форме «Заключение эксперта» и «Акт судебно-медицинского исследования трупа» - аналогичны. В них различают три части: вводную, описательную и резюмирующую — выводы.

Вводная и описательная части составляются во время и на месте производства экспертизы — исследования трупа. Недопустимо откладывать их оформление на какое-то время, т. к. при этом некоторые детали могут быть забыты и не внесены в документ вообще или представлены в искаженном виде.

Для оформления выводов эксперту предоставляется время – не менее трех дней, по истечении которых заключение выдается следственным органам. Этот срок может быть продлен при необходимости производства дополнительных исследований.

#### **Идентификация трупов неизвестных лиц**

В отличие от идентификации личности живого человека, методы которой разрабатываются преимущественно правоохранительными органами (криминалистами), большинство вопросов идентификации трупа неизвестного лица разрабатываются и решаются судебными медиками.

При обнаружении трупа неизвестного человека лицом, производящее дознание, при участии судебно-медицинского эксперта составляет карту неопознанного трупа с фотографированием лица в анфас и оба профиля. В случаях грубых повреждений, резко выраженных гнилостных изменений перед фотографированием производится реставрация лица трупа. В специально отведенном месте карты делают дактилоскопические отпечатки всех 10 пальцев рук. Дактилоскопирование, как правило, проводит эксперт-криминалист, однако помощь в подготовке рук для снятия отпечатков пальцев оказывает судебно-медицинский эксперт.

При экспертизе трупа проводится тщательное исследование и описание одежды. При этом в протоколе отмечают ряд признаков, указывающих на место изготовления одежды (при наличии бирок), характер ткани, степень изношенности и следы ремонта, точные размеры и др. Составляется словесный портрет с отражением особых примет. Детально описывается стоматологический статус (при наличии зубных протезов рекомендуется их изъятие).

Проводится комплекс антропометрических измерений (особенно при исследовании трупов молодых лиц). Кроме роста, определяются окружность, продольный и поперечный диаметры головы, окружность шеи, груди и живота, длина стоп. Если позволяют технические возможности, обязательно производят рентгенографию кистей.

В обязательном порядке берутся образцы волос из разных областей головы трупа (лобная, височные, теменные и затылочная области). Исследование трупов неизвестных женщин предполагает изъятие на марлевый тампон содержимого влагалища. Для последующих серологических исследований проводится взятие образцов крови (при необходимости иных тканей). В ряде случаев может быть изготовлена гипсовая маска лица.

### **Техника исследования мягких тканей лица, челюстно-лицевых костей и зубов**

Исследование мягких тканей лица, челюстно-лицевых костей и зубов при челюстно-лицевой травме может быть проведено несколькими методами, среди которых наибольшее распространение получили метод В.И. Витушинского и метод И.И. Медведева.

#### **Метод В.И. Витушинского**

Обычный кожный разрез, применяемый при каждом вскрытии черепа (проходящий через темя в поперечном направлении), продолжают книзу позади ушной раковины через сосцевидный отросток на верхнюю часть шеи. Далее он идет в косом направлении к средней линии тела и соединяется с обычным секционным разрезом.

Перерезается перепончатая часть слухового прохода. Кожа отсепаровывается от подлежащих тканей в широких пределах: в верхней части лица обнажаются лоб, почти вся окружность глазницы, в области носа — боковая стенка до его крыльев, в нижней части лица — до угла рта и далее с обнажением подбородка. Образованный таким путем лоскут кожи отворачивается на противоположную сторону лица.

Исследуются околоушная железа с ее протоком, наружная челюстная артерия и передняя лицевая вена. После отделения жировой клетчатки ниже скуловой кости осматривают глазнично-лицевую вену, впадающую в переднюю лицевую, У нижнеглазничной щели можно обнаружить анастомоз между глазнично-лицевой и глазничными венами.

Далее перепиливается и отделяется скуловая дуга: спереди — на уровне заднего края лобного отростка скуловой кости, а сзади — у основания скулового отростка височной кости. Выделенный фрагмент скуловой дуги вместе с жевательной мышцей оттягивается книзу, в результате чего открываются сухожилие височной мышцы и венечный отросток нижней челюсти. Последний скальвается долотом и поднимается вместе с мышцей кверху, что делает доступными для осмотра крыловидные мышцы, крыловидное сплетение, а также височные вены. Таким же образом может осматриваться крылонебная ямка с внутренней челюстной артерией, глазнично-лицевой веной, второй ветвью тройничного нерва. Кзади от ямки после удаления крыловидных мышц исследуются третья ветвь тройничного нерва, нижнечелюстной нерв с глазным ганглием, а также хрящевая часть евстахиевой трубы.

В гайморову полость можно проникнуть, разрушив долотом большую часть боковой и задней ее стенок.

Для осмотра коренных зубов проводится горизонтальный разрез через боковую стенку ротовой полости от угла рта (у основания кожного лоскута) до ветви нижней челюсти. После отведения в стороны краев разреза обнажаются верхний и нижний ряды зубов. При рассечении

стенки ротовой полости стараются не повредить стенонов проток, который у переднего края жевательной мышцы перфорирует щечную мышцу и открывается едва заметным отверстием на небольшом выступе слизистой против 1-го или 2-го верхних больших коренных зубов.

#### **Метод И.И. Медведева**

Изначально проводится обычный разрез кожи головы для вскрытия черепа. Второй разрез проводят от акромиального отростка левой лопатки, через грудь в поперечном направлении на уровне вторых межреберных промежутков (дугой, обращенной вогнутостью к шее) и заканчивают симметрично у акромиального отростка правой лопатки. Третий разрез производят от сосцевидных отростков по склонам шеи до акромиальных отростков лопаток с каждой стороны, соединяя его с предыдущим. В результате образуется трапециевидный кожный лоскут, который отпрепаровывается с одного, а затем и с другого угла до нижней челюсти.

После этого отсепааровывается кожа позади уха и рассекается наружный слуховой проход. Обнажаются околоушная железа, верхняя и нижняя челюсти, скуловая дуга, полностью отделяется слизистая губ от челюстей и перерезается хрящевая перегородка носа. Передний лоскут кожи головы отпрепаровывается с выделением глазных яблок, сохраняющих связь с веками. Зрительные нервы перерезаются на расстоянии 0,5 см от глазных яблок.

Кожный лоскут головы, лица и шеи сохраняет связь с трупом только в области корня носа. Смещая лоскут в ту или другую сторону, осматривают слюнные железы, лимфатические узлы, сосуды, нервы, челюстно-лицевые кости и зубы. Для более детального осмотра полости рта и челюстей можно произвести вычленение левого височно-нижнечелюстного сустава, пересекая жевательную мышцу, височную мышцу, а также наружные и внутренние крыловидные мышцы. Отвернув нижнюю челюсть в правую сторону, производят необходимое исследование.

Гайморовы полости вскрываются снаружи или со стороны глазницы долотом.

При необходимости для исследования могут быть изъяты фрагменты костей, возможно изъятие всего лицевого скелета (и даже черепа) и замена его гипсовым слепком.

#### **Отдельные технические приемы расширенной эвисцерации по методу М.А. Васильева**

Кожный разрез от сосцевидных отростков продолжается вниз по боковым поверхностям шеи и далее до наружных третей ключиц. Затем линии разреза соединяются в области тела грудины и переходят в срединный разрез.

На передней и отчасти боковых поверхностях шеи кожа отсепааровывается от мышц до основания нижней челюсти. Передний лоскут мягких тканей отделяется до верхних краев глазниц. Перерезаются наружные слуховые проходы и обнажаются ветви нижней челюсти. Типичным (полуокружным) разрезом пересекается диафрагма рта. Выделяются суставные и венечные отростки нижней челюсти. Далее вскрываются височно-нижнечелюстные суставы; челюсть отводится на лицо, открывая доступ к осмотру твердого неба, языка, зубов, хоан и глотки (рис. 6).

В случаях, когда нужно широко раскрыть носовые ходы, гайморовы и лобные пазухи, ячейки решетчатой кости и полости глазниц, может быть произведен распил черепа между 6-м и 7-м зубами верхней челюсти через передние отделы скуловых отростков лобной кости.

#### **Поэтапное (последовательное) вскрытие лица**

Основываясь на приведенных методах, Б.С. Свядковский и А.Г. Горбушин (1975)

предлагают метод поэтапного вскрытия лица.

Первый этап. Производится отсепаровка кожи и подкожной клетчатки от поверхностной фасции. Разрезы кожи свода черепа продолжаются позади ушных раковин на боковые поверхности шеи. Кожа отделяется от подлежащих мягких тканей. Пересекаются наружные слуховые проходы. Кожа век отделяется вместе с основным лоскутом кожи, при этом пересекаются переходные складки конъюнктивы. Отмечается состояние слюнных желез, а также артериальных и венозных сосудов.

Второй этап состоит в исследовании мышц лица. Удаляются и исследуются поверхностно расположенные мышцы: лобные, круговые мышцы глаза, носовые мышцы, мышцы смеха, треугольная мышца рта, квадратная мышца губы.

Третий этап заключается в исследовании крупных сосудов лица. Осматривают ветви наружной сонной артерии: поперечную артерию лица, верхнечелюстную и лицевую артерии, артерию верхней губы, артерию спинки носа и угловую артерию. Исследуются и одноименные вены. Затем удаляются глубокие мышцы лица: жевательная, височная, щечная, собачья и круговые мышцы рта.

Четвертый этап. Исследование челюстно-лицевых костей. Отмечаются характер и локализация переломов (соотношение отломков, характеристика линий перелома и др.). Затем производится удаление скуловой дуги для осмотра бугра верхней челюсти и передней стенки гайморовой полости. На этом этапе исследуются повреждения зубов и нижней челюсти. Вскрываются гайморовы полости и лобные пазухи.

Для вскрытия полостей носа и придаточных пазух предложен ряд распилов основания черепа.

#### **Способ Харке (сагиттальный распил всего основания черепа)**

Разрез, сделанный для вскрытия черепа, продолжают книзу вдоль переднего края трапециевидной мышцы, потом отделяют переднюю половину кожного покрова черепа до корня носа и до верхних краев глазниц и заворачивают его насколько возможно вниз на лицо. Равным образом очищают от мягких тканей верхний отдел шейной части позвоночника.

После этого, приподняв голову кверху, делают продольный распил через затылочную кость, турецкое седло, клиновидную, решетчатую и лобную кости. Дойдя до решетчатой кости, отклоняются несколько вправо или влево от средней линии, чтобы не повредить перегородки носа. Раздвигая обе распиленные половины, осматривают пазухи клиновидной кости, перегородки носа, носовые ходы вскрытой стороны, лобные пазухи и др. Вскрытие гайморовой полости и носовых ходов другой стороны производится далее ножом.

#### **Способы Хаузера и Лешке (фронтальные распилы основания черепа)**

По способу Хаузера распил начинают на уровне турецкого седла и заканчивают у суставных отростков нижней челюсти. По способу Лешке поперечный распил начинают на дне передней черепной ямы. При этих двух способах раздвигают основание черепа и осматривают переднюю и заднюю его стенки.

#### **Метод вывихивания черепа по Ханземану**

Для осмотра сзади носоглотки, хоан, задней поверхности мягкого неба и входа в гортань может быть использован метод Ханземана.

Наружный покров черепа отделяется возможно дальше книзу, удаляются все мягкие ткани затылка до места соединения затылочной кости с первым позвонком. В этом месте проникают в позвоночный канал, пересекают спинной мозг, после чего вывихивают кпереди череп, а затем разрезают сверху вниз заднюю мышечную стенку носоглотки или

совсем удаляют ее.

Открываются осмотру заднее носовое отверстие, язычок с мягким небом и вход в гортань. С целью расширения доступа для осмотра можно удалить долотом 2 или 3 шейных позвонка. Метод Ханземана выполним и при невскрытом черепе.

