

В. В. Калемина, Г. Р. Колоколов

ОСНОВЫ СУДЕБНОЙ МЕДИЦИНЫ И ПСИХИАТРИИ

учебное пособие



Георгий Колоколов

**Основы судебной
медицины и психиатрии**

«Научная книга»

2008

Колоколов Г. Р.

Основы судебной медицины и психиатрии / Г. Р. Колоколов —
«Научная книга», 2008

Предлагаемое издание представляет собой научно-практическое пособие, которое раскрывает основные понятия судебной медицины и судебной психиатрии, задачи этих наук, организацию и осуществление деятельности судебно-медицинских и судебно-психиатрических служб. В пособии комплексно рассмотрены основные вопросы двух сложных и взаимосвязанных наук, что значительно сокращает временные затраты на их изучение. Издание предназначено для сотрудников органов внутренних дел (следователей, дознавателей), деятельность которых тесно связана с данными науками, преподавателей, студентов и аспирантов юридических и медицинских вузов.

© Колоколов Г. Р., 2008

© Научная книга, 2008

Содержание

Глава 1	5
1.1. Краткая история развития судебной медицины	5
1.2. Понятие, предмет и методы судебной медицины	6
Глава 2. Процессуальные основы судебно-медицинской экспертизы	7
2.1. Порядок назначения судебно-медицинской экспертизы	7
2.2. Виды судебно-медицинской экспертизы	8
2.3. Оценка заключения эксперта	9
2.4. Обязанности, права и ответственность эксперта	10
2.5. Организация судебно-медицинской службы в Российской Федерации. Объекты судебно-медицинской экспертизы	12
Глава 3	13
3.1. Классификация смерти	13
3.2. Порядок следственных действий при осмотре трупа на месте происшествия (месте обнаружения)	16
3.3. Особенности наружного осмотра трупов неизвестных лиц	19
3.4. Ранние трупные изменения	20
3.5. Поздние трупные изменения	23
Глава 4. Судебно-медицинская экспертиза повреждений, причиняемых тупыми предметами	25
4.1. Понятия о травме и травматизме. Классификация травмирующих факторов	25
4.2. Виды повреждений, причиняемых тупыми предметами	27
4.2.1. Ссадина	27
4.2.2. Кровоподтек	27
4.2.3. Рана	28
Конец ознакомительного фрагмента.	30

Виктория Калемина, Георгий Колоколов

Основы судебной медицины и психиатрии

Глава 1

История развития, понятие, предмет и методы судебной медицины

1.1. Краткая история развития судебной медицины

Необходимость использования медицинских познаний при отправлении правосудия была очевидна еще в Древнем Риме, Греции, Китае, Индии, на Ближнем Востоке. Так, в книгах Моисея упоминается, что медицинские знания использовались для установления половой зрелости, бесплодия, живорожденности плода. Гиппократ (460–370 гг. до н. э.) приглашался для осмотра ребенка с целью определения отцовства. В 44 г. до н. э. врач Антистий, исследовав труп убитого Юлия Цезаря, обнаружил на его теле 23 раны и только одну из них признал смертельной.

Впервые судебная медицина выделяется в качестве самостоятельной медицинской науки Иоганном Бонном, который издает в Лейпциге свое сочинение «Судебная медицина». Введение гласного судопроизводства обязывало врача-эксперта обосновывать свои заключения публично и узаконило вскрытие трупа, что впервые было закреплено в законе герцогства Вюртемберг (1686 г.), а затем и в других европейских странах. В последующем судебная медицина преподавалась в университетах Европы вместе с анатомией, были открыты самостоятельные кафедры полицейской и судебной медицины.

В России обязательное вскрытие трупов в случае насильственной смерти введено с 1746 г. артикулом 154 Воинского устава Петра I. Для проведения судебно-медицинских вскрытий и освидетельствования живых лиц учреждается Институт городовых, а впоследствии – уездных врачей.

Начало преподавания судебной медицины в России в виде курса лекций с практическими занятиями положил Врачебный устав 1884 г., учредивший самостоятельные кафедры судебной медицины при медицинских факультетах. Большой вклад в развитие отечественной судебной медицины в конце XIX – начале XX вв. внесли И.Ф. Венсович, Е.О. Мухин,

А. О. Армфельд, Д.Е. Мин, И.И. Нейдинг, П.А. Минаков (московская школа), С.А. Громов, Е.В. Пеликан, П.П. Заболоцкий, Ф.Я. Чистович (петербургская школа), И.М. Гвоздев (казанская школа), Н.А. Оболенский (киевская школа) и др.

В последующем разработкой научных проблем судебной медицины и подготовкой научных и экспертных кадров успешно занимались профессора М.И. Авдеев, В.М. Смольянинов,

В. И. Прозоровский, В.Ф. Черваков, М.А. Бронникова, А.К. Туманов, И.Ф. Огарков, О.Х. Поркшеян и др.

Планирование и координацию научных исследований в области судебной медицины и судебной химии в РСФСР осуществляет Республиканский центр судебно-медицинской экспертизы МЗ РФ.

1.2. Понятие, предмет и методы судебной медицины

Судебная медицина представляет собой самостоятельную медицинскую науку, предметом изучения которой являются медико-биологические вопросы, возникающие у органов правосудия в процессе расследования и судебного разбирательства уголовных и гражданских дел, т. е. теория и практика научно-практического исследования, регламентированного законом, – судебно-медицинской экспертизы.

Для разрешения вопросов, возникающих в деятельности правоохранительных органов, привлекаются специалисты в тех или иных областях знания. Такие лица именуются экспертами (в пер. с лат. – «опытный»), а самопроводимое ими исследование получило название экспертизы (в пер. с лат. – «испытывать, узнавать по опыту»).

Судебная экспертиза – процессуальное действие, состоящее из проведения исследований и дачи заключения экспертом по вопросам, разрешение которых требует специальных знаний в области науки, техники, искусства или ремесла и которые поставлены перед экспертом судом, судьей, органом дознания, лицом, производящим дознание, следователем или прокурором, в целях установления обстоятельств, подлежащих доказыванию по конкретному делу (ст. 9 Федерального закона от 31 мая 2001 г. № 73-ФЗ «О государственной судебно-экспертной деятельности в Российской Федерации»).

Действующие законодательные акты содержат специальные положения, определяющие порядок проведения экспертиз. Экспертиза производится экспертами соответствующих учреждений либо иными специалистами, назначенными лицом, производящим дознание, следователем, прокурором и судом.

В соответствии с Уголовно-процессуальным кодексом РФ от 18 декабря 2001 г. № 174-ФЗ (УПК РФ) эксперт – лицо, обладающее специальными знаниями и назначенное в порядке, установленном УПК РФ, для производства судебной экспертизы и дачи заключения (ст. 57 УПК РФ). Вызов эксперта, назначение и производство судебной экспертизы осуществляются в порядке, установленном ст. 195–207, 269, 282 и 283 УПК РФ.

В качестве эксперта может быть вызвано любое лицо, обладающее необходимыми познаниями для дачи заключения. Требование лица, производящего дознание, следователя, прокурора или суда о вызове эксперта обязательно для руководителя предприятия, учреждения или организации, где работает эксперт. Вопросы, поставленные перед экспертом, и его заключение не могут выходить за пределы специальных познаний эксперта.

Если в качестве эксперта органы дознания, следствия и суд приглашают врача, то такая экспертиза называется судебно-медицинской.

Судебная медицина тесно связана с другими медицинскими (анатомия, гистология, физиология, клинические дисциплины и т. д.) и немедицинскими науками (юриспруденция, физика, химия, биология и т. д.).

Теория и практика судебной медицины использует общенаучные методы исследования, широкий спектр частных методов познания (морфологический, физико-оптический, фотографический, рентгенологический, спектральный, мате-матико-статистический и др.). Широко применяются специальные методы, такие как метод судебно-медицинской идентификации условий возникновения повреждений, метод судебно-медицинской идентификации личности.

Глава 2. Процессуальные основы судебно-медицинской экспертизы

2.1. Порядок назначения судебно-медицинской экспертизы

Согласно ст. 195 УПК РФ, следователь, признав необходимым назначение судебной экспертизы, выносит об этом постановление, а в случаях, предусмотренных п. 3 ч. 2 ст. 29 УПК РФ, возбуждает перед судом ходатайство, в котором указываются:

- 1) основания назначения судебной экспертизы;
- 2) фамилия, имя и отчество эксперта или наименование экспертного учреждения, в котором должна быть произведена судебная экспертиза;
- 3) вопросы, поставленные перед экспертом;
- 4) материалы, предоставляемые в распоряжение эксперта. Судебная экспертиза производится государственными судебными экспертами и иными экспертами из числа лиц, обладающих специальными знаниями.

Следователь знакомит с постановлением о назначении судебной экспертизы подозреваемого, обвиняемого, его защитника и разъясняет им права, предусмотренные ст. 198 УПК РФ. Об этом составляется протокол, подписываемый следователем и лицами, которые ознакомлены с постановлением.

Судебная экспертиза в отношении потерпевшего, за исключением случаев, предусмотренных п. 2, 4 и 5 ст. 196 УПК РФ, а также в отношении свидетеля производится с их согласия или согласия их законных представителей, которое дается указанными лицами в письменном виде.

Экспертиза может быть назначена только тогда, когда возбуждено уголовное дело. Назначение экспертизы оформляется письменно постановлением следователя или определением суда. Если постановления или определения суда нет (уголовное дело не возбуждено), а судебно-медицинское исследование необходимо произвести, представителем органов дознания, следователем или прокурором оформляется письменное направление (направительное отношение). Требования к оформлению этих документов, по существу, одинаковые. В постановлении о назначении экспертизы следователь указывает дату и место ее вынесения, кратко излагает фабулу дела, указывает, кому поручается производство экспертизы, какие материалы или объекты предоставляются эксперту для исследования. Руководствуясь положениями УПК РФ, следователь в постановлении ставит на разрешение эксперта соответствующие вопросы.

Согласно ст. 196 УПК РФ, назначение судебной экспертизы является обязательным для установления:

- 1) причины смерти;
- 2) характера и степени вреда, причиненного здоровью;
- 3) психического или физического состояния подозреваемого, обвиняемого, когда возникает сомнение в его вменяемости или способности самостоятельно защищать свои права и законные интересы в уголовном судопроизводстве;
- 4) психического или физического состояния потерпевшего, когда возникает сомнение в его способности правильно воспринимать обстоятельства, имеющие значение для уголовного дела, и давать показания;
- 5) возраста подозреваемого, обвиняемого, потерпевшего, когда это имеет значение для уголовного дела, а документы, подтверждающие его возраст, отсутствуют или вызывают сомнение.

2.2. Виды судебно-медицинской экспертизы

В том случае, если СМЭ назначается по делу впервые, она называется первичной. Как правило, она проводится единолично судебно-медицинским экспертом, который может прибегнуть к консультации врачей других специальностей.

Если после производства первичной экспертизы в ходе расследования возникают новые вопросы к эксперту или пересматриваются ранее разрешенные экспертом вопросы в связи с предоставлением ему новых материалов, экспертиза называется дополнительной.

Повторную экспертизу назначают в случае необоснованного заключения эксперта или при наличии сомнений в его правильности, и обязательно поручают другому эксперту или экспертам. Назначение повторной экспертизы должно быть мотивировано в постановлении следователя.

Комиссионная судебно-медицинская экспертиза проводится по наиболее сложным вопросам, разрешаемым коллегиально либо с привлечением врачей других специальностей.

Если по результатам проведенных исследований мнения экспертов по поставленным вопросам совпадают, то ими составляется единое заключение. В случае возникновения разногласий каждый из экспертов, участвовавших в производстве судебной экспертизы, дает отдельное заключение по вопросам, вызвавшим разногласие.

Сущность комплексной экспертизы заключается в том, что представители разных специальностей, изучая одни и те же или разные объекты, на основе сопоставления и анализа полученных результатов решают качественно новую задачу, которую не в состоянии разрешить каждый из них в отдельности.

В заключении экспертов, участвующих в производстве комплексной судебной экспертизы, указывается, какие исследования и в каком объеме провел каждый эксперт, какие факты он установил и к каким выводам пришел. Каждый эксперт, участвовавший в производстве комплексной судебной экспертизы, подписывает ту часть заключения, которая содержит описание проведенных им исследований, и несет за нее ответственность.

2.3. Оценка заключения эксперта

Каждое судебно-медицинское исследование или экспертиза завершается составлением документа, который при наличии постановления следственных органов или определения суда именуется Заключением эксперта, а при их отсутствии – Актом судебно-медицинского исследования. Оба документа имеют три части: вводную, исследовательскую и выводы (в акте – собственно заключение), и составляются с учетом определенных требований. Документы подписывает эксперт (или эксперты), непосредственно проводивший экспертизу, указывается, кто при этом присутствовал (следователь, врач). Документ составляется в двух экземплярах, один из которых остается в архиве, другой направляется в учреждение, назначившее экспертизу. Документы заверяются печатью экспертного учреждения.

Заключение эксперта – письменный документ, отражающий ход и результаты исследований, проведенных экспертом.

Заключение эксперта не является обязательным для лица, производящего дознание, следователя, прокурора и суда, однако несогласие их с заключением должно быть мотивировано.

Судебно-следственные органы оценивают заключение эксперта с точки зрения научной достоверности и доказательного значения выводов эксперта, поскольку факты, установленные экспертом и содержащиеся в его заключении, являются одним из видов судебных доказательств. При этом никакие доказательства для суда, прокурора, следователя, лица, производящего дознание, не имеют заранее установленной силы.

2.4. Обязанности, права и ответственность эксперта

Федеральный закон «О государственной судебно-экспертной деятельности в Российской Федерации» предусматривает определенные обязанности и права эксперта (ст. 16, 17).

Эксперт обязан принять к производству порученную ему руководителем соответствующего государственного судебно-экспертного учреждения судебную экспертизу; провести полное исследование представленных ему объектов и материалов дела, дать обоснованное и объективное заключение по поставленным перед ним вопросам; составить мотивированное письменное сообщение о невозможности дать заключение и направить данное сообщение в орган или лицу, которые назначили судебную экспертизу, если поставленные вопросы выходят за пределы специальных знаний эксперта, объекты исследований и материалы дела непригодны или недостаточны для проведения исследований и дачи заключения и эксперту отказано в их дополнении, современный уровень развития науки не позволяет ответить на поставленные вопросы; не разглашать сведения, которые стали ему известны в связи с производством судебной экспертизы, в том числе сведения, которые могут ограничить конституционные права граждан, а также сведения, составляющие государственную, коммерческую или иную охраняемую законом тайну; обеспечить сохранность представленных объектов исследований и материалов дела.

Эксперт также исполняет обязанности, предусмотренные соответствующим процессуальным законодательством.