### **Методы изъятия и замещения нижней и верхней челюстей**

После вскрытия лица (любым из вышеописанных методов) мягкие ткани отсепааровываются кверху вплоть до височно-челюстного сустава с обеих сторон. Отделяются мышцы дна полости рта, жевательные мышцы, слизистая оболочка, покрывающая альвеолярный отросток и связки сустава. Нижняя челюсть извлекается и очищается от мягких тканей.

Для выделения верхней челюсти отслаивают мягкие ткани вместе со слизисто-надкостничным слоем от вестибулярной поверхности челюсти до нижнего края грушевидного отверстия и скуловых дуг, после чего выпиливают кость хирургической пилой, а в дистальных участках отделяют ее от крыловидных отростков клиновидной кости долотом. Обе челюсти выделяются вместе с зубами.

Для изъятия челюстей с идентификационными целями G. Burgman (1991) предлагает использовать подковообразный разрез мягких тканей подбородочной области лица, проходящий вдоль края нижней челюсти. Шов от такого разреза при обычном положении головы трупа в гробу не виден. При условии захоронения трупа в закрытом фобу, по мнению G. Burgman, для изъятия челюстей может быть применен более простой доступ<sup>2</sup>. В таких случаях разрез мягких тканей лица делается в обе стороны от углов рта и ведется в проекции прикуса по направлению к задним краям ветвей нижней челюсти. Далее разрез продолжается в вертикальном направлении (от обоих концов) вдоль задних краев ветвей нижней челюсти. Анатомической препаровкой тканей открываются верхушки корней наиболее длинных зубов, чтобы можно было захватить нижнюю часть латеральной стенки синусов верхнечелюстных костей и наружные поверхности ветвей нижней челюсти. Потом ткани отделяются книзу, обнажая нижний край нижней челюсти. Отделяя ткани книзу, открывают боковые отделы ветвей нижней челюсти, что позволяет провести распил через костные структуры.

Нужно следить, чтобы распил был достаточно высоким и захватывал (без излишней травматизации) 3-й моляр, так как он обычно не виден. Разрез мягких тканей можно продолжить книзу, открывая полностью нижнюю челюсть, чтобы можно было ее легче изъять. Первоначальный разрез дает доступ к лицевому скелету примерно до уровня грушевидного отверстия и носовых костей. Это позволяет открыть верхушки корней всех имеющихся зубов (особенно - 3-х моляров) и провести распил через латеральные стенки синусов верхнечелюстных костей тотчас выше их дна. Некоторые трудности может вызвать распил задних отделов верхней челюсти из-за недостаточного доступа. Тогда кость может быть выделена с помощью долота, которое устанавливается в проекции линии распила (как можно дистальнее).

После изъятия челюсти очищаются (для этого можно использовать старую зубную щетку), помещаются в пластиковый контейнер, содержащий тампон, смоченный формалином, и опечатываются. После проведения всего комплекса идентификационных исследований челюсти могут быть возвращены в морг и помещены обратно в труп.

Б.С. Сवादковским и др. приводится методика замещения нижней и верхней челюстей полимерными или гипсовыми моделями после их изъятия. Модели обеих челюстей изготавливаются из любой термопластической массы, из которой (после ее размягчения) формируется пластинка, укладываемая на вестибулярную поверхность верхней или

нижней челюсти с перекрытием на 0,5 см от свободных краев, а также режущих и жевательных поверхностей зубов.

После обжатия зубов, тела и ветвей челюсти излишки массы срезаются скальпелем. Оттиск снимается при неполном его затвердении, когда материал еще сохраняет некоторую пластичность, а затем охлаждается.

Для получения моделей зубов и челюстей используется самоотвердевающая пластмасса, смесь которой наносится на оттиск в виде слоя толщиной 0,8—1 см, прижимается пальцами к нему и выдерживается до полного затвердения.

Обработка моделей челюстей и зубов производится при помощи электрической бормашины и режущих инструментов, а также абразивных материалов. Затем для крепления челюстей просверливаются отверстия в проекции межзубных промежутков, производится их полировка.

Модель верхней челюсти фиксируется проволокой к нижнему краю грушевидного отверстия и к скуловым дугам, а нижняя — к модели верхней челюсти. Слизистая оболочка, покрывающая альвеолярные отростки, подшивается в области межзубных промежутков к моделям на всем протяжении. Отсепарованный кожный лоскут укладывается на место и зашивается.

Моделью челюстно-лицевых костей могут служить также их гипсовые слепки, изготовление которых однотипно с производством маски.

#### **Изготовление посмертных масок (слепков)**

В экспертной практике иногда возникает необходимость фиксации признаков внешнего облика лица с помощью посмертной маски. В отличие от описания и фотоснимка маска передает строение лица в естественных размерах и объемном виде. Маска, отображая мельчайшие детали лица, позволяет рассматривать его во всех наиболее благоприятных для опознания положениях.

Изготовление маски может проводиться как на месте обнаружения трупа (при наличии необходимых условий), так и в морге, где маску желательно снимать до судебно-медицинского вскрытия трупа.

Для производства маски необходимо вначале получить форму (негативная отливка), которую изготавливают из гипса. Гипс разводят до образования среднегустой консистенции (густота сметаны). Для придания массе телесного цвета добавляют охру или иной краситель. Чтобы гипсовая масса не стекала с лица, голову трупа обвязывают полотенцем, закрывая темя, уши и нижнюю часть шеи.

Перед изготовлением формы кожу лица и волосы протирают вазелином. Вместо вазелина можно использовать мыло, любой косметический крем. Смазывающее вещество следует наносить тонким слоем, чтобы сохранить микрорельеф кожи лица. Гипсовую массу наносят ложкой или кистью, покрывая все лицо. Заливку лучше начинать со лба и области глаз. Толщина слоя гипса не должна превышать 1 см. После этого вновь наносят гипс, доведя толщину слепка до 2—3 см.

Когда масса затвердеет, форму осторожно снимают с лица, приподнимая за нижний край (у подбородка). Если края формы обламываются, их следует приклеить универсальным клеем.

Для получения маски (позитивная отливка) форму смазывают вазелином или жидким мылом, укладывают полую часть кверху и заливают гипсом. Для укрепления маски Ю.П. Дубягин (1976) предложил использовать проволочный каркас, который до заливки гипсовой массы укладывают в форму так, чтобы он не касался ее поверхности.

После застывания маски (позитивной отливки) форму отделяют от позитива. Если форма не снимается, ее разбивают легкими ударами деревянного молотка или долота.

А.М. Дягтеревым (1993) разработана методика изготовления цветных восковых, полимерных (пластических) и металлических масок. Для получения восковой маски автор использовал смесь технического воска и парафина (3:7), масляные и гримерные краски. Цветовая гамма маски подбиралась таким образом, чтобы она полностью передавала цветовую гамму лица и волос. Посмертная маска из пластических материалов изготавливалась на основе каучука ПДИ-ЗАК (полидивинил-изопреддиуретан-эпоксид) с добавлением растворителя (керосин или уайт-спирт), касторового или камфорного масла, пластификатора (борсодержащий вазелин), масляных красок или косметического грима и, наконец, отвердителя (полиэтиленполиамины).

В процессе создания металлической маски применялась однородная концентрированная взвесь ферритового порошка в жидкости (спирт, ацетон). На первом этапе получения такой маски форма (негативный гипсовый слепок) высушивалась на воздухе и обжигалась в муфельной печи. Далее гипсовый слепок с нанесенным на него слоем ферритового порошка сушился при температуре 100-150 °С в течение 30—40 мин. Затем проводился нагрев с заданной скоростью до температуры спекания порошка (750-1050 °С) в муфельной печи в воздушной атмосфере в течение 2,5 ч. В зависимости от выбранного порошка маска могла иметь серый или коричневатокрасный цвет.

Когда возникает необходимость повторного (или даже неоднократного) получения маски (позитива), может быть изготовлена постоянная форма (негатив). Методика создания постоянной формы на основе столярного клея приводится Б.С. Сवादковским и А.Г. Горбушиным (1975). Измельченный столярный клей, смешанный с холодной водой, варят на водяной бане до получения массы среднетекучей консистенции. После этого делают чехол для позитива. Ранее изготовленный первый позитив маски обкладывают ровным слоем скульптурной глины (толщиной около 1 см). Поверхность глины смазывают вазелином или жидким мылом и обкладывают загустевшим гипсом (слоем 2—3 см). После затвердения гипса слой, образующий чехол позитива, снимается с маски. Позитив очищают от глины, оставляя ее только у основания маски в виде валика толщиной не более 1 см, чтобы при наложении чехла между ним и маской (позитивом) осталось свободное пространство. В верхней части свода чехла необходимо сделать два отверстия для заливания клея и выхода воздуха. Смазав вазелином маску (позитив) и внутреннюю сторону чехла, позитив покрывают чехлом, скрепляют их гипсом по основанию и свободное пространство между ними заливают клеем через одно из отверстий в чехле, пока из второго отверстия не станет вытекать клей. Через сутки гипсовый чехол снимают или разбирают, а эластичный клеевой негатив (постоянная форма), легко снимающийся с маски, может быть использован для изготовления дубликатов позитивов из гипса, воска, папье-маше и других материалов.

### **Реставрация лица**

При повреждениях, гниении, высыхании лицо трупа может быть обезображено. В связи с этим для опознания, идентификации личности нередко приходится производить восстановление лица, его реставрацию.

При наличии повреждений лицо обмывают. На пергаментные пятна и участки подсыхания обычно накладывается влажная губка. Участки, на которых кожа была осаднена, покрывают тонким слоем косметического грима. Разрывы и разрезы кожи сшивают край в край тонкими нитками. Дефекты кожи лица замещают кожей с других участков тела, пришивая к краям дефекта. Швы покрывают гримом.

А.М. Дягтерев предлагает бесшовный способ устранения кожных дефектов и ран с

помощью биологического клея «Циакрин». На обезжиренные эфиром края повреждения тонким слоем наносится биологический клей, после чего края повреждения плотно соединяют и фиксируют в течение 2-3 мин. На месте склеивания остается уплотнение, не отличающееся по цвету от окружающих тканей.

При переломах и деформациях костей лица им придают прежнее положение, для чего кожа может быть отсепарована, кости фиксированы проволочными швами. Устранение глубоких и обширных костных дефектов может быть произведено пластичными массами, которые должны быть эластичными и легко разминаться руками. Восстановления прежних контуров лица добиваются введением ватных тампонов под дефекты костей, а при необходимости — в полость рта.

Затем лицо обмывают и высушивают, дефекты закрываются театральным гримом. Волосы причесывают, брови расправляют. Губы подкрашивают кармином. Веки приклеивают биологическим клеем или фиксируют тонкой ниткой, чтобы глаза оставались открытыми. Роговицы смазывают глицерином. В запавшие глазные яблоки тонкой иглой в угол глазной щели вводят раствор глицерина, разведенный водой в соотношении 1:1.

В случаях раздутия лица гнилостными газами за ушными раковинами, под краем нижней челюсти, в полости рта на слизистых щек делают разрезы и кожу осторожно массируют для удаления газов из подкожной клетчатки. Для удаления темно-зеленой окраски кожи голову отделяют от туловища и промывают в течение нескольких суток в проточной холодной воде, чем можно добиться значительного побледнения окраски. Затем голову высушивают, причесывают, кожу припудривают или покрывают косметическим гримом. Глаза обрабатывают вышеуказанным способом. Если глаза полностью размягчены, могут быть вставлены протезы.

## **ОФОРМЛЕНИЕ ЗАКЛЮЧЕНИЯ ЭКСПЕРТА**

### **Вводная часть.**

*Во вводной части* заключения эксперта отмечается: когда, где (т. е. дата и место), кем (фамилия, имя, отчество, образование, специальность, ученая степень и звание, занимаемая должность), на каком основании (по предложению кого) была произведена экспертиза, кто присутствовал при этом (представители органов следствия или дознания, врачи и т. д.). Указываются фамилия, имя, отчество и возраст умершего, перечисляются вопросы, которые поставлены на разрешение, и излагаются предварительные сведения об обстоятельствах дела, полученные из представленных документов или со слов лиц, доставивших труп в морг.