Эксперт не вправе принимать поручения о производстве судебной экспертизы непосредственно от каких-либо органов или лиц, за исключением руководителя государственного судебно-экспертного учреждения; осуществлять судебно-экспертную деятельность в качестве негосударственного эксперта; вступать в личные контакты с участниками процесса, если это ставит под сомнение его незаинтересованность в исходе дела; самостоятельно собирать материалы для производства судебной экспертизы; сообщать кому-либо о результатах судебной экспертизы, за исключением органа или лица, ее назначивших; уничтожать объекты исследований либо существенно изменять их свойства без разрешения органа или лица, назначивших судебную экспертизу.

Эксперт вправе ходатайствовать перед руководителем соответствующего государственного судебно-экспертного учреждения о привлечении к производству судебной экспертизы других экспертов, если это необходимо для проведения исследований и дачи заключения; делать подлежащие занесению в протокол следственного действия или судебного заседания заявления по поводу неправильного истолкования участниками процесса его заключения или показаний; обжаловать в установленном законом порядке действия органа или лица, назначивших судебную экспертизу, если они нарушают права эксперта.

Эксперт также имеет права, предусмотренные соответствующим процессуальным законодательством.

Согласно ст. 57 УПК РФ, эксперт вправе знакомиться с материалами уголовного дела, относящимися к предмету судебной экспертизы; ходатайствовать о предоставлении ему дополнительных материалов, необходимых для дачи заключения, либо привлечении к производству судебной экспертизы других экспертов; участвовать с разрешения дознавателя, следователя и суда в процессуальных действиях и задавать вопросы, относящиеся к предмету судебной экспертизы; давать заключение в пределах своей компетенции, в том числе по вопросам, хотя и не поставленным в постановлении о назначении судебной экспертизы, но имеющим отношение к предмету экспертного исследования; приносить жалобы на действия (бездействие) и решения дознавателя, следователя, прокурора и суда, ограничивающие его права; отказаться от дачи

заклучения по вопросам, выходящим за пределы специальных знаний, а также в случаях, если представленные ему материалы недостаточны для дачи заключения.

В соответствии с названной статьей УПК РФ, эксперт не вправе без ведома следователя и суда вести переговоры с участниками уголовного судопроизводства по вопросам, связанным с производством судебной экспертизы; самостоятельно собирать материалы для экспертного исследования; проводить без разрешения дознавателя, следователя, суда исследования, могущие повлечь полное или частичное уничтожение объектов либо изменение их внешнего вида или основных свойств; давать заведомо ложное заключение; разглашать данные предварительного расследования, ставшие известными ему в связи с участием в уголовном деле в качестве эксперта, если он был об этом заранее предупрежден в порядке, установленном ст. 161 УПК РФ; уклоняться от явки по вызовам дознавателя, следователя или в суд.

За дачу заведомо ложного заключения эксперт несет ответственность в соответствии со ст. 307 Уголовного кодекса Российской Федерации от 13 июня 1996 г. № 63-ФЗ (УК РФ). За разглашение данных предварительного расследования эксперт несет ответственность в соответствии со ст. 310 УК РФ.

2.5. Организация судебно-медицинской службы в Российской Федерации. Объекты судебно-медицинской экспертизы

Высшим органом судебно-медицинской службы в нашей стране является Центр судебно-медицинской экспертизы Российской Федерации, включающий Бюро Главной судебно-медицинской экспертизы Российской Федерации и НИИ судебной медицины.

Основные судебно-медицинские учреждения, обслуживающие запросы органов следствия, суда, – республиканские, краевые, областные и городские бюро судебно-медицинских экспертиз.

Бюро судебно-медицинской экспертизы содержит следующие структурные подразделения:

- 1) отдел судебно-медицинской экспертизы потерпевших, обвиняемых и других лиц;
- 2) отдел судебно-медицинской экспертизы трупов с судебно-гистологическим отделением;
- 3) судебно-медицинская лаборатория, в составе которой судебно-биологическое, медико-криминалистическое, судебно-химическое, биохимическое отделения;
- 4) районные, межрайонные и городские отделения бюро судебно-медицинской экспертизы;
- 5) хозяйственная часть;
- 6) организационно-методический отдел.

Объектами судебно-медицинских экспертиз могут быть: живые люди, трупы, материалы уголовных и гражданских дел, вещественные доказательства (подозреваемое оружие, одежда, следы выделений человека).

Глава 3

Судебно-медицинская классификация смерти. Основания и порядок судебно-медицинского исследования трупов

3.1. Классификация смерти

В судебной медицине принято различать две категории смерти:

1) насильственную – в результате воздействия на организм различных факторов внешней среды;

2) ненасильственную – как следствие различных заболеваний.

К роду насильственной смерти относят:

- 1) убийство;
- 2) самоубийство;
- 3) несчастный случай.

К роду ненасильственной смерти относят:

- 1) скоропостижную смерть (внезапную);
- 2) смерть из-за недоношенности (недоразвития) ребенка;
- 3) смерть от старческой дряхлости.

Определение вида смерти связано с определением факторов, имеющих общее происхождение или механизм действия на организм, т. е. конкретных причин смерти.

Виды ненасильственной смерти включают конкретные заболевания различных органов и систем:

- 1) сердечно-сосудистой системы;
- 2) центральной нервной системы;
- 3) желудочно-кишечного тракта;
- 4) органов дыхания;
- 5) инфекционные заболевания;
- 6) заболевания эндокринной системы;
- 7) другие заболевания.

Виды насильственной смерти:

1) смерть от механических повреждений (огнестрельных, транспортных травм, падения с высоты, повреждений острыми и тупыми орудиями);

2) смерть от кислородного голодания, развившегося вследствие механических причин (смерть от повешения, удушения петлей, руками, сдавления груди и живота, закрытия дыхательных путей жидкими и сыпучими телами, закрытия отверстий рта и носа);

- 3) смерть от воздействия ядовитых веществ (отравления);
- 4) смерть от действия крайних температур;
- 5) смерть от поражения атмосферным и техническим электричеством;
- 6) смерть от действия лучистой энергии;
- 7) смерть от изменения атмосферного давления.

Вид насильственной смерти и ее причина – понятия различные. Вид смерти определяется характером внешнего воздействия на человеческий организм, а причина смерти – определенными изменениями, произошедшими в организме в связи с этими внешними воздействиями. Причина смерти в результате одних и тех же внешних воздействий на организм может быть

различной. Например, при тупой травме черепа возможно наступление смерти от сдавления мозга гематомой или в результате ушиба мозга.

Судебно-медицинское исследование трупов проводится в следующих случаях:

- 1) при насильственной смерти, независимо от места и времени ее наступления;
- 2) при смерти, подозрительной на насильственную, в том числе скоропостижной смерти;
- 3) при смерти от неизвестной причины вне лечебного учреждения;
- 4) в случаях смерти при установленном диагнозе в лечебном учреждении;
- 5) при смерти в лечебном учреждении, если имеется жалоба родственников, принятая органами дознания или следствия (например, на неправильно проведенное лечение);
- 6) при смерти неизвестных лиц (независимо от места и причины ее).

В судебной медицине смерть рассматривается как динамический процесс различной продолжительности, проявляющийся постепенным и одновременным прекращением жизнедеятельности разных органов и тканей организма, функциональными (т. е. клиническими), биохимическими и морфологическими его изменениями.

Наука, которая изучает процессы умирания, смерть, называется танатологией, а ее раздел, входящий в компетенцию судебных медиков, – судебно-медицинской танатологией.

В зависимости от динамики развития процесса умирания различают два его типа – медленный, с продолжительным терминальным состоянием, сменяющимся агонией, и быстрый, называемый острой смертью.

В медленном типе смерти различают несколько стадий:

- 1) предагональное состояние – характеризуется развитием процессов торможения в ЦНС, что приводит к потере сознания. Длительность – несколько часов;
- 2) терминальная пауза – характеризуется глубоким торможением коры головного мозга при сохранении активности подкорковых центров. Продолжается 1–2 мин;
- 3) агония – в этой фазе дыхание носит судорожный характер, восстанавливается слабая сердечная деятельность, человек может прийти в сознание. Агония заканчивается терминальным дыханием, прекращением сердцебиения;
- 4) клиническая смерть.

При длительном умирании у человека происходит перераспределение крови, с концентрацией ее в области сердца и головного мозга. Смерть наступает при проявлении необратимого истощения всех функций, благодаря чему оживление оказывается практически невозможным даже спустя несколько секунд после наступления клинической смерти. Такой тип умирания называют еще соматическим.

Быстрая смерть наблюдается при остром прекращении функций одной из важнейших систем, как правило, сердечно-сосудистой, что наблюдается при заболеваниях сердца, травмах или других воздействиях факторов внешней среды. При этом организм далеко не исчерпывает своих компенсаторных возможностей. Дистрофические изменения в органах не успевают значительно развиваться. Все это создает реальные возможности оживления организма. При втором типе умирания различают два этапа: клиническую и биологическую смерть.

Клиническая смерть характеризуется тем, что биохимические изменения в организме не достигают критической черты и при искусственном восстановлении газообмена функции всех тканей, органов и систем могут быть восстановлены в полном объеме. Продолжительность периода клинической смерти различна и зависит, прежде всего, от скорости умирания клеток и тканей, от внешних условий, таких как температура. Снижение температуры тела резко снижает скорость всех химических реакций, в том числе и отрицательных, что приводит к своеобразной консервации тканей и продлению срока их жизнеспособности. В обычных условиях клиническая смерть продолжается 4–7 мин, и финал ее определяется моментом наступления необратимых изменений в клетках коры головного мозга, наиболее чувствительных к кислородному голоданию. С этого момента наступает смерть биологическая, с прекращением слож-

ных взаимосогласованных функций целостного организма. При этом отдельные ткани и органы продолжают жить в биологическом смысле, иногда еще значительное количество времени.

3.2. Порядок следственных действий при осмотре трупа на месте происшествия (месте обнаружения)

Основания и порядок производства следователем осмотра места происшествия определены УПК РФ (ст. 168, 176, 177, 178). При этом предусмотрено, что следователь вправе пригласить для участия в осмотре соответствующего специалиста.

Судебно-медицинский эксперт может принимать участие в ряде следственных действий: (наружный осмотр трупа на месте его обнаружения; судебно-медицинское исследование трупа (вскрытие), как первичное, так и повторное; эксгумация. При этом, если судебно-медицинское вскрытие трупа производится на основании постановления следователя или определения суда, т. е. является судебно-медицинской экспертизой, врач будет являться экспертом в процессуальном смысле по данному делу. В остальных случаях судебно-медицинский эксперт выступает в качестве иной процессуальной фигуры – специалиста.

Осмотр места происшествия является одним из первых, весьма важных и ответственных следственных действий. Независимо от характера и обстоятельств происшествия осмотр трупа и места происшествия обязателен. Порядок проведения осмотра трупа на месте его обнаружения регламентирован УПК РФ.

Как показывает практика, даже для опытного следователя наибольшие сложности представляют вопросы медицинского характера, возникающие и требующие своего разрешения на месте обнаружения трупа. Из сказанного следует, что не только судебно-медицинский эксперт, но и следователь должны четко представлять свои обязанности и возможности судебно-медицинской науки, чтобы оказать максимальную помощь ведению следствия.

В подавляющем большинстве случаев место обнаружения трупа совпадает с местом происшествия. Однако преступник с целью ввести в заблуждение следствие и усложнить расследование нередко переносит жертву в какое-либо иное место. В подобных случаях могут проводиться два самостоятельных следственных действия: изучение места происшествия и осмотр трупа на месте его обнаружения. В каждом из указанных случаев возникает необходимость в участии специалиста в области судебной медицины или иного врача. Изучение места происшествия и осмотр трупа на месте его обнаружения – следственные мероприятия, руководящая роль в которых отводится следователю. Он должен осматривать не только обстановку, но и труп, причем специалист в области судебной медицины или иной врач не должны подменять его, а должны оказывать помощь, пользуясь своими медицинскими познаниями.

По прибытии на место обнаружения трупа следователь обязан:

1) обеспечить неприкосновенность трупа (после выполнения первоочередной задачи врача на месте происшествия – констатации смерти, в противном случае врач оказывает потерпевшему первую помощь);

2) если труп перемещали, выяснить его первоначальное положение, при этом о несоответствии места наступления смерти пострадавшего месту обнаружения трупа могут свидетельствовать различные данные: следы протаскивания (волочения) трупа, несоответствие обстановки обнаружения трупа характеру следов вокруг него (отсутствие крови при обширных повреждениях, загрязнение одежды и обуви, не свойственные месту обнаружения трупа, несоответствие трупных пятен положению, в котором обнаружен труп);

3) принять меры для сохранения следов биологического характера (кровь, сперма, слюна, волосы и т. д.).

Во время проведения осмотра составляется документ – протокол осмотра места происшествия. Врач – специалист в области судебной медицины помогает следователю в составлении лишь той его части, которая требует специальных медицинских познаний. Он несет ответственность только за эту часть осмотра и протокола. Протокол состоит из вводной части и

описательной. Описательная часть состоит из двух разделов: криминалистического, в котором описываются все данные изучения обстановки, и судебно-медицинского, содержащего описание трупа. Заполняя этот документ, вы всегда должны помнить, что при любом методе осмотра (концентрическом и эксцентрическом) труп всегда является центром осмотра, описание всех найденных следов и изменений должно иметь непосредственное отношение к нему. В конце описательной части указывается, какие вещественные доказательства, выявленные при осмотре, изымаются, куда направляются для исследования. Здесь же отмечается, куда направляется труп для проведения судебно-медицинской экспертизы. Протокол подписывается следователем, судебно-медицинским экспертом и понятыми.

Наружный осмотр трупа включает:

- 1) предварительное определение пола, возраста умершего по документам или по внешнему виду;
- 2) фиксацию положения трупа по отношению к окружающей обстановке, неподвижным ориентирам, следам или сторонам света;
- 3) фиксацию позы трупа: сидячее, лежащее или иное положение, расположение трупа на спине, на боку, на животе, согнутое или вытянутое положение тела, расположение конечностей, с указанием углов, под которыми согнуты суставы;
- 4) выявление на трупе или в непосредственной близости различных предметов, имеющих значение и вероятное отношение к происшествию (пистолет в руке, палка, кирпич и т. п.).

На следующем этапе осмотра описывается одежда. При осмотре одежды, находящейся на трупе, перечисляют все ее предметы, описывают ее состояние, порядок расположения. Иногда беспорядок в одежде с учетом позы трупа дает возможность заподозрить характер преступления (например, в случаях изнасилования). Осмотру подлежит не только лицевая сторона одежды, но и ее подкладка, карманы, складки, так как в последних могут оказаться вещественные доказательства, например пули, дробины и пр. Различные следы в виде помарок, пятен, потеков на одежде подробно описываются с указанием их локализации, точной формы, размеров, что позволяет сопоставить их с повреждениями, найденными на трупе.