### **Описательная часть**

*В описательной части* заключения эксперта последовательно излагаются данные, полученные при наружном осмотре и вскрытии трупа. Экспертные выводы базируются в основном на этой части документа, поэтому она является важнейшей в нем. Для правильного составления описательной части необходимо руководствоваться следующими предъявляемыми к ней требованиями:

**Полнота описания.** Документ должен настолько полно отражать объективные данные, полученные при исследовании, чтобы по ним можно было ответить не только на уже поставленные вопросы, но и на те, которые **могут** возникать позднее.

**Объективность изложения.** Описательная часть не должна составляться по форме готовых диагнозов, определений и мнений лица, проводящего экспертизу. Наоборот, в ней с фотографической точностью надлежит описать отмеченную картину, чтобы лицо, читающее такой документ, по описательной части его могло **само** составить правильное представление об изложенном, сделать **свое** заключение. Поэтому в описательной части

недопустимы такие выражения-диагнозы, как «входное огнестрельное отверстие», «резаная рана» и пр., - необходимо дать объективное описание этих повреждений (например, «рана прямолинейной формы, длиной 4,0см, без дефекта ткани, с ровными гладкими краями и остроугольными концами»).

**Общепонятность изложения.** Документ должен составляться на государственном языке республики. Исходя из того, что его изучают преимущественно лица, не имеющие специального медицинского образования, он пишется в общепонятных выражениях, без медицинских терминов и латинских слов. При невозможности обойтись без таких выражений или слов, требуется пояснить их смысл.

Заключение эксперта является источником доказательств по делу, поэтому в нем не допускаются исправления, вписывание слов, зачеркивания. При необходимости исправления об этом должна быть сделана оговорка в конце документа.

Под описательной частью документа подписываются судебно-медицинский эксперт, производивший исследование трупа, следователь или дознаватель и другие лица, присутствовавшие при этом.

После описательной части в заключении эксперта может содержаться раздел - «дополнительные исследования и результаты лабораторных анализов».

В нем описываются экспертные действия и данные, не нашедшие отражения в описательной части. Это может быть описание объектов, доставленных вместе с трупом (например, предполагаемого орудия травмы или петли, снятой с шеи покойного на месте происшествия, и пр.), результатов экспериментов по воспроизведению повреждений, аналогичных таковым на коже или одежде, а также исследований, выполненных экспертом с помощью специальных приборов и методик (например, изучение повреждений или характерных загрязнений на теле и одежде покойного при непосредственной микроскопии—под стереомикроскопом). Здесь же излагаются данные исследований, проведенных по требованию эксперта в судебно-медицинской лаборатории, - гистологических, химических и прочих — со ссылкой на номера и даты соответствующих документов.

### **Резюмирующая часть.**

*Резюмирующая часть* заключения - выводы - содержит суждения, вытекающие из описательной части, а также ответы на вопросы представителя судебно-следственных органов, назначившего экспертизу или исследование трупа.

Перед выводами формулируется судебно-медицинский диагноз.

### **Судебно-медицинский диагноз.**

Судебно-медицинский диагноз необходим и полезен, прежде всего, для эксперта, т. к. способствует развитию его врачебного мышления, повышению медицинской грамотности, улучшает в целом описательную часть заключения и облегчает построение выводов.

Судебно-медицинский диагноз необходим и лечащим врачам для сличения его с клиническим.

Наконец, судебно-медицинский диагноз полезен судебно-следственным работникам, т. к. облегчает анализ заключения эксперта и дает более полное и конкретное представление о сущности повреждений или заболеваний, отмеченных при исследовании трупа.

К судебно-медицинскому диагнозу предъявляются следующие требования:

1. Полнота изложения. В судебно-медицинском диагнозе отражаются все морфологические изменения (повреждения и заболевания), обнаруженные при исследовании трупа, а также повреждения и загрязнения одежды, имеющие судебно-медицинское значение. Отмечаются, кроме того, специфические запахи от органов и полостей трупа (алкоголя, уксусной кислоты, синильной кислоты, дихлорэтана, ацетона, эфира и т. д.).

При наличии выраженных проявлений гниения, затрудняющих исследование трупа, они тоже отражаются в диагнозе.

Фиксируя в диагнозе обнаруженные в трупе болезненные изменения или повреждения, необходимо не только перечислить их, но и указать локализацию, степень выраженности, стадию развития болезненного процесса или характерные судебно-медицинские особенности повреждения, в том числе и степень обескровливания.

*Например:* а) Общий резко выраженный атеросклероз: склероз аорты с обызвествлением и изъязвлением бляшек, выраженные склеротические изменения в сердечных сосудах с резким сужением и смещением их просветов, склероз сосудов головного мозга и почек.

б) Свежий кровоподтек на наружной поверхности средней трети правого плеча, по форме воспроизводящий пряжку ремня.

При составлении судебно-медицинского диагноза используются и клинические данные, полученные из истории болезни или амбулаторной карты, а также результаты дополнительных исследований, уточняющие и конкретизирующие суждение о характере морфологических изменений (микроскопия нативных препаратов, гистологическое, химическое и другие виды лабораторных исследований).

2. **Общепонятность написания.** В судебно-медицинском диагнозе следует избегать специальных медицинских терминов, особенно если их легко заменить общепонятными выражениями, отражающими сущность процесса.

*Например:* некроз—омертвление, пневмония—воспаление легких, менингит - воспаление мозговых оболочек, контузия — ушиб, гематома - кровоизлияние и т. д.

3. **Нозологический принцип построения.** В судебно-медицинском диагнозе должны быть указаны повреждения или заболевания, являющиеся самостоятельными нозологическими единицами, с последующим перечнем свойств и признаков, их характеризующих.

*Например,* механическая асфиксия от утопления в воде: мелкопузырчатая стойкая белая пена в дыхательных путях, выделяющаяся из отверстий носа (феномен «снежного кома»), острое вздутие легких с точечными кровоизлияниями под плеврой их (пятна Рассказова-Лукомского), жидкая кровь в сосудах и в полостях сердца, венозное полнокровие внутренних органов, серозный отек ложа и стенки желчного пузыря, скопление 5 мл бесцветной жидкости в пазухе основной кости; панцири диатомей в костном мозге и в жидкости из пазухи основной кости (микроскопически).

Если обнаруженные при исследовании трупа изменения не дают оснований для определения конкретной нозологической единицы заболевания или повреждения, возможно построение диагноза в виде простого перечня этих изменений.

4. **Судебно-медицинская направленность.** В диагнозе должны быть отражены особенности изменений, имеющие судебно-медицинское значение. Из этих соображений в нем наряду с морфологической картиной, установленной при исследовании трупа, приводятся некоторые данные относительно повреждений или загрязнений одежды (см. п. а. «Полнота изложения»).

Имея в виду судебно-медицинскую направленность диагноза, в нем, например, следует отметить следы скольжения на фоне саадин или на подошвах обуви, а также загрязнения повреждений на теле или одежде смазочными веществами при транспортных травмах, наличие копоти и зерен пороха у входного огнестрельного отверстия, свойства концов кожных ран и т. д.

5. **Констациональный характер.** В судебно-медицинском диагнозе лишь перечисляются и систематизируются обнаруженные изменения, судебно-медицинская оценка их дается в выводах. Поэтому диагноз не может подменять собой выводов эксперта.

В основу составления судебно-медицинского диагноза должны быть положены принципы построения клинического и патологоанатомического диагнозов.

Судебно-медицинский диагноз строится по патогенетическому принципу с указанием:

- а) основного заболевания или повреждения;
- б) осложнений основного заболевания или повреждения;
- в) прочих повреждений, не обусловленных комплексом данной травмы;

г) сопутствующих заболеваний.

**Основным заболеванием или повреждением** считается такое заболевание или повреждение типа нозологической единицы, которое непосредственно или через тесно связанное с ним осложнение повлекло за собой смерть. При этом, применительно к судебно-медицинской практике, под основным повреждением следует понимать не только избирательное повреждение какого-либо жизненно важного органа, повлекшее за собой смерть, но и все иные повреждения, обусловленные комплексом данной травмы.

*Например*, при исследовании трупа обнаружено: ушиб вещества головного мозга, кровоизлияние под мягкие оболочки его, ссадины на лице, расположенные на выступающих точках лицевого скелета, и поперечный перелом бедра в средней трети. Подразделять эти повреждения, полученные в комплексе единой транспортной травмы, на основные и сопутствующие с судебно-медицинской точки зрения нецелесообразно. Они должны быть перечислены под рубрикой «основных», хотя значимость их для организма пострадавшего различна.

**Осложнениями основного повреждения или заболевания** считаются те патологические процессы, которые непосредственно, патогенетически связаны с основным заболеванием или повреждением и ими обусловлены.

*Например*: а) при исследовании трупа обнаружен выраженный общий атеросклероз и кровоизлияние в подкорковые узлы головного мозга. Общий атеросклероз в дачном случае является основным заболеванием, кровоизлияние в мозг — осложнением основного заболевания, патогенетически тесно с ним связанным;

б) при исследовании трупа найдены трещина чешуи височной кости и гнойный менингит. Гнойный менингит надлежит считать осложнением закрытой травмы черепа.

**К прочим повреждениям** следует относить обнаруженные при исследовании повреждения, не входящие в комплекс основной смертельной травмы. Такие повреждения могут быть нанесены до смерти (при медицинских вмешательствах, случайно в быту или на производстве), во время наступления смерти (атональные повреждения) или посмертно (при транспортировке трупа, а также животными, грызунами, насекомыми, обусловлены гнилостным разрушением и др.).

**К сопутствующим заболеваниям** относятся нозологические формы, непосредственно не связанные с основным заболеванием или повреждением и не имеющие отношения к причине смерти.

*Например*, механическая асфиксия от закрытия просвета трахеи инородным телом и общий атеросклероз с преимущественным поражением сосудов сердца. Общий атеросклероз — сопутствующее заболевание, не стоящее в причинной связи со смертью.

Каждая составная часть диагноза в акте исследования трупа должна быть написана с красной строки. Выделять их подзаголовками не следует.

В пределах каждой составной части диагноза повреждения или заболевания должны быть перечислены последовательно, согласно их значимости для организма (тяжести).

Повреждения и загрязнения одежды, обусловленные основным повреждением тела, указываются в конце соответствующего раздела диагноза.

Запах этилового алкоголя от органов и полостей трупа отмечается в конце диагноза после изложения «прочих повреждений и сопутствующих заболеваний», за исключением случаев смерти от алкогольной интоксикации.

### **Выводы.**

Вне зависимости от постановки соответствующих вопросов следователем в выводах эксперт должен дать судебно-медицинскую оценку всем болезненным изменениям и повреждениям, перечисленным в диагнозе, отметив их характер, механизм возникновения и развития, тяжесть, давность, отношение к причине смерти.

Выводы эксперта должны быть:

1. *Научно обоснованными*, т. е. каждое высказанное положение должно базироваться на данных науки и практики по конкретному вопросу.

2. *Объективными*. Выводы не могут основываться на субъективных суждениях и предположениях эксперта, а также на показаниях свидетелей, очевидцев событий и других лиц, какими бы достоверными эти показания ни были. Выводы должны логически вытекать из фактических данных, полученных при исследовании.

3. *Мотивированными*, т. е. подтвержденными данными произведенного исследования (поэтому выводы составляются в так называемой академической форме).

4. *Полными*. В выводах 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*, что, однако, не исключает возможности формулирования отдельных положений в вероятной форме.

*Например*: «Повреждение причинено колюще-режущим предметом» (конкретный вывод); «Морфологические свойства ранения не исключают возможности нанесения его ножом, представленным на экспертизу» (вероятный вывод).

6. *Общепонятными* по форме изложения.