Осмотр тела начинают с установления первоначальных (ориентировочных) признаков смерти:

- 1) пассивное, неподвижное положение тела;
- 2) бледность кожных покровов;
- 3) отсутствие дыхания, пульса, сердцебиения;
- 4) отсутствие чувствительности на болевые, термические и обонятельные раздражители;
- 5) отсутствие рефлексов со стороны роговицы и зрачков. Следует учитывать, что по прибытии на место происшествия можно встретиться со случаем так называемой «мнимой смерти». Мнимой смертью или минимальной жизнью называется такое состояние, когда признаки жизнедеятельности организма настолько слабо выражены, что живого человека можно принять за мертвого. Поскольку врач на месте происшествия никогда не знает, сколько времени прошло с момента остановки дыхания и сердцебиения, он обязан при отсутствии абсолютных признаков смерти (трупных пятен, окоченения и других трупных явлений), а также массивных, несовместимых с жизнью повреждений принять все меры для оказания необходимой помощи пострадавшему. Только после появления трупных пятен должны быть прекращены попытки оживления и констатирована смерть.

Одним из ценных признаков, указывающих на наступившую смерть, является признак Белоголова (феномен кошачьего зрачка). При сдавлении с боков глазного яблока зрачок принимает овальную форму. Этот признак наблюдается уже через 12–15 мин после наступления смерти. При сдавлении глазного яблока у живого человека форма зрачка не изменяется.

К абсолютным (достоверным) признакам смерти относятся ранние и поздние трупные явления. Судебно-медицинское значение трупных явлений очень велико, так как они позво-

ляют ориентироваться в определении времени наступления смерти, судить о положении тела после смерти и других данных, имеющих существенное значение для определения причины смерти и ответов на вопросы следствия.

После тщательного изучения и описания трупных явлений приступают к подробному осмотру и описанию трупа, начиная с головы и кончая нижними конечностями. Обращают внимание на состояние естественных отверстий, выделений из них, загрязнений окружающих их участков.

Особое внимание при осмотре частей тела должно быть уделено выявлению следов насилия: ссадин, кровоподтеков, ран, переломов костей, strangulation борозд, огнестрельных и ножевых повреждений и т. д. При описании их нужно учитывать точную локализацию, расстояние от уровня подошв, размеры, форму, направление и особенности повреждений. Все повреждения на теле фиксируются с помощью масштабной фотосъемки. Если при осмотре трупа выявляются вещественные доказательства, они подробно описываются, изымаются, упаковываются и маркируются. Для проведения специальных исследований вещественные доказательства направляются в соответствующие учреждения.

Таким образом, осмотр и описание трупа на месте его обнаружения производит следователь. Врач оказывает помощь в обнаружении и изъятии вещественных доказательств биологического характера. На месте происшествия врач не делает никаких выводов, кроме ориентировочного предположения о времени наступления смерти.

По окончании осмотра следователь принимает меры к доставке трупа в морг, где производится судебно-медицинское вскрытие трупа, обеспечивая его сохранность в процессе транспортировки.

3.3. Особенности наружного осмотра трупов неизвестных лиц

При осмотре трупов неизвестных лиц в соответствующих местах протокола отмечаются следующие точные данные: рост, продольный диаметр головы, большой поперечный диаметр, наибольшая окружность головы, окружность шеи, груди, живота, длина ступней.

Важно отметить свойства волос головы, бровей, усов, бороды (цвет, форма, длина, густота, облысение и т. д.), цвет радужных оболочек глаз, форму и особенности лба (низкий-высокий, узкий-широкий, скошенный-выпуклый), носа (вогнутый, прямой, выпуклый; основание носа приподнятое, горизонтальное, опущенное), ушных раковин (контур раковины, контур мочки, профиль противокозелка), рта (малый, средний, большой), губ (тонкие, толстые, выступающая верхняя, нижняя губа).

Особое внимание следует обратить на состояние зубов: их отсутствие, дефекты и признаки их лечения, искусственные зубы и вид зубных протезов, особенности формы зубов и расположения их в зубном ряду, характер прикуса. Зубные протезы должны быть изъяты и сохранены до опознания трупа.

При осмотре конечностей обращают внимание на кисти рук, отмечая, нет ли изменений, указывающих на род занятий (мозоли, следы красок, другие загрязнения). Если имеются протезы конечностей, то их тщательно описывают и сохраняют.

Обязательно отмечают индивидуальные особенности (особые приметы): уродства, родимые пятна, бородавки, татуировки, рубцы и другие следы повреждений и болезней. Из каждой из особых примет необходимо точно отметить ее местоположение, форму, величину, цвет и т. д. Следует также описать содержание татуировок.

С пальцев рук трупа неизвестного лица должны быть сняты дактилоскопические отпечатки и сделана опознавательная фотосъемка, которая производится, как правило, экспертом-криминалистом.

3.4. Ранние трупные изменения

К ранним трупным явлениям относят: охлаждение тела, трупные пятна, трупное окоченение, высыхание тканей.

1. Охлаждение тела.

Температура тела обычно на протяжении первых десятков минут после наступления смерти остается на одном уровне. Иногда она может повышаться более 40 °С (действие микробов).

Охлаждение трупа объясняется прекращением обмена веществ и выработки тепла. Между тем отдача тепла продолжается. Через 45–60 мин температура тела снижается более или менее равномерно на 1 °С в час с некоторыми колебаниями в ту или иную сторону. Снижение температуры тела ниже 25 °С является несомненным признаком смерти. На быстроту посмертного падения температуры влияют температура окружающей среды, сила ветра, наличие одежды, место расположения трупа, упитанность и объем тела, причина смерти и др.

2. Трупные пятна.

После прекращения кровообращения перемещение крови и других жидкостей организма совершается по физическим законам: под действием силы тяжести они постепенно перемещаются в нижележащие отделы. При этом кровь из артериальных сосудов перемещается в венозные, переполняя их. Вследствие увеличенной проницаемости сосудистой стенки кровь просачивается за пределы сосудов и скапливается в тканях, придавая им и кожным покровам в этих местах соответствующую окраску. Обычно трупные пятна имеют грязно-лиловый цвет с преобладанием различных оттенков, зависящих от многих причин, в том числе и от причины смерти.

Например, при отравлении угарным газом трупные пятна имеют ярко-красную окраску (гемоглобин крови переходит в карбоксигемоглобин), при отравлении цианистыми соединениями они имеют своеобразный вишневый цвет. У трупов, находившихся на холоде, цвет трупных пятен ярко-розовый (за счет окисления гемоглобина кислородом воздуха, проникающим через микротрещины в коже, которые образуются при замерзании жидкостей организма).

Трупные пятна обнаруживаются в нижележащих отделах тела. При расположении трупа на спине они расположены на задней поверхности тела, на животе – располагаются на передней поверхности. При повешении, если труп долго не извлекали из петли, трупные пятна преимущественно располагаются на предплечьях, голених, стопах. Стадии образования трупных пятен:

1) стадия гипостаза – продолжается в течение 12 ч после смерти. Жидкая часть крови находится в сосудах и при надавливании на пятна кровь выдавливается из сосудов, а после прекращения давления вновь быстро их заполняет. Это приводит к исчезновению трупных пятен при надавливании, а также к их перемещению в нижележащие отделы при перемене положения тела;

2) стадия стаза (диффузии) – наблюдается после 12 ч с момента смерти и длится до 24 ч. Трупные пятна бледнеют, но не исчезают при надавливании. Это связано с тем, что жидкая часть крови, растягивая стенку сосуда, начинает просачиваться в ткани. Параллельно с этим наступает гемолиз эритроцитов. В этой стадии пятна при перемене положения трупа не перемещаются, но несколько уменьшают свою интенсивность;

3) стадия имбибиции – развивается на вторые сутки после смерти. Трупные пятна хорошо фиксированы, не перемещаются, при надавливании не бледнеют, так как мягкие ткани пропитываются кровью.