7. *В пределах компетенции эксперта*, т. е. должны содержать только положения, разрешаемые на основании специальных познаний в области медицины.

*Например*, такие понятия, как изнасилование, членовредительство, убийство и т. д., не являются судебно-медицинскими и суждение о них не входит в компетенцию судебно-медицинского эксперта.

Формулировка выводов в заключении может быть разной в зависимости от того, поставлены, или не поставлены перед экспертом на разрешение конкретные вопросы.

В первом случае требуется, прежде всего дать ответы на вопросы, интересующие следствие. При этом допускается объединение однородных вопросов, изменение их последовательности (но не смысла и редакции), если это улучшает структуру выводов и облегчает формулировку ответов. После ответов на вопросы в выводах освещаются положения, по поводу которых вопросов не задано.

При отсутствии конкретных вопросов примерная схема построения выводов может быть следующей:

а) устанавливается причина смерти, т. е. характеризуется основное повреждение или заболевание, вызвавшее смерть непосредственно или через цепь проявлений и осложнений;

б) в случаях насильственной смерти определяется внешний фактор, вызвавший смерть: механический, термический, химический и пр.

При механической травме по свойствам повреждений детально характеризуются вид и особенности использованного орудия.

*Например*, воспроизводятся форма, размерные данные, состояние поверхности и другие особенности колющего или колюще-режущего орудия, описываются свойства ударяющей поверхности тупого предмета, характеризуется петля по состоянию странгуляционной борозды и т. д.

При разрешении вопроса об использовании в качестве орудия травмы определенного предмета, представленного на экспертизу, кроме данных, полученных при изучении повреждений на теле и одежде, принимаются во внимание результаты исследований этого предмета и характерных наложений на нем (кровь, клеточные элементы животного происхождения, текстильные волокна, волосы), а также выводы из экспертных экспериментов, трасологических экспертиз и т. д.;

в) исходя из характера и расположения повреждений, применительно к определенным обстоятельствам дела, с той или иной степенью конкретности воспроизводится механизм возникновения смертельной травмы, взаиморасположение потерпевшего и нападавшего в момент нанесения повреждений, положение орудия относительно тела потерпевшего и т. д.;

г) производится судебно-медицинская оценка всех других

повреждений, а также заболеваний, перечисленных в судебно-медицинском диагнозе, отмечается их отношение к причине смерти. Применительно к повреждениям разрешаются вопросы об их прижизненности и давности нанесения, а в соответствующих случаях, кроме того, — о степени тяжести. Требуется охарактеризовать орудие травмы и механизм нанесения указанных повреждений;

д) освещаются иные положения, имеющие доказательственное значение по делу: о давности смерти, о способности к активным действиям смертельно раненого, об употреблении этилового алкоголя и состоянии опьянения перед смертью и т. д.

Необходимо подчеркнуть, что построение выводов — акт творческий, здесь не может быть шаблонов и застывших схем; каждый случай индивидуален, и этим, в значительной степени, определяются содержание и форма выводов.

## ПРИЛОЖЕНИЯ

Приложение 1. Схема заключения эксперта.

### ЗАКЛЮЧЕНИЕ ЭКСПЕРТА № по судебно-медицинскому исследованию трупа

\_\_\_20\_\_\_ г. в \_\_\_ час. \_\_\_ мин.

Город \_\_\_

На основании постановления (направления) следователя (дознателя) ФИО от «\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_\_ г., за №. \_\_\_, врач судебно-медицинский эксперт (ФИО), занимаемая должность, специальность, стаж работы, категория квалификации, ученая степень, звание по постановлению (предложению) следователя, дознателя(ФИО) \_\_\_\_\_ в помещении, находящемся \_\_\_\_\_ в присутствии следователя, дознателя, понятых, лечащего врача и др.) произвел судебно-медицинское исследование трупа (фамилия, имя, отчество, возраст), проживавшего \_\_\_\_\_

#### ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЕ СВЕДЕНИЯ

(источник получения, данные об обстоятельствах смерти и характере происшествия, перенесенных заболеваниях, употреблении этилового алкоголя незадолго до смерти и др.; при смерти в лечебном учреждении — сведения из истории болезни о начале и развитии заболевания, лечебных мероприятиях, операциях, осложнениях и др.).

#### А. НАРУЖНЫЙ ОСМОТР

##### I. Одежда и предметы, доставленные с трупом

(описание частей одежды, степень их изношенности, повреждения, пятна крови, спермы, рвотных масс и др. загрязнения; содержимое карманов; описание предметов, доставленных с трупом).

##### II. Биологическая характеристика и словесный портрет

1. Пол.

2. Возраст на вид (соответствие с возрастом, указанным в препроводительных документах).

3. Рост.

4. Вес.

5. Телосложение.

6. Питание.

7. Кожные покровы (цвет, загрязнения).

8. Волосистая часть головы (длина волос, цвет, поседение, облысение и др. особенности).

9. Усы и борода (длина волос, форма усов и бороды, цвет).

10. Глаза (конъюнктивы, роговицы, радужки, зрачки).

11. Нос (целость костей, выделения).

12. Рот (губы, зубы, включая зубные протезы, выделения).

13. Ушные раковины. Наружные слуховые проходы (выделения).

14. Шея (длинная, короткая, подвижность).

15. Грудная клетка (форма, симметричность строения).

16. Грудные железы (величина, форма, консистенция, цвет и вид околососковых кружков и сосков, выделения из сосков).

17. Живот (вздут, запавший, у новорожденных — состояние пупочного кольца и пуповины).

18. Наружные половые органы (оволосение, правильность развития, девственная плева и отверстие мочеиспускательного канала, выделения, повреждения).

19. Спина (состояние позвоночника, искривления, целостность на ощупь).

20. Задний проход (зияние, загрязнения, болезненные изменения). Область промежности.

21. Конечности (целость костей, дефекты развития, болезненные изменения).

22. Прочие особенности (татуировки, рубцы, родимые пятна и др.).

### **III. Посмертные изменения.**

1. Ранние трупные явления Охлаждение.

Высыхание кожи и слизистых (локализация, характер).

Трупные пятна (локализация, цвет, интенсивность, стадия и фаза развития).

Трупное окоченение (степень выраженности в отдельных мышечных группах).

2. Поздние трупные изменения.

Гнилостные явления (трупная зелень, гнилостная венозная сеть, трупная эмфизема, локализация, интенсивность; выделение гнилостных жидкостей, желудочного содержимого и др.). Консервирующие явления (мумификация, жировоск, торфяное дубление — распространенность, степень выраженности).

3. Разрушение трупа живыми организмами (участки плесени, отложения личинок мух, прорастание растениями).

### **IV. Повреждения.**

(локализация, вид, форма, цвет, размеры, состояние краев и концов ран, специфические наложения и загрязнения, реактивные изменения по протяжению и в окружности).

### **Б. ВНУТРЕННЕЕ ИССЛЕДОВАНИЕ.**

#### **V. Черепно-мозговая полость**

1. Мягкие покровы головы (цвет, влажность, кровоизлияния, их локализация, размеры, форма).

2. Кости свода черепа (толщина, швы, повреждения, их локализация, (размеры, характер).

3. Твердая мозговая оболочка (целость, цвет, напряжение, кровенаполнение сосудов, содержимое синусов).

4. Мягкие мозговые оболочки (прозрачность, влажность, кровенаполнение сосудов, кровоизлияния, гнойные наложения).

5. Сосуды основания мозга (эластичность стенок, склеротические бляшки).

6. Головной мозг (консистенция, извилины и борозды, содержимое желудочков, рисунок коры и подкорковых узлов, кровенаполнение, специфический запах, очаговые изменения, локализация, вид, размеры, цвет участков размятия, опухолей, кровоизлияний и др.).

7. Кости основания черепа (переломы и трещины, их локализация, размеры, зияние).

8. Придаточные полости, полости средних ушей (содержимое) .

#### **VI. Подкожножировой слой.**

(толщина в области грудной и брюшной стенок).

#### **VII. Полость рта и область шеи.**

1. Мягкие ткани шеи (кровоизлияния, их локализация, размеры, цвет, форма).

2. Язык (цвет слизистой, налеты, состояние сосочков, отпечатки зубов).

3. Миндалины (величина, консистенция, гнойные пробки),

4. Щитовидная железа (размеры долей, консистенция, цвет на разрезе).

5. Зобная железа (размеры, вес, консистенция, цвет на разрезе).

6. Пищевод (состояние просвета, слизистой).

7. Хрящи гортани, трахеи, подъязычная кость (переломы, надломы, кровоизлияния в окружности).

8. Верхние дыхательные пути (содержимое - характер, цвет, состояние слизистой).

#### **VIII. Грудная полость.**

1. Мягкие ткани грудной стенки (кровоизлияния, их локализация, размеры, цвет, форма).

2. Плевральные полости (содержимое - спайки, жидкость, ее количество, характер, специфический запах).

3. Ребра (трещины и переломы, их локализация и характер, болезненные изменения).

4. Легкие (воздушность, цвет и характер поверхности, пятна Тардье, Рассказова-Лукомского, состояние краев, кровенаполнение ткани, характер и количество жидкости на поверхности разреза, повреждения).

5. Лимфатические узлы ворот легких, бифуркационные и бронхиальные (величина, плотность, вид на разрезе).
6. Околосердечная сорочка (цвет, блеск, содержимое).
7. Сердце (размеры, вес, конфигурация, консистенция, состояние поверхности, содержимое полостей, клапаны, сосочковые мышцы и сухожильные нити, внутренняя поверхность, толщина стенок желудочков; мышца сердца на разрезе, ее цвет, блеск, соединительнотканые прослойки и рубцы, состояние венечных сосудов - просветы, стенки).
8. Аорта и легочная артерия (стенки, просветы, ширина у основания).

#### **IX. Брюшная полость.**

1. Мягкие ткани брюшной стенки (кровоизлияния, их локализация, размеры, цвет, форма).
  2. Расположение органов, содержимое полости (количество, характер, специфический запах).
  3. Брюшина (влажность, цвет, блеск).
  4. Печень (размеры, вес, состояние края и поверхности, цвет с поверхности и на разрезе, рисунок, кровенаполнение, болезненные изменения, повреждения).
  5. Желчный пузырь и желчные протоки (количество, цвет и консистенция желчи, камни, стенка пузыря, его слизистая).
  6. Поджелудочная железа (консистенция, дольчатость, кровенаполнение, кровоизлияния, их локализация, характер, болезненные изменения, повреждения).
  7. Селезенка (размеры, вес, состояние капсулы, консистенция, поверхность разреза, соскоб, повреждения).
  8. Желудок (вид с поверхности, содержимое — количество, характер, запах, цвет; слизистая, ее складчатость, болезненные изменения, повреждения).
  9. Тонкий и толстый кишечник (содержимое по отделам, состояние слизистой). Брыжейка (состояние сосудов и лимфатических узлов).
  10. Надпочечники (форма, размеры, вес, состояние слоев, выраженность границы между ними, болезненные изменения).
  11. Почки (состояние околопочечной клетчатки, размеры, вес каждой почки, поверхность, кровенаполнение, выраженность слоев, содержимое лоханок, слизистая, повреждения).
  12. Мочеточники (проходимость, слизистая).
  13. Мочевой пузырь (характер и количество мочи, слизистая, повреждения).
  14. Мочеиспускательный канал (проходимость, слизистая).
  15. Брюшная аорта и ее ветви (состояние стенок, просветы) .
  16. Внутренние половые органы:
    - а) Матка (размеры, форма, состояние наружного зева, содержимое полости, слизистая тела и шейки, состояние стенки). Фаллопиевы трубы (проходимость, наличие и характер содержимого). Состояние широких связок матки,
    - б) Яичники (размеры, форма и вид на разрезе, цвет, желтое тело — беременности, менструальное, свежее, старое, размеры).
    - в) Влагалище (содержимое, цвет и вид слизистой, повреждения) .
- Или:
- а) Предстательная железа (размеры, плотность, вид на разрезе).
  - б) Яички (размеры, консистенция, цвет на разрезе яичек и придатков).
17. Кости таза (болезненные изменения, повреждения, их характер и локализация).

#### **X. Мышцы спины.**

(Кровоизлияния, болезненные изменения, характер, локализация).

#### **XI. Позвоночник и спинной мозг.**

(целость костей, содержимое канала, состояние оболочек, спинной мозг - рисунок на разрезе, повреждения, кровоизлияния, опухоли и др. болезненные изменения, их локализация, характер).

Перечень частей органов, тканей и других объектов, изъятых при вскрытии для дополнительных исследований (судебно-химического, гистологического, бактериологического и др.).

Примечание: При проведении проб на живорожденность, воздушную эмболию или пневмоторакс — их техника и полученные результаты описываются по ходу выполнения.

Подписи:

*Судебно-медицинского эксперта. Представителя органов расследования. Понятых:*

1)

2)

## **В. ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ И РЕЗУЛЬТАТЫ ЛАБОРАТОРНЫХ АНАЛИЗОВ.**

(описание объектов, методики исследования, полученные результаты; данные лабораторных анализов со ссылкой на номера и даты соответствующих экспертных документов).

## **Г. СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКИЙ ДИАГНОЗ.**

1. Основное повреждение или заболевание (с указанием: а) при повреждениях — всего комплекса полученной травмы,

локализации, поражения отдельных органов и тканей, степени кровопотери; б) при заболеваниях — локализации, распространенности процесса, стадии развития).

2. Осложнения основного повреждения или заболевания.

3. Прочие повреждения (не входящие в комплекс смертельной травмы, полученные до смерти, во время ее наступления или причиненные посмертно).

4. Сопутствующие заболевания.

## **Д. ВЫВОДЫ.**

(причина и генез смерти, характеристика внешнего фактора, вызвавшего смерть, механизм травмы, судебно-медицинская оценка несмертельных повреждений и заболеваний, ответы на вопросы представителя органов расследования, назначившего экспертизу).

## **Приложения.**

(акты лабораторных исследований, заключений экспертов, фотографии, чертежи, схемы и т. п.).

*Подпись судебно-медицинского эксперта*

*М. П.*

Приложение 2.

## **ОБРАЗЦЫ СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКИХ ДИАГНОЗОВ И ВЫВОДОВ ЭКСПЕРТА.**

### **СУДЕБНОМЕДИЦИНСКИЙ ДИАГНОЗ.**

Механическая асфиксия от сдавления шея петлей при повешении: прижизненная косовосходящая странгуляционная борозда на шее с перерывом на задней поверхности, с выраженным рельефом в виде отпечатков витков веревки; надрывы внутренней оболочки санных артерий; точечные кровоизлияния в слизистые оболочки век; точечные кровоизлияния под плевру легких и эпикард (пятна Тардые); острое вздутие легких; венозное полнокровие внутренних органов.

Отцветающий кровоподтек в веках правого глаза.

Умеренный общий атеросклероз.

Отчетливый запах этилового алкоголя от вещества головного мозга; судебно-химически — 2,6% о этилового алкоголя в крови, 1,2% о — в моче.

### **ВЫВОДЫ.**

На основании вышеизложенного полагаю, что смерть гр-на Анохина Ивана Николаевича, 53 лет, наступила от механической асфиксии вследствие сдавления шеи петлей при

повешении. Это подтверждается наличием на шее трупа прижизненной странгуляционной борозды и другими признаками, обнаруженными при исследовании трупа (кровоизлияния в слизистые оболочки век, острое вздутие легких, точечные кровоизлияния на поверхности легких под плеврой и на поверхности сердца под эпикардом, венозное полнокровие внутренних органов).

Ширина, глубина и выраженность странгуляционной борозды, а также характерный рельеф ее в виде отпечатков витков веревки дают основание считать, что эта борозда могла возникнуть от сдавления шеи одиночной петлей, изготовленной из пеньковой веревки, доставленной на экспертизу. Петля могла быть скользящей или неподвижной открытой, с узлом, расположенным на задней поверхности шеи.

Кровоподтек в веках правого глаза Анохина образовался от действия тупого предмета за 5—6 дней до наступления смерти, к причине смерти не имеет отношения. По степени тяжести такое повреждение у живых лиц расценивается как легкое, не повлекшее за собой кратковременного расстройства здоровья и незначительной стойкой утраты трудоспособности.

Содержание 2,6‰ этилового алкоголя в крови трупа и 1,2‰ в моче свидетельствует о том, что незадолго до смерти Анохин употреблял спиртные напитки. Такая концентрация этилового алкоголя у живых лиц обычно соответствует средней степени опьянения.

Умеренный общий атеросклероз, которым страдал Анохин, к причине смерти отношения не имеет.

## **II. СУДЕБНОМЕДИЦИНСКИЙ ДИАГНОЗ.**

Огнестрельное сквозное пулевое ранение головы с повреждением костей черепа и вещества головного мозга, с входным отверстием на правом виске и выходным—в левой теменной области; обширные звездчатые разрывы кожи в области входной раны, интенсивное закапчивание ее краев и стенок начальной части раневого канала (в височной мышце и височной кости справа).

Множественные свежие мелкие ссадины и кровоподтеки на коже обеих кистей и предплечий.

### **ВЫВОДЫ.**

На основании вышеизложенного полагаю, что смерть гр-на Степанова Ивана Ивановича, 35 лет, наступила от разрушения вещества головного мозга и переломов костей черепа в результате сквозного пулевого ранения головы.

Входное отверстие расположено в правой височной области, о чем свидетельствуют характерные звездчатые разрывы краев кожной раны, их интенсивное закапчивание, соответствующая форма повреждения в подлежащей височной кости и др. признаки. Выходное отверстие находится в левой теменной области головы, на что указывают щелевидная форма кожной раны, отсутствие в ней дефекта ткани, вид повреждения в левой теменной кости и пр. признаки. Общее направление раневого канала — справа налево, несколько снизу вверх, что соответствует направлению выстрела при условии вертикального положения головы в пространстве.

Выстрел произведен в негерметический упор, что подтверждается обширными звездчатыми разрывами мягких тканей в области входной раны, а также наличием интенсивного отложения копоти по ее краям и в начальной части раневого канала.

Учитывая, что диаметр круглого дефекта в правой височной кости равен 9мм, считаю, что ранение причинено выстрелом из огнестрельного оружия с калибром ствола 9мм. Таким оружием мог быть пистолет системы Макарова, изъятый с места происшествия и доставленный на экспертизу.

При лабораторном исследовании в дульной части ствола этого пистолета обнаружены следы крови человека, совпадающей по группе (0-1) с кровью покойного, и частички головного мозга человека той же групповой принадлежности, мужского цитологического пола. Кровь и мозговое вещество могли попасть в канал ствола при, выстреле в голову Степанова в упор или с очень близкого расстояния. Следовательно, факт их обнаружения

в канале ствола подтверждает вывод о возможности использования конкретного экземпляра пистолета системы Макарова для нанесения ранения Степанову и об указанной дистанции выстрела.

Обнаруженные множественные ссадины и кровоподтеки на коже кистей рук и предплечий трупа причинены тупым предметом непосредственно перед смертью или за несколько часов до ее наступления. Форма и размеры ссадин и кровоподтеков -не исключают возможности нанесения их руками. У живых лиц такие повреждения по степени тяжести обычно относятся к категории легких, не причинивших кратковременного расстройства здоровья и незначительной стойкой утраты трудоспособности, к причине смерти они не имеют отношения.

Запаха этилового алкоголя от органов и полостей трупа не ощущалось, при судебно-химическом анализе в крови этилового алкоголя не найдено.

Болезненных изменений во внутренних органах при исследовании не обнаружено.

### **III. СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКИЙ ДИАГНОЗ.**

Острое отравление этиловым алкоголем: резкий запах этилового алкоголя от органов и полостей трупа; 5,2‰ этилового алкоголя в крови и 1,5‰ — в моче (судебно-химически); множественные точечные кровоизлияния под плевру, эпикард, брюшину; гиперемия (покраснение) слизистой желудка и 12-перстной кишки с мелкими кровоизлияниями на верхушках складок; полнокровие мягких мозговых оболочек и головного мозга; переполнение мочой мочевого пузыря; венозное полнокровие внутренних органов; резкое полнокровие и венозный отек легких, набухание альвеолярного эпителия (гистологически).

Подживающая ссадина в области правого лобного бугра.

### **ВЫВОДЫ.**

На основании вышеизложенного полагаю, что смерть гр-на Тихонова Семена Семеновича, 28 лет, наступила от острого отравления этиловым алкоголем. Это подтверждается высоким содержанием этилового алкоголя в крови - 5,6‰ и характерной секционной картиной (кровоизлияния под серозные оболочки, в слизистую желудка и 12-перстной кишки, полнокровие и отек легких, полнокровие головного мозга и мягких мозговых оболочек, переполнение мочой мочевого пузыря).

Ссадина в области правого лобного бугра причинена тупым предметом за 4—5 дней до наступления смерти. По тяжести это повреждение у живых лиц обычно расценивается как легкие, не повлекшее за собой кратковременного расстройства здоровья и незначительной стойкой утраты трудоспособности.

### **IV. СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКИЙ ДИАГНОЗ.**

Выраженный общий атеросклероз: атеросклероз аорты в стадии обызвествления и частичного изъязвления бляшек; атеросклероз сосудов головного мозга, почек, сосудов сердца со значительным сужением и смещением их просветов.

Закупорка (тромбоз) нисходящей ветви левой венечной артерии сердца прижизненным свертком крови; омертвление участка сердечной мышцы (инфаркт) в области передней стенки левого желудочка.

Дистрофические изменения в мышце сердца, печени, почках, застойное полнокровие внутренних органов. Гипертрофия (утолщение) и склеротические изменения мышцы левого желудочка сердца.

Свежий кровоподтек и свежая ссадина в левой лобной области. Старые спайки в правой плевральной полости.

### **ВЫВОДЫ.**

На основании вышеизложенного полагаю, что смерть гр-на Н.П.П., 62 лет, наступила от острой сердечно-сосудистой недостаточности, развившейся вследствие частичного омертвления сердечной мышцы (инфаркта) в области передней стенки левого желудочка сердца. Инфаркт явился результатом закупорки просвета левой венечной артерии свертком крови (тромбоз артерии) на почве выраженного общего атеросклероза, которым страдал

покойный. Ссадина и кровоподтек, обнаруженные в левой лобной области головы Нифонтова, причинены незадолго до смерти или в момент ее наступления твердым тупым предметом; они могли явиться также результатом ушиба о твердую поверхность при падении. К причине смерти эти повреждения отношения не имеют, по степени тяжести у живых лиц обычно относятся к категории легких без кратковременного расстройств здоровья и незначительной стойкой утраты трудоспособности.

Старые спайки в правой плевральной полости являются следствием давно перенесенного воспалительного процесса плевры, к причине смерти также не имеют отношения.

#### **V. СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКИЙ ДИАГНОЗ.**

Резко выраженное универсальное гниение трупа: скопление гнилостных газов в мягких тканях, полостях и органах (гнилостная эмфизема); грязно-зеленая окраска кожных покровов и внутренних органов; гнилостно-кровянистая жидкость в плевральных и брюшной полостях; гнилостное расплавление внутренних органов.

Признаки длительного пребывания трупа в воде: мацерация (вымачивание) кожи, отслойка рогового слоя эпидермиса, особенно на подошвах и кистях рук («перчатки смерти»).

#### **ВЫВОДЫ.**

На основании вышеизложенного полагаю, что вследствие выраженных гнилостных изменений трупа гр-на Иванова Семена Ивановича, 37 лет, установить причину смерти не представляется возможным.

Каких-либо механических повреждений, а также выраженных болезненных изменений внутренних органов при исследовании не обнаружено.

Судебно-химическим анализом в органах трупа отравляющих веществ не найдено.