Степень выраженности трупных пятен различна и зависит от причины смерти, характера заболевания и механизма умирания. Например, при смерти с длительным агональным пери-

одом, а также при смерти от острой кровопотери, трупные пятна выражены незначительно. Напротив, при быстрой смерти (механическая асфиксия, электротравма и др.) трупные пятна хорошо выражены.

Судебно-медицинское значение:

- 1) трупные пятна – несомненный, наиболее ранний признак смерти;
- 2) отражают положение тела и возможные его перемены после смерти;
- 3) позволяют ориентировочно определить время смерти;
- 4) степень выраженности отражает быстроту наступления смерти;
- 5) цвет трупных пятен служит диагностическим признаком при некоторых отравлениях или может указывать на условия, в которых находился труп;
- 6) позволяют говорить о характере предметов, на которых находился труп (хворост, складки белья и т. д.).

3. Трупное окоченение.

После наступления смерти мышцы тела расслабляются и становятся мягкими, податливыми. Через 2–4 ч (в некоторых случаях раньше) появляются признаки трупного окоченения. При этом все мышцы становятся плотными, твердыми, несколько сокращаются и фиксируют тело в том положении (позе), в котором оно находилось после смерти. Чтобы изменить это фиксированное положение тела в стадии окоченения, необходимо приложить значительные усилия. Трупное окоченение быстрее проявляется в жевательных мышцах и постепенно распространяется книзу, т. е. на мышцы шеи, груди, верхних конечностей, живота, нижних конечностей. К концу суток (иногда через 12 ч), весь труп находится в состоянии окоченения. Такое состояние держится 2–3 дня, а затем исчезает обычно в том же порядке, в котором появилось.

Как и другие трупные явления, трупное окоченение подвержено влиянию ряда внутренних и внешних факторов. Например, высокая температура ускоряет все химические процессы, в том числе развитие и разрешение трупного окоченения. При низкой температуре эти процессы, наоборот, замедляются. При небольшой мышечной массе (дети, худые люди, старики) окоченение выражено слабее, наступает и исчезает быстрее. При смерти от повреждений головного и спинного мозга, отравлении ядами, действующими на ЦНС, при эпилепсии, столбняке, после тяжелой мышечной нагрузки перед смертью, – трупное окоченение наступает быстрее, держится дольше, выражено сильнее. Трупное окоченение иногда может развиваться моментально, сразу же после смерти. Такое явление получило название трупный спазм или каталептическое окоченение. При этом фиксируется положение, в котором находился умерший в момент смерти. Развитие такого типа окоченения связывают с повреждением продолговатого мозга, который вызывает судорожную контрактуру мышц.

Судебно-медицинское значение:

- 1) трупное окоченение – несомненный признак смерти;
 - 2) трупное окоченение фиксирует позу, которую принял человек после смерти;
 - 3) по степени распространения трупного окоченения можно получить представление о времени наступления смерти;
 - 4) степень выраженности трупного окоченения оказывает некоторую помощь при распознавании причины смерти.
- ### 4. Высыхание трупа.

Процесс посмертного высыхания зависит от испарения влаги с кожи и, особенно, со слизистых оболочек губ, глаз. Степень и быстрота высыхания зависят от состояния внешней среды (температура, влажность воздуха и т. д.), характера одежды, особенностей самого трупа и др.

Быстрее всего проявляется высыхание на не закрытых веками участках конъюнктивы глаз (через 4–5 ч после наступления смерти). При этом на склерах образуются горизонтальные полосы или треугольной формы буроватые участки в области углов глаз (пятна Лярише, 1868 г.).

Слизистая оболочка губ, особенно на границе с переходной каймой, также подвергается высыханию. Этот признак лучше выражен у трупов новорожденных и грудных детей, поскольку слизистые оболочки у них более нежные и высыхают быстрее.

3.5. Поздние трупные изменения

К поздним трупным явлениям относят жировоск, гниение, мумификацию, торфяное дубление, консервацию.

Эти изменения начинают развиваться постепенно, еще в период ранних трупных явлений, но внешне проявляются позднее. В результате развития поздних изменений труп может подвергаться разрушению или консервации.

К разрушающей форме относятся процессы гниения, приводящие в конечном итоге к полному исчезновению органических субстанций. Гниение – сложный процесс, заключающийся в разложении органических субстанций, прежде всего белков, в органах и тканях под воздействием различных микроорганизмов. Интенсивность процессов гниения зависит от многих причин. Гниение быстро развивается на воздухе, медленнее в воде и еще медленнее в почве. Гнилостные процессы в трупе начинают развиваться вскоре после наступления смерти. Гниение обычно начинается в толстом кишечнике и выражается в образовании гнилостных газов (сероводород, аммиак, метан). Анатомически слепая и сигмовидная кишки непосредственно прилежат к передней стенке живота. Образовавшийся в результате гниения сероводород проникает через кишечную стенку, соединяется с гемоглобином крови сосудов брюшной стенки – образуется сульфгемоглобин, имеющий зеленый цвет. Это соединение и окрашивает переднюю брюшную стенку в нижних отделах живота (первые признаки гниения, появляющиеся в обычных комнатных условиях на 2–3-й день – трупная зелень).

Затем, на 3–4-й день, вследствие нарастающего давления газов в брюшной полости, микроорганизмы распространяются по венозным сосудам, где образуется гнилостная венозная сеть. Гнилостные газы пропитывают подкожную жировую клетчатку и раздувают ее, образуя трупную эмфизему. Особенно раздутыми оказываются лицо, губы, молочные железы, живот, мошонка, конечности. В связи с образованием трупной эмфиземы тело трупа увеличивается в размерах. Под влиянием гнилостных газов веки набухают, что резко затрудняет осмотр глаз, губы выворачиваются, в отверстие рта выступает раздутый язык. Конечным итогом гниения является ске-летирование трупа.

Динамика развития процесса гниения может иметь ориентирующее значение для определения давности наступления смерти. Так, принято считать, что через 24–36 ч трупная зелень появляется в нижних отделах живота, через 3–5 дней в зеленоватый цвет окрашивается вся кожа живота, а на 8–12-й день кожные покровы всего трупа становятся грязно-зеленоватыми. Выраженное гнилостное разложение трупа не является препятствием для выявления различных повреждений (например, следов выстрела на коже).

Следует учитывать, что в обычных условиях гниение сопровождается ряд разрушающих труп факторов – таких, как объедание животными, грызунами, обклеивание птицами, повреждение насекомыми и их личинками.

Установлено, что личинки насекомых в летний период могут полностью разрушить мягкие ткани трупа новорожденного ребенка за 10–12 дней, взрослого – за 3–4 недели. Знание закономерностей развития на трупе различных насекомых, отдельные виды которых последовательно участвуют в уничтожении тканей трупа, позволяет ориентировочно определять давность смерти. Тараканы и муравьи, объедая поверхностные слои кожи, оставляют желто-бурые следы, напоминающие ожоги.

К консервирующим формам трупных изменений относятся процессы, возникающие в результате воздействия на труп определенных условий, в которых он оказывается. Сухая среда может привести к полному высыханию – естественной мумификации, влажная среда, без доступа воздуха, способствует образованию жировоска; специфический состав водной среды

приводит к консервации трупа, например возникает так называемое торфяное дубление; при температуре ниже 4 °С происходит замерзание трупа.

Жировоск, или омыление трупа, – состояние, развивающееся в результате расщепления жиров при отсутствии кислорода, в условиях повышенной влажности без доступа воздуха. Такие условия создаются в воде, при захоронении во влажных и глинистых почвах. Исследование трупов, находящихся в состоянии жировоска, позволяет обнаружить следы различных повреждений, странгуляционные борозды и другие изменения. Трупы в состоянии жировоска сравнительно легко поддаются опознанию.