В костном мозге не выявлены панцири диатомей, в пазухах основной кости свободной жидкости не обнаружено.

Принимая во внимание температуру воды и окружающего воздуха, выраженность гнилостных изменений и мацерации кожи, считаю, что труп И. находился в воде 8'—10 суток.

#### Приложение 3. Образец заключения эксперта

#### **ЗАКЛЮЧЕНИЕ ЭКСПЕРТА № 148**

**по судебно-медицинскому исследованию трупа 16 сентября 20\_\_ года, 12 часов, г. Вл-з**  
Я, судебно-медицинский эксперт Бюро судебно-медицинской экспертизы МЗ РСО-Алания \_\_\_ (ФИО) на основании постановления следователя прокуратуры Затеречного района г. Вл-з мл. сов. юстиции В. Ф. Р. от 15 сентября 20\_\_ года за № 18/4 в помещении морга Бюро, находящегося в г. Вл-зе, по ул Гагарина, 45, в присутствии следователя В. Ф. Р. произвел судебно-медицинскую экспертизу трупа Б-ва.А.И., 23-х лет, проживавшего в г. Вл-зе, Затеречный район, ул. Ардонская, д. 29, кв. 3.

#### **ОБСТОЯТЕЛЬСТВА ДЕЛА.**

Из протокола осмотра места происшествия и постановления следователя прокуратуры В. Ф. Р. следует, что вечером 15 сентября 20\_\_ года Б-в в компании мужчин во дворе соседнего с его квартирой дома выпил 300 г водки, около 20 часов пошел домой, а через несколько минут был обнаружен лежавшим в бессознательном состоянии на тротуаре, в 50 метрах от своего дома. Машиной скорой помощи потерпевший доставлен в КБСП, где, не приходя в сознание, через 7 минут после поступления скончался. В приемном покое больному вводились подкожно лобелин, кордиамин. При осмотре на груди Б-ва спереди была обнаружена рана, которая детальному исследованию не подвергалась.

На месте происшествия найден раскрытый складной нож с пятнами, похожими на кровь, на клинке и рукоятке. На асфальте, где лежал потерпевший, оказались множественные пятна полужесткой крови.

## **НАРУЖНЫЙ ОСМОТР.**

### **I. Одежда и предметы, доставленные с трупом**

На трупе одето: пиджак шерстяной, темно-синий с подкладкой из черной шелковой саржи; рубашка хлопчатобумажная коричневая с белыми и зелеными узкими продольными полосками; майка-безрукавка белая хлопчатобумажная, трикотажная; брюки темно-синие шерстяные, стянутые в поясе кожаным коричневым ремнем с белой металлической пряжкой спереди; трусы сатиновые черные. На ногах — полуботинки коричневые кожаные на кожаной подошве и носки коричневые трикотажные. Одежда умеренно поношенная, слегка равномерно загрязненная. Во внутреннем грудном левом кармане белый чистый сложенный носовой платок.

На левой поле пиджака, на расстоянии 28,5 см вниз от места пришива воротника к левому плечевому шву и 5 см влево от переднего края полы, в продольном направлении сверху вниз расположено проникающее через ткань пиджака, бортовку и подкладку, повреждение длиной 2,4 см прямолинейной формы с ровными краями, с верхним остроугольным и нижним слегка закругленным концами. Со стороны подкладки повреждение имеет также прямолинейную форму, ту же длину, ровные края и закругленные концы. У верхнего конца нити саржи слегка разволокнены. В окружности повреждения на ткани пиджака крови не заметно, на подкладке — разлитые кровяные пятна, пропитывающие ткань. На рубашке, соответственно повреждению на пиджаке, в продольном направлении расположено повреждение ткани длиной 1,4 см, прямолинейной формы с ровными краями и закругленными концами. В окружности повреждения ткань рубашки пропитана кровью, причем часть кровяных пятен имеет форму продольных потеков, направленных сверху вниз (фото 1). На передней поверхности майки, обильно пропитанной засохшей кровью, соответственно повреждениям на пиджаке и сорочке, в продольном направлении расположено прямолинейное повреждение ткани длиной 1,4 см с ровными краями и закругленными концами. Других повреждений и каких-либо характерных пятен на одежде покойного не обнаружено.

### **II Биологическая характеристика и словесный портрет.**

Труп мужчины, возраст на вид соответствует указанному в документах. Рост 169 см, телосложение правильное, питание удовлетворительное. Кожные покровы мертвенно-бледные, чистые, за исключением кистей рук и передней поверхности грудной клетки, обильно покрытых засохшей кровью. Волосы на голове длинностриженные, темно-русые, выющиеся. Усы и борода чисто сбриты. Глаза закрыты, конъюнктивы бледные, роговицы прозрачные, зрачки равномерны, хорошо различимы. Кости носа на ощупь целы, из отверстий выделяется слизеобразная желтоватая жидкость. Рот закрыт, видимые зубы целы, язык в полости рта, выделений изо рта не замечается. Наружные слуховые проходы чистые и свободные. Шея короткая, обычной подвижности. Грудная клетка правильной формы, симметричная. Живот запавший, ниже уровня грудной клетки. Наружные половые органы сформированы правильно, из мочеиспускательного канала выделений не отмечается. Задний проход сомкнут, кожа в окружности чистая. Кости конечностей на ощупь целы. На тыле левой кисти у основания первого пальца — голубовато-синяя татуировка, изображающая слово «Саша». Других особенностей труп не представляет.

### **III. Посмертные изменения.**

Труп холодный на ощупь; слизистая губ слегка подсохшая, темно-красного цвета, плотноватая. Трупные пятна ограниченные, бледно-синеватые, расположены на задних поверхностях тела, при надавливании бледнеют и восстанавливают свой первоначальный цвет через 40—50 сек. Трупное окоченение во всех группах мышц хорошо выражено. Гнилостных явлений не отмечается.

### **IV. Повреждения.**

На передней поверхности грудной клетки слева, по среднеключичной линии в IV межреберье, в продольном направлении расположена прямолинейная рана с ровными, слегка подсохшими краями, верхним остроугольным и нижним закругленным концами. Длина раны 1,4см (при сомкнутых краях). При изменении положения трупа из раны выделяется жидкая кровь (фото 2).

На тыльной поверхности средней фаланги II пальца правой кисти расположена округлой формы ссадина размерами 1X0,5см, покрытая коричневой плотной корочкой, расположенной несколько выше уровня окружающей кожи.

На наружной поверхности правого плеча три точечные ранки, окруженные легкими синеватыми кровоподтеками.

Других повреждений на трупе при осмотре не обнаружено.

## **Б. ВНУТРЕННЕЕ ИССЛЕДОВАНИЕ.**

### **V. Черепно-мозговая полость**

По снятии кожи, покрывающий череп, оказалось: мягкие ткани головы бледные, без кровоизлияний. Кости свода черепа целы. Твердая мозговая оболочка умеренно напряжена, гладкая, блестящая, в синусах ее — немного жидкой крови. Мягкие мозговые оболочки прозрачные, малокровные, влажные. Сосуды основания мозга спавшиеся, стенки их тонкие, эластичные. Мозг обычной консистенции, извилины и борозды его хорошо выражены, в желудочках — немного желтоватой прозрачной жидкости, рисунок коры и подкорковых центров отчетлив. На поверхности разреза мозга отмечаются единичные мелкие капли крови из пересеченных сосудов. Кости основания черепа целы. Полости средних ушей свободны. От ткани мозга ощущается сильный запах этилового алкоголя.

### **VI. Подкожножировой слой.**

удовлетворительно развит. Толщина его в области груди спереди 1,0см, в области брюшной стенки - 2см.

### **VII. Полость рта и область шеи.**

Мягкие ткани шеи без кровоизлияний. Слизистая языка бледная с хорошо выраженными сосочками, без отпечатков зубов. Миндалины небольшие, серо-розовые на разрезе, без гнойных пробок. Щитовидная железа размерами 4x2,5x2 см и весом 30г каждая доля, поверхность разреза серо-красная, мелкозернистая. Просвет пищевода свободен, слизистая его бледная, блестящая, в нижнем отделе—синюшная. Хрящи гортани, трахеи, подъязычная кость целы. Верхние дыхательные пути свободны, слизистая их бледная.

### **VIII. Грудная полость.**

В мягких тканях передней поверхности грудной клетки слева, в области соска, разлитое кровоизлияние, пропитывающее мышцы и распространяющееся к груди. От описанной выше кожной раны на груди слева раневой канал проходит под кожей в направлении спереди назад, снаружи внутрь (к груди) и слегка снизу вверх. Нижний край хряща четвертого ребра по среднеключичной линии рассечен, рана продолжается в продольном направлении по ходу четвертого межреберья. Она проникает в плевральную полость, длина ее 2см. Протяженность раневого канала под кожей (от кожной раны до повреждения в четвертом межреберье) — 2см. В правой плевральной полости — плотные белесоватые спайки, в левой - скопление около 1,5литра жидкой и полусвернувшейся крови, плевра гладкая, блестящая, серого цвета. Ребра, за исключением описанного повреждения хряща четвертого ребра, целы. Легкие воздушны, серого цвета, поверхность их гладкая, края острые. На плоскости разреза при сжатии выступает немного пенистой крови. Имеется касательное ранение переднего края верхней доли левого легкого длиной 2см, окруженное небольшим кровоизлиянием. Лимфатические железы ворот легких, бифуркационные и бронхиальные небольшие, мягкие, на разрезе серого цвета. Передняя поверхность околосердечной сорочки пропитана кровью. В центре кровоизлияния в продольном направлении расположена прямолинейная рана с равными краями, длиной 2см. В полости сорочки около 150мл жидкой крови. Сердце размерами 9x10x4 см, весом

330г, плотное, слабо обложено жиром, в полостях его немного жидкой крови. На передней поверхности левого желудочка сердца, на середине расстояния между верхушкой и основанием, в продольном направлении расположена рана длиной 1,8см, состоящая из двух прямолинейных частей: нижней, расположенной продольно, длиной 1,3см и верхней, соединенной с ней под тупым углом, открытым к правому ребру сердца, длиной 0,5см. Верхний конец раны остроугольный, нижний закругленный, края ровные, окружены небольшим кровоизлиянием. Рана проникает в полость левого желудочка сердца и на внутренней поверхности имеет длину 1,3см, ровные края и остроугольные концы. Направление раневого канала в стенке сердца спереди назад, слева направо и слегка снизу вверх, длина 2,5см. Створки клапанов сердца и сосудов прозрачные, сосочковые мышцы не утолщены, сухожильные нити не укорочены. Внутренняя поверхность сердца блестящая. Толщина мышцы левого желудочка — 1,5см, правого — 0,4см. Мышца сердца на разрезе однородная, тусклая, коричнево-серая. Венечные сосуды тонкостенные, хорошо проходимы. Внутренняя поверхность их, аорты и легочной артерии гладкая, блестящая. Ширина раскрытой аорты у основания — 7см, легочной артерии — 7,8см.

#### **IX. Брюшная полость.**

Мягкие ткани брюшной стенки без кровоизлияний. Расположение органов правильное, в полости содержится немного желтоватой прозрачной жидкости.