По степени выраженности жировоска можно ориентировочно судить о давности смерти. Так, на трупах новорожденных жировоск развивается уже через 3–4 недели, а через 4–5 месяцев труп полностью может перейти в это состояние. Этот же процесс у взрослого человека протекает значительно медленнее и заканчивается полностью не ранее чем через год и более после смерти.

Мумификация – полное высыхание трупа и его частей, начинается вскоре после смерти. Данное явление развивается в условиях низкой влажности воздуха и достаточной вентиляции. Наблюдается мумификация на открытом воздухе, в проветриваемых помещениях и при захоронении трупов в сухих крупнозернистых и песчаных почвах. При мумификации объем и масса трупа резко уменьшаются, кожа становится хрупкой, ломкой, принимает буровато-коричневый оттенок. Мумификация трупа взрослого человека при благоприятных условиях наступает не ранее чем через 6–12 мес. после смерти и сохраняется в течение длительного времени.

Основное судебно-медицинское значение мумификации состоит в том, что сохранность трупа позволяет производить опознание личности: на трупе сохраняются следы ранее причиненных повреждений, особенно острыми орудиями, а также следы огнестрельных повреждений, странгуляционные борозды.

Торфяное дубление. В торфяном болоте, торфянике, в почве с большим содержанием гумусных кислот покровы тела принимают темно-бурю окраску, уплотняются, подвергаются дублению. Из костей полностью вымываются соли и они становятся настолько мягкими, что режутся ножом. Такой труп может сохраняться длительное время.

Внутреннее исследование трупа производится в танатологическом отделении бюро судебно-медицинской экспертизы. Оно включает вскрытие полостей черепа, грудной, брюшной, полости малого таза. Позвоночник и спинной мозг подлежат обязательному исследованию при наличии их повреждений. Наиболее часто используется способ вскрытия по Шору, когда органокомплекс выделяется целиком, а затем подробно описываются органы и ткани различных систем.

Глава 4. Судебно-медицинская экспертиза повреждений, причиняемых тупыми предметами

4.1. Понятия о травме и травматизме. Классификация травмирующих факторов

Повреждением, или травмой, называется нарушение анатомической целостности или нормальных функций организма человека, вызванное каким-либо фактором внешней среды и повлекшее за собой расстройство здоровья или смерть.

Внешние повреждающие факторы подразделяются на физические, химические, биологические и психические. Среди физических факторов выделяют механические, температурные, электрические воздействия, а также резкие изменения атмосферного давления и лучистую энергию.

В экспертной практике чаще приходится встречаться с травмой, вызываемой механическими факторами. Это повреждения, возникающие в результате взаимодействия повреждающего предмета с телом человека (или наоборот).

Повреждающими предметами являются:

- 1) оружие – изделия, специально предназначенные для нападения и обороны;
- 2) орудия – изделия, имеющие бытовое или производственное назначение;
- 3) предметы – все другие средства, не имеющие прямого назначения (камень, палка, бутылка и т. п.).

Все повреждающие предметы (оружие, орудия), которыми могут быть причинены механические повреждения, в зависимости от характера их действия подразделяют на тупые твердые (дробящие), острые, огнестрельное оружие.

Повреждения тупыми предметами чаще других механических воздействий являются объектом судебно-медицинской экспертизы. Число случаев смерти от них составляет 45–80 % от общего количества смертельных исходов при механических повреждениях.

Основными задачами судебно-медицинской экспертизы являются установление характера повреждений и свойств повреждающего предмета, выявление ряда условий возникновения повреждений (механизма травмы).

При анализе каждого конкретного случая судебно-медицинский эксперт оценивает повреждение мягких тканей, костей и внутренних органов в их совокупности, сопоставляя их между собой и с повреждениями на одежде потерпевшего. Только при таком подходе может быть правильно решен один из основных и наиболее важных вопросов – вопрос о механизме травмы.

Степень достоверности заключения эксперта еще более повышается, если помимо оценки морфологических данных используются результаты дополнительных лабораторных исследований, что особенно важно при решении вопроса о возможности причинения повреждений предметом или орудием, представленным на экспертизу в качестве вещественного доказательства.

В числе основных вопросов, которые подлежат разрешению при судебно-медицинской экспертизе повреждений тупыми предметами, могут быть выделены следующие:

- 1) каков характер имеющихся у потерпевшего телесных повреждений (ссадины, кровоподтеки, раны, вывих, перелом, разрыв органа и т. д.)?

2) каким предметом причинены повреждения? В частности, могли эти повреждения быть причинены предметом или орудием, представленным на экспертизу в качестве вещественного доказательства?

3) одним или несколькими предметами были причинены повреждения?

4) сколько ударов причинено потерпевшему, в каком направлении или с какой стороны они были нанесены?

5) если имело место сдавление тела или его части, то с какой стороны и в каком направлении действовал сдавливающий предмет?

6) в каком положении (стоя, сидя, лежа) или в какой позе находился потерпевший и каково было взаимоположение потерпевшего и ударявшего в момент повреждения?

7) какова давность повреждений, имеющихся на теле потерпевшего?

При судебно-медицинском исследовании трупов, помимо основных вопросов, ставится и ряд других, которые являются общими для всех случаев травматической смерти. Это вопросы о причине и давности наступления смерти; о признаках, указывающих на борьбу и оборону; о возможности совершения потерпевшим каких-либо самостоятельных действий после получения травмы; о том, принимал ли потерпевший пищу, когда, какую и в каком количестве; употреблял ли он незадолго до смерти алкоголь и какова была степень опьянения.

Судебно-медицинская экспертиза повреждений, причиненных тупыми предметами, учитывает различные классификации тупых предметов в зависимости от формы их ударяющих поверхностей, размеров, площади травмирующей поверхности. Наибольшее распространение в судебно-медицинской практике получила классификация А.И. Муханова (1974 г.), по которой они делятся на:

1) тупые предметы с обширной (преобладающей) плоской травмирующей поверхностью;

Их действующая поверхность больше участка соприкосновения предмета с телом. По повреждениям от таких предметов нельзя определить свойства, особенности края ударяющей поверхности, так как он находится вне участка соприкосновения. В качестве примера можно привести часть широкой доски, стены, борта кузова автомобиля и т. п.;

2) тупые предметы с ограниченной травмирующей поверхностью.

Повреждения от них полностью или частично отражают форму действующей поверхности и свойства ее края.

Ограниченные травмирующие поверхности могут быть плоскими, сферическими, цилиндрическими, иногда иметь характерный рельеф (поверхность шестерни, кастета, пряжки ремня и т. п.). К предметам с ограниченной травмирующей поверхностью относятся также такие, которые в зависимости от их положения при ударе имеют трехгранный, двугранный угол или ребро (например, кирпич, молоток, обух топора и т. п.).

Тупые предметы могут взаимодействовать с телом человека по-разному, что зависит от скорости движения, времени, силы и угла контакта. В связи с этим выделяют несколько механизмов (видов) действия тупых предметов.

Удар – кратковременное взаимодействие предмета и тела при движении. Сила удара зависит от скорости движения и массы предмета. Травмирующее действие при ударе бывает центростремительным.

Давление – продолжительное взаимодействие предмета и тела при соприкосновении. Зависит от силы взаимодействия и массы предмета.

Растягивание – обычно сопровождает центробежное действие предмета. В таких случаях травмирующая сила направлена от тела, вызывая разрывы тканей, отрывы частей тела.

Скольжение – имеет место при касательном движении предмета по отношению к телу.