Брюшина гладкая, блестящая. Печень плотноватая, размерами 28x22x16x10 см, весом 1500г. Передний край ее острый, поверхность гладкая, коричнево-серая. Рисунок долек не обозначен, на разрезе из сосудов стекает немного жидкой крови. В желчном пузыре около 10г желто-зеленой жидкой желчи, стенка пузыря тонкая, слизистая бархатистая, желчные пути проходимы. Поджелудочная железа обычной консистенции, дольчатая, бледная. Селезенка размерами 10x8x3 см, весом 140г, дрябловатая, капсула ее морщинистая, поверхность разреза серо-красная с незначительным соскобом. Желудок с поверхности серого цвета, в полости его около 400г малопереваренных пищевых масс серого цвета с различимыми кусочками картофеля, мяса и хлеба и резким запахом этилового алкоголя. Слизистая желудка серого цвета с выраженными складками и точечными кровоизлияниями в области дна. В тонком кишечнике — кашицеобразное желтоватое содержимое, в толстом — каловые массы. Слизистая кишечника бледно-серая, блестящая с выраженными складками в соответствующих отделах. Брыжеечные лимфатические железы небольшие, мягкие, однородно-розовые. Кровеносные сосуды брыжейки тонкостенные, проходимы. Надпочечники листовидной формы с выраженным рисунком слоев. Вес обоих надпочечников вместе 10г. Околопочечная клетчатка содержит небольшое количество жира. Почки: левая размерами 12x6x4 см, весом 170г, правая — размерами 12x5x3 см, весом 165г. Ткань почек бледная, поверхность гладкая, рисунок слоев хорошо обозначен; слизистая лоханок бледная, блестящая, просветы их свободны. Мочеточники свободно проходимы, слизистая их бледная.

В мочевом пузыре около 100г прозрачной бледно-желтой мочи, слизистая его бледная. Просвет мочеиспускательного канала свободен, слизистая его синюшная. Внутренняя поверхность брюшного отдела аорты и отходящих от него сосудов гладкая, блестящая, стенки эластичные. Предстательная железа обычных размеров, бледно-серого цвета, однородна. Рисунок ткани яичек и придатков сохранен, болезненных изменений в них не отмечается. Кости таза целы.

**X. Мышцы спины:** без кровоизлияний, бледные.

#### **XI. Позвоночник и спинной мозг.**

Позвонки без повреждений, в спинномозговом канале - немного прозрачной желтоватой жидкости. Твердая мозговая оболочка не напряжена, гладкая, блестящая. Мягкие мозговые оболочки прозрачные, бледные. Рисунок спинного мозга хорошо обозначен, вещество его бледное.

## **Перечень частей органов, тканей и других объектов, изъятых при вскрытии для дополнительных исследований.**

В судебно-медицинскую лабораторию направлено:

- а) жидкая кровь в пробирке для установления групповой принадлежности;
- б) 200 мл жидкой крови и 100 мл мочи для определения количественного содержания в них этилового алкоголя.

Для дополнительных исследований изъято:

- а) одежда потерпевшего (с повреждениями) — пиджак и рубашка;
- б) части кожи, сердца, хряща IV ребра слева с повреждениями.

Судебно-медицинский эксперт

(подпись)

## **В. ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ И РЕЗУЛЬТАТЫ ЛАБОРАТОРНЫХ АНАЛИЗОВ**

*Повреждения* на одежде, коже, хряще IV ребра и стенке сердца изучались с помощью стереомикроскопа (при различных увеличениях) и фотографировались.

При этом оказалось:

- а) Повреждение на левой поле пиджака - длина 2,4см, края ровные, форма прямолинейная, верхний конец остроугольный, нижний — слегка закругленный с небольшим разволокнением нитей (фото 3).

Со стороны подкладки — длина повреждения 1,8см, форма — прямолинейная, края ровные с небольшим разволокнением нитей, верхний конец остроугольный, нижний закругленный (фото 4).

На пиджаке и подкладке по протяжению повреждения рассечены как нити основы, так и утка материалов.

- б) На сорочке - форма повреждения ступенеобразная, длина 1,5см, края пропитаны кровью, ровные, нижний конец - закругленный, верхний - остроугольный, рассечены нити основы и утка материала (фото 5).

в) На коже — длина раны 1,5см, форма в виде ломаной линии. Отчетливо обозначаются две части: нижняя прямолинейная длиной 1,2см и верхняя, отходящая от нижней под тупым углом, также прямолинейная, длиной 0,3см. Левый край раны несколько осаднен, полого переходит в подкожную клетчатку; правый край обрывистый, осаднения по протяжению его не заметно. Верхний конец раны остроугольный, нижний закругленный с небольшим кровоизлиянием в окружности, на краях нижней (основной) части раны видны множественные мелкие текстильные волокна — темные и светлые, по протяжению верхней (дополнительной) части — волокна единичные (фото 6).

г) На хряще IV ребра рассечена нижняя треть хряща. Повреждение проникает через всю его толщю. Края ровные, неразошедшиеся, конец остроугольный с отходящей от него насечкой длиной 0,3см. На плоскости рассечения хряща четко видны чередующиеся бороздки и валики (трассы) — отпечаток рельефа лезвия клинка (фото 7).

д) На сердце снаружи—рана состоит из двух частей: основного разреза длиной 1,3см, прямолинейного по форме, и отходящего от него под тупым углом вверх также прямолинейного дополнительного разреза длиной 0,5см. Общая длина раны 1,8см, края ее ровные, нижний конец закругленный с кровоизлияниями в окружности, верхний - остроугольный (фото 8).

е) На сердце изнутри — длина раны 1,3см, края ровные, форма прямолинейная, концы — остроугольные.

2. *Описание ножа*, обнаруженного на месте происшествия и дополнительно представленного следователем на экспертизу.

Нож складной, однопредметный, состоит из клинка и рукоятки, облицованной коричневой пластмассой. Клинок ножа сталистый, блестящий, односторонне-острый, с обухом. На расстоянии 2,5см от конца обух переходит в прямой скос и, соединяясь с лезвием на

конус, образует острие. У основания полотно переходит в пятку с выступом в сторону лезвия — бородкой. На одной из сторон пятки имеется фабричное клеймо — «В».

Размерные данные ножа:

Общая длина в развернутом виде 19см, длина клинка с пяткой — 7,2см, без пятки — 6,7см. Наибольшая ширина клинка на расстоянии 3см от острия — 1,2см, Наибольшая толщина обуха в области пятки — 0,2см (фото 9, 10).

При осмотре ножа невооруженным глазом на клинке с обеих сторон видны множественные мелкие округлые буро-красные пятна, похожие на кровь.

При исследовании ножа под стереомикроскопом, кроме пятен, подозрительных на кровь, на клинке выявлены множественные текстильные волокна темно-синего, черного, зеленого и голубого цветов. В области бородки клинка отмечен буровато-красного цвета кусочек, похожий на животную ткань, размерами 0,2X0,1 см.

После осмотра нож передан следователю для назначения лабораторной экспертизы наложений на нем.

3. *Результаты лабораторных анализов:* а) В крови трупа обнаружено 2.‰, в моче - 1,6‰ этилового алкоголя (акт судебно-химического исследования № 450 от 18/IX 2008г.).

б) Кровь покойного Б-ва А. И. относится к группе 0(1) (Акт исследования вещественных доказательств № 214 от 16.09. 20\_\_ г.).

в) На клинке ножа обнаружена кровь человека группы О (1) и 45 текстильных волокон, сходных по изученным свойствам с текстильными волокнами-образцами из материалов поврежденной одежды потерпевшего.

На клинке ножа выявлен также кусочек мышечной ткани человека группы О (1), принадлежащей субъекту с мужским ядерным полом (заключение эксперта по исследованию вещественных доказательств № 215 от 20.09.200\_\_ г.).

г) При трассологическом исследовании следов на хряще IV левого ребра из трупа Б-ва А. И. установлено, что хрящ рассечен клинком ножа, представленного на экспертизу (акт медико-криминалистического исследования № 101 от 19.09. 20\_\_ г.).

#### **Г. СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКИЙ ДИАГНОЗ.**

Колото-резаное ранение передней поверхности грудной клетки слева, проникающее в левую плевральную полость и полость левого желудочка сердца с повреждением хрящевой части IV ребра и верхней доли левого легкого.

Левосторонний гемоторакс - скопление крови (около 1,5 литра) в левой плевральной полости. Гемоперикардиум — скопление крови (150 мл) в полости перикарда. Острая массивная кровопотеря..

Следы микрорельефа лезвия клинка колюще-режущего орудия на хрящевой части IV ребра слева.

Три точечные ранки с небольшими кровоизлияниями в окружности на наружной поверхности правого плеча. Старая ссадина на коже II пальца правой кисти. Старые спайки в правой плевральной полости.

Запах этилового алкоголя от вещества головного мозга и желудочного содержимого: 2.‰ этилового алкоголя в крови, 1,6‰ в моче (судебно-химически).

#### **Д. ВЫВОДЫ.**

На основании вышеизложенного полагаю, что смерть гр-на Б-ва А.И., 23 лет, наступила от острой массивной кровопотери (обескровливания организма) вследствие проникающего ранения грудной клетки с повреждением левого легкого и левого желудочка сердца.

Исходя из характера и размеров повреждений на одежде и теле потерпевшего, считаю, что ранение причинено колюще-режущим предметом — ножом с односторонне острым клинком. Длина клинка ножа должна быть не менее 6см, шири-па погружившейся в тело части — не более 1,2—1,4см.

Размерные данные и конструктивные особенности ножа, представленного на экспертизу, не исключают возможности причинения им указанного повреждения. Учитывая факт обнаружения на клинке ножа характерных наложений (кровь человека, соответствующая по

группе крови покойного; текстильные волокна, сходные с волокнами-образцами из поврежденных материалов одежды; кусочек мышечной ткани человека с мужским ядерным полом и группой крови 0-1), а также результаты трасологической экспертизы, считаю, что ранение Белову нанесено этим ножом.

Раневой канал в теле Белова имеет направление спереди назад, слева направо и слегка снизу вверх, что совпадает с направлением удара ножом при условии вертикального расположения тела в пространстве. При этом нож был обращен обухом вниз.

Незадолго до смерти покойный употреблял этиловый алкоголь. Установленная концентрация его в крови (2‰) и моче (1,6‰) обычно соответствует средней степени опьянения. При исследовании трупа не найдено каких-либо болезненных изменений в органах. Ссадина на тыле II пальца правой кисти получена Б-вым за 2-3 дня до смерти от скользящего воздействия тупого предмета, к причине смерти отношения не имеет. По степени тяжести такое повреждение у живых лиц относится к категории не повлекших за собой кратковременного расстройства здоровья и незначительной стойкой утраты трудоспособности.

Три прижизненные точечные ранки на наружной поверхности правого плеча являются следами уколов иглой шприца, произведенных при оказании медицинской помощи.

Обнаруженные при исследовании трупа старые спайки в правой плевральной полости возникли в результате давно перенесенного воспалительного процесса плевры, к причине смерти они отношения не имеют.

### **Приложения**

1. 4 фототаблицы с 10 фотоснимками.
  2. Акт судебно-химического исследования № 450 от 18.09. 20\_\_ г.
  3. Акт исследования вещественных доказательств № 214 от 16.09. 20\_\_ г.
  4. Заключение эксперта по исследованию вещественных доказательств № 215 от 20.09. 20\_\_ г.
  5. Акт медико-криминалистического исследования № 101 от 19.09.2010г.
- Судебно-медицинская экспертиза закончена 21 сентября 20\_\_ г.  
Судебно-медицинский эксперт (подпись)

### *Приложение 4. Схема словесного портрета*

## **СОСТАВЛЕНИЕ СЛОВЕСНОГО ПОРТРЕТА**

1. Пол. 2. Телосложение. 3. Упитанность (худощавый, средней полноты, полный)  
4. Лицо.

**Элементы лица** Лицо в целом: Общая конфигурация (в фас) Округлое, овальное, треугольное, ромбовидное, прямоугольное, квадратное, пирамидальное, двояковыпуклое. **Черты лица:** средние, крупные, мелкие; **Цвет:** розовый, бледный, с синюшным оттенком, желтый, загар. **Асимметрия:** есть, нет, в чем выражается.