4.2. Виды повреждений, причиняемых тупыми предметами

4.2.1. Ссадина

Ссадина – поверхностное механическое повреждение эпидермиса кожи или эпителия слизистых оболочек. В механизме образования главную роль играет скольжение, т. е. движение предмета по поверхности тела, а иногда значительное давление. Скольжение и трение приводят к сдиранию верхних слоев кожи.

Форма ссадин разнообразна. Если скользящая поверхность широкая и неровная, она вызывает ряд параллельных друг другу ссадин. Полосовидные ссадины обычно возникают в связи с волочением тела при транспортных травмах. При укусе зубами возникают очаговые осаднения с характерным расположением в виде двух дуг, обращенные друг к другу концами. Действие ногтей сопровождается образованием полулунных ссадин.

Ссадины со временем изменяются. Поверхность свежей ссадины розовато-красная, влажная, мягкая, болезненная, расположена ниже уровня неповрежденной кожи. Через 6—12 ч дно ссадины подсыхает, вокруг появляются покраснение и припухлость. К исходу первых суток все ссадины имеют буроватую корочку, а спустя 1–2 дня поверхность ссадины выравнивается и начинает возвышаться над пограничными участками кожи. К 7—10 дню процесс заживления (эпителизации), идущий от периферии ссадины к центру, приводит к постепенному отделению корочки. Отпавшая корочка обнажает более плотный, гладкий, розоватого цвета участок, который со временем исчезает.

Судебно-медицинское значение ссадин:

- 1) свидетельствуют о действии тупого, твердого предмета;
- 2) указывают на место приложения силы;
- 3) могут свидетельствовать о характере насилия, способе причинения повреждения (например, полулунные ссадины на шее при сдавлении ее руками; в окружности рта и носа – при закрытии их рукой; на бедрах у лиц женского пола – при насильственном половом акте или попытке к нему; в области кистей, запястий, предплечий, плеч – как признак борьбы, обороны и т. п.);
- 4) по ссадинам можно установить направление травмирующего воздействия (по положению обрывков эпидермиса, которые обычно направлены в сторону движения тупого предмета; по собранному в складки пласту верхних слоев кожи, обнаруживаемому в конце ссадины);
- 5) ссадины могут отражать форму травмирующей поверхности. Это бывает тогда, когда предмет или его действующая часть имеет небольшие размеры, четко ограниченную конфигурацию, действует под углом, близким к прямому, а путь, пройденный им по поверхности тела, – небольшой;
- 6) анализ стадий формирования и обратного развития ссадин позволяет определить давность их нанесения.

4.2.2. Кровоподтек

Кровоизлияния как результат травматического разрыва сосудов могут образовываться в любых внутренних органах и тканях. К кровоподтекам же обычно относят только те кровоизлияния, при которых скопления крови образуются под кожей.

Кровоизлияния в мягких тканях могут иметь и нетравматическое происхождение вследствие болезненных изменений сосудов, приводящих к увеличению проницаемости их стенок (геморрагических васкулитах, авитаминозах, воздействиях проникающей радиации, некото-

рых видах отравлений, остром кислородном голодании и пр.). Это обстоятельство необходимо учитывать при проведении экспертизы.

Локализация, форма, размеры кровоподтеков могут быть различными. Мелкие круглые точечные кровоподтеки называют петехиями; мелкие неопределенной формы – экхимозами. Выделяют еще гематомы – обильные скопления крови с раздвиганием тканей. Форма кровоподтеков чаще овальная, что соответствует конфигурации участка соприкосновения предмета с закругленным участком тела.

Излившаяся из поврежденных сосудов богатая кислородом ярко-красная кровь, скапливаясь в окружающих тканях, пропитывает их и подвергается затем ряду изменений, т. е. обладает способностью «цвести». «Цветение» кровоподтеков обусловлено превращением красящего пигмента крови (гемоглобин) в ряд последовательно образующихся продуктов распада, имеющих разный цвет. Первоначально кровоподтек имеет багровый или багрово-синюшный оттенок (иногда приобретает насыщенно синий цвет), который держится в течение 1–4 суток. Спустя 4–8 дней кровоподтек становится багровым, с зеленоватым, желтоватым оттенками. Смешанные оттенки сохраняются до 9–12 суток, а на 12–16 день кровоподтек выглядит желтовато-серым.

В рыхлой жировой клетчатке кровоизлияния могут распространяться на значительные расстояния от места приложения травмирующей силы.

Судебно-медицинское значение кровоподтеков:

- 1) они являются показателем действия тупого твердого предмета;
- 2) указывают на место приложения травмирующей силы (там, где имеется кровоподтек, непосредственно воздействовал тупой предмет). Однако при наличии соответствующих анатомических условий кровоподтек способен к перемещению по рыхлой жировой клетчатке в нижележащие участки (при ударе в область лба или переносицы кровоподтеки образуются вокруг глаз, «симптом очков» при переломах костей основания черепа, глазницы, при ударах в нижнюю часть живота – на бедре);
- 3) по кровоподтекам может быть установлена (приблизительно) давность их нанесения. Поскольку изменение их цвета зависит от многих условий, не всегда поддающихся учету, определение давности кровоподтека в днях следует проводить с осторожностью;
- 4) по форме кровоподтеков иногда могут быть установлены очертания действующей части предмета (если он имел ограниченную травмирующую поверхность), что в ряде случаев позволяет определить сам предмет;
- 5) кровоподтеки, обнаруженные на трупе, могут свидетельствовать о характере насилия.

4.2.3. Рана

Ранами называются механические повреждения покровов тела, проникающие глубоко в дерму кожи или в подкожную (подслизистую) клетчатку.

В зависимости от повреждающего тупого предмета и механизма травмы выделяют: ушибленные, ушибленно-рваные, рваные, лоскутные, скальпированные, укушенные раны.

Особенности ран связаны с механизмом действия травмирующего фактора. Контактируя с телом в момент удара, тупой предмет сдавливает и смещает ткани, вызывая их растяжение, а в дальнейшем – раздавливание, приводящее к разрыву покровов с образованием раны. Такой характер действия тупого предмета обуславливает характерные признаки и свойства ушибленной раны от действия тупого предмета.

Осаднение краев раны – возникает в месте непосредственного действия предмета или его краев и бывает выражено более или менее равномерно. Там, где кожа не столько раздавливается самим предметом, сколько разрывается от натяжения, края разрывов могут быть не осаднены.

Так как тупой предмет при раздавливании кожи и глуб-жележащих слоев разминает ткани, края раны в глубине оказываются неровными.

Ткани разрываются вглубь не на всем протяжении, вследствие чего остаются тканевые перемычки, соединяющие края раны.

Кровоизлияния в рану и окружающие ее ткани возникают вследствие разрыва сосудов в месте их сдавления.

Там, где мягкие покровы тонкие и под ними лежит кость, наблюдается равномерное отслоение кожи от подлежащей кости.

При ударе тупым предметом под углом рана приобретает характер ушибленно-рваной. От ушибленной раны она отличается неравномерностью осаднения краев и отслойки мягких тканей. Края такой раны осадняются преимущественно с той стороны, с которой действует предмет, а отслойка кожи от подлежащих слоев больше выражена у противоположной стороны. Отслойка кожи в области ушибленно-рваной раны представлена в виде «кармана», направленного в сторону действия травмирующей силы.

Конец ознакомительного фрагмента.

Текст предоставлен ООО «ЛитРес».

Прочитайте эту книгу целиком, [купив полную легальную версию](#) на ЛитРес.

Безопасно оплатить книгу можно банковской картой Visa, MasterCard, Maestro, со счета мобильного телефона, с платежного терминала, в салоне МТС или Связной, через PayPal, WebMoney, Яндекс.Деньги, QIWI Кошелек, бонусными картами или другим удобным Вам способом.