**Волосной покров головы.** **Цвет:** белокурые, светло-серые, темно-русые, черные, рыжие, золотистые, пепельные, седые и т.п. **Длина:** Средние, длинные, короткие. **Линия роста волос в лобно-височной области:** Прямая, дугообразная, извилистая, ломаная, асимметричная **Обилие волос** - **Густота:** Средняя, густые, редкие, лысина (общая, лобная, теменная, макушечная), височные залысины, проплешины. **Вид:** толстые, тонкие, жесткие,

мягкие, прямые, волнистые, локонообразные, кудрявые, курчавые, ричесанные, взъерошенные, сухие, жирные, с перхотью, секущиеся Особенности: окраска, фасон стрижки, искусственная завивка, форма прически, парик, шиньон, другие

Лоб Высота (в профиль): Средний, высокий, низкий Ширина (в фас): Средний, широкий, узкий Наклон (в профиль): Вертикальный, наклоненный вперед, отклоненный назад

Брови Контур (в фас): Прямые, дугообразные, извилистые, ломанные, треугольные Положение(направление): Горизонтальное, косо-внутреннее, косо-наружное. Размер по ширине: узкие, средние широкие. Размер по длине: длинные, средние, короткие. Густота: густые, редкие Жесткость: жесткие, мягкие, щетинистые. Особенности: сросшиеся, подбритые, подкрашенные, седые.

Усы и борода: длина, форма, цвет, вид, фасон стрижки, если сбритые – возможный срок бритья.

Глаза Положение глазных яблок: обычное, выпуклое, запавшее Контур глазной(разрез глаз): Миндалевидные, овальные, круглые, типа ракетки, серповидные, щелевидные, сегментовидные, треугольные, Цвет: Черные, темно-карие, светло-карие, зеленые, серые, серо-голубые, синие, смешанного цвета (серо-зеленые, буро-зеленые, желто-зеленые)

Щеки Форма: Впалые, выпуклые

Нос Высота (в профиль): Средний, большой (длинный), малый (короткий)

Ширина (фас): Средний, большой (широкий), малый (узкий)

Переносье- Глубина (в профиль): Среднее, глубокое, мелкое

Спинка носа Контур (в профиль): Прямая, выпуклая, вогнутая, извилистая

Основание носа Положение (в профиль): Горизонтальное, опущенное, приподнятое

Рот Размер: Средний, большой, малый. Положение уголков: Горизонтальное, приподнятое, опущенное

Губы Общее выступание (в профиль): Среднее, большое, отсутствует, западение губ, выступание верхней губы, выступание нижней губы. Ширина губ (в фас): Средняя, большая, малая, верхняя шире нижней, нижняя шире верхней, обе одинаковые.

Подбородок Высота: Средний, высокий, низкий. Выступание (в профиль): Прямой (вертикальный), выступающий, скошенный. Контур (в фас): квадратный, закругленный, треугольный

Ушная раковина в целом Величина: Средняя, большая, малая; Форма (контур): Круглая, овальная, прямоугольная, треугольная. Оттопыренность: Средняя, большая, малая, верхняя, нижняя, верхне-нижняя. Мочка уха: Контур Круглый, прямоугольный, треугольный, наклонно-прямолинейный. Прикрепление к щеке: Отделенная, приросшая

Затылок Форма (в профиль): Круглый, плоский, угловатый. Положение (в профиль): Наклонный, вертикальный, выступающий

**5.Зубы** а)состояние: ровные,кривые, редкие. б)количество и величина: на верхней и нижней челюсти, крупные, мелкие в)цвет: белые, желтые и их оттенки; в)отсутствующие зубы; г)особенности: наличие коронок, пломб мостов, протезов и их вид

**6.Патэктоскопические признаки и особые приметы:** а) родинки, родимые пятна, бородавки, мозоли, веснушки, морщины; б)физические недостатки - отсутствие той или иной части тела, культы, отсутствие глазного яблока, ушной раковины и т.д.; в) наличие рубцов, их локализация, форма, цвет, спаянность с подлежащими тканями, их пигментация; г)наличие следов операции; д)наличие татуировок –их локализация, цвет, изображение, надписи.

**7. Шея:** а) длина (короткая, длинная, средняя); б)толщина (тонкая, средняя, толстая), в)выступание кадыка.

**8.Кисть:** а)рисунок на тыльной поверхности кисти (веноскопия) б)наличие или отсутствие мозолей; в) состояние ногтевых пластинок (их форма, цвет, наличие маникюра и т.д.).

Кроме этого проводится комплекс антропометрических исследований

### **Формулирование заключения эксперта.**

На основании установленных признаков эксперт с группой консультантов (экспертиза по определению возраста является комиссионной экспертизой) дает мотивированное заключение.

Пример 1. Обстоятельства дела: Задержан нарушитель границы. По его утверждению ему шестнадцать лет. Данные объективного исследования: мужчина, рост 164 см, окружность грудной клетки 81 см, кожные покровы смуглые, покрыты равномерным загаром. Загар отсутствует на ногах, цвет кожных покровов в месте отсутствия загара - розовый. Намечаются поперечные морщины лба. Все зубы развиты, отсутствуют два зуба мудрости на верхне челюсти. Стертость резцов заметна. Граница шейки зуба и десны представляет поперечную прямую линию. Половые органы развиты полностью, с выраженной пигментацией и оволосением. Волосы на верхней губе обриты. Рентгенологическим исследованием установлено: "Завершается синостозирование большой бугристости плеча, появляются синостозы верхних отделов тела грудины".

Заключение: Половое развитие нарушителя завершено. Наличие у него всех зубов при заметной стертости резцов, хоть и не до дентина, синостозирование дистальных отделов костей плеча позволяет определить примерный возраст в 23-24 года.

Пример 2. Описание лица по методу словесного портрета.

«Обстоятельства дела: Гражданин М. вечером 22 ноября 20.. года в 19 часов вышел из дома в магазин и не вернулся. Объявлен розыск. Описание: Лицо овальное, худощавое; волосы головы короткие, длиной до 2 см, прямые, рыжие, пострижены коротко типа «площадка»; лицо бритое; морщины лобные прямые, мелкие, единичные, горизонтальные; лоб высокий, отклоненный назад; брови густые, прямые по контуру, расстояние между головками бровей среднее, по высоте низкие, средние по ширине и длине. Контур глазной щели серповидный, длина ее средняя, положение горизонтальное, цвет радужек голубовато-серый; щеки впалые; нос средний по высоте, ширине и выступанию, переносье среднее по глубине и ширине, спинка носа прямая, средняя по длине и ширине, основание носа приподнятое, кончик носа заострен, крылья носа средние по высоте,

приподнятые, ноздри средние по величине, округлые. Рот большой, положение углов рта горизонтальное, губы не выступающие, ширина каймы губ средняя. Подбородок высокий, прямой, треугольный. Ушные раковины симметричные, средние по величине, овальные по контуру, не оттопыренные, мочки по контуру круглые, отделенные, слегка оттопыренные. Затылок плоский, вертикальный по положению...»

## СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКОЕ УСТАНОВЛЕНИЕ ВОЗРАСТА

Уголовно-процессуальный кодекс предусматривает обязательное проведение экспертизы для установления возраста обвиняемого подозреваемого и потерпевшего в тех случаях, когда это имеет значение для дела, а документы, удостоверяющие возраст, отсутствуют, а также при экспертизе трупов неустановленных лиц.

В основу определения хронологического возраста положен ряд признаков: *антропоскопические* (состояние кожного покрова, появление и смена зубов, их изменения, вторичные половые признаки), *антропометрические*, отражающие количественную сторону физического развития (рост, окружность грудной клетки, масса и пр.), а также другие признаки (формирование, дифференциация, инволюция элементов костного скелета, определяемые рентгенологическим методом, другие инволютивные изменения).

Возрастные изменения кожи (изменение эластичности, пигментации, ороговения и др.) подвержены большим колебаниям и в значительной степени индивидуальны. Ориентировочные сроки появления морщин на лице следующие: лобные и носогубные – в возрасте около 20 лет, тонкие морщины у углов глаз в 25-30 лет, предкозелковые в 35 лет, веерообразные у наружных углов глаз в 35-40 лет, на кистях рук и мочках ушей после 50 лет, к 55 годам появляется морщинистость шеи, верхней губы, к 60 годам - ороговение и пигментация кожи тыла кистей.

Относительно точным показателем являются возрастные особенности зубов. Сроки смены молочных и появления постоянных зубов представлены в таблице №1

**Таблица №1** Время появления постоянных зубов.

Зубы	Время прорезывания, годы
Резцы средние	7
Резцы боковые	8-8,5
Клыки	11-12
Первые премоляры	9-10
Вторые премоляры	11
Первые моляры	5-6
Вторые моляры	12-13

Данные о степени стирания зубов верхней челюсти в зависимости от возраста приведены в таблице № 2.

**Таблица №2 Степень стирания зубов верхней челюсти в условных показателях в зависимости от возраста [Герасимов М.И., 1955]**

Возраст, годы	Резцы	Клыки	Малые коренные	Первые большие коренные	Вторые большие коренные
10-13	Стирание ещё не началось				
13-14	0-1	0	0	0	0
14-16	1	0	1	0	0
16-18	1-2	1	1	1	0
18-20	2-3	2	2	2	1
20-25	2-3	2	2	2	2
25-30	3	2	2-3	2-3	2
30-35	3	2-3	2-3	3	2-3
35-40	3	3	3	3-4	3
40-50	3-4	3-4	3-4	4	3-4
50-60	4-5	4	4	5	4-5
60-70	5-6	5	5-6	5-6	6

0 - стирания нет; 1 - потеря только эмаль; 2 - стирание бугорков; 3 - стирание затронуло дентин; 4 - стирание коснулось зубного канала; 5 - стирание достигло полного сечения коронки; 6 — полное стирание коронки

В организме человека при его нормальном физиологическом развитии существует соответствие между возрастом и степенью дифференциации костной системы, что может быть установлено при рентгенографии. Определение возраста с помощью рентгенографии может дать более точные данные, чем антропометрический и описательный методы. Изучение костных изменений на рентгенограммах должно производиться судебным медиком совместно с опытным рентгенологом. Чаще всего для определения возраста производят рентгенограммы кисти и стопы. В возрасте от 3 лет до 21 года, когда еще не закончилось формирование костного скелета, выявляют ядра окостенения и наступление синостозов, зарастание швов свода и основания черепа. В зрелом и пожилом возрасте учитывают наличие инволютивных и дистрофических изменений костной ткани (явления остеопороза, костные разрастания – экзостозы, окостенения хрящевых частей в скелете, истонченность и подковообразность нижней челюсти и др.) В таблицах №3 и №4 приведены данные о сроках появления и локализации ядер окостенения и синостозов в верхних и нижних конечностях возрасте до 20 лет.

**Таблица №3. Образование синостозов в костях верхних конечностей.**

Локализация	Возраст, лет	
	юноши	девушки

Эпифизы I пястной кости и дистальных фаланг	14-18	12-16
Эпифизы проксимальных, средних фаланг и II-V пястных костей	14-20	12-17
Дистальные отделы лучевой и локтевой костей	16-20	13-19
Головка плечевой кости	17-20	16-19
Большой бугорок плечевой кости	3-7	2-6
Головчатое возвышение, наружный мыщелок и блок плечевой кости	13-16	11-13
Внутренний мыщелок плечевой кости	14-18	12-15
Локтевой отросток	13-18	11-16
Проксимальный эпифиз лучевой кости	13-18	10-15

**Таблица №4. Образование синостозов в костях нижних конечностей**

Локализация	Возраст, лет	
	юноши	девушки
Эпифиз I плюсневой кости	14-18	11-16
Эпифизы дистальных фаланг	12-18	11-15
Эпифизы проксимальных фаланг	13-19	10-16
Эпифизы средних фаланг	12-17	9-14
Эпифизы II—V плюсневых костей	14-19	12-16
Бугристость V плюсневой кости	12-15	10-13
Эпифиз пяточной кости	13-18	10-16
Головка бедренной кости	15-19	13-18
Большой и малый вертелы бедренной кости	15-18	13-17
Дистальный эпифиз большой берцовой кости, проксимальные эпифизы большой и малой берцовой костей	15-20	13-18
Бугристость большой берцовой кости	14-19	13-17
Дистальные эпифизы большой и малой берцовой костей	14-18	12-